SIE NENNEN ES FÜRSORGE

Mit Beiträgen vom Gesundheitstag Hamburg 1981

SIE NENNEN ES FÜRSORGE

Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand

Herausgegeben von
Michael Wunder und Udo Sierck

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN
Dr. med. Habil.

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Sie nennen es Fürsorge: Behinderte zwischen Vernichtung u. Widerstand; mit Beitr. vom Gesundheitstag Hamburg 1981 / hrsg. von Michael Wunder u. Udo Sierck. (Red.: Gesundheitsladen Hamburg e.V.) — 2. Aufl. — Frankfurt (Main): Dr. Med. Mabuse, 1987.
1. Aufl. in d. Verl.-Ges. Gesundheit, Berlin
ISBN 3-925499-22-9

NE: Wunder, Michael (Hrsg.); Gesundheitstag 1981, (02, Hamburg)

© Dr. med. Mabuse e.V. Zeitschrift im Gesundheitswesen
Mainzer Landstraße 147, 6000 Frankfurt 1,
Tel.: 069/7381724
2. Auflage 1987
Redaktion: Cornelia Bliesner, Uta Lamprecht, Nati Radtke, Stefan Romey, Udo Sierck, Michael Wunder
Druck: Druckerei Gerike, Erkelenzdamm 59/61, 1000 Berlin 36
Auslieferung für den Buchhandel: Prolit Buchvertrieb, Siemensstr. 18a, 6300 Gießen, Tel.: 0641/77053
Preis: 15 DM
ISBN 3-925 499-22-9
(Früher erschienen im Verlag Gesundheit/Berlin, ISBN 3-922 866-12-3)
Printed in West-Germany. Alle Rechte vorbehalten.

kein Mitleid
sondern
Mitmenschen

Inhalt

Vorwort

Teil I
Behinderte Menschen unterm Hakenkreuz 9
Stefan Romey

Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung 13
Stefan Romey

Mißachtet – Ausgesondert – Vernichtet 27
Zur Geschichte der Krüppel
Udo Sierck

Asylierung – Sterilisierung – Abtransport 43
Die Behandlung geistig behinderter Menschen
im Nationalsozialismus am Beispiel der
Alsterdorfer Anstalten
Stefan Romey

Augenzeugenbericht eines Bewohners 65
Aus dem Tagebuch von Albert Huth
Udo Sierck

Teil II
Wider die Therapiesucht! 73
Michael Wunder

Förderung der Normalität und Gesundheit in 77
der Rehabilitation
Voraussetzung für die reale Anpassung
behinderter Menschen
Ludwig O. Roser und Adreano Milani-Comparetti

Probleme behinderter Kinder – Therapie als 89
Hilfe oder Hindernis
Monika Aly

Mütter berichten über ihre behinderten Kinder 98
Cornelia Bliesner und Uta Lamprecht

Betroffene Mütter müssen sich zusammentun 106

Frühförderung und Sonderkindergarten – Der Anfang vom Ende? 111
Ingrid Matthäus

Erziehung oder soziale Hilfe? Deinstitutionalisierung in Dänemark 116
Henning Sletved

Die Entsorgung findet in den Anstalten statt 129
Rainer Nathow

Löst die Anstalten auf! 134
Heike Kühn

Selbsthilfezentrum für Anfallkranke Ein Erfahrungsbericht 141
Manfred Schmidt

Teil III
Lieber lebendig als normal! 149
Nati Radtke und Udo Sierck

Die Entwicklung der Krüppelgruppen 151
Udo Sierck

Die Helferrolle als Herrschaftsinteresse nichtbehinderter ‚Behinderten-(Be-)Arbeiter' 157
Horst Frehe

Krüppelfrauen, erobern wir uns den Tag! 165
Nati Radtke

Krüppelgruppe – Isolation oder Selbsthilfe? Diskussion um den Krüppelstandpunkt auf dem Gesundheitstag 1981 Hamburg 171
Uschi Willeke

Tagebuchaufzeichnungen aus dem Leben einer Spastikerin 181
Christa Schlett

Ohne Tränen kein Utopia 193
Christa Schlett

Anmerkungen 195

Bildnachweis 202

Adressen der Autoren 203

Vorwort

Der Gesundheitstag 1981* in Hamburg wurde vielfach als große bunte Wiese kritisiert, auf der alles möglich war. Jeder konnte mit seiner mitgebrachten Anschauung fünf Tage lang von Veranstaltung zu Veranstaltung hetzen, ohne sich nur einmal mit einer gegnerischen Position auseinandersetzen zu müssen. Vieles lief parallel nebeneinander ab. Als Organisatoren haben wir uns dieser Kritik nach dem Gesundheitstag 1981 oft angeschlossen. Deshalb wurde auch sehr bald danach der Beschluß gefaßt, keine *flächendeckende* Dokumentation aller Veranstaltungen zu erstellen. Dokumentation sollte nur in den Bereichen betrieben werden, die im Vergleich zum Gesundheitstag 1980 bisher vernachlässigt waren oder in denen sich wirklich neue Diskussionen und Einschätzungen ergeben hatten. Die drei tatsächlich erschienenen Sachbücher mit Beiträgen vom Gesundheitstag 1981 *(Ruhe oder Chaos***, Nachtschatten im weißen Land***** und dieser Band) kamen zustande, weil hier entsprechende Gruppen bereits arbeiteten oder sich bildeten.
Auffallend beim ersten Gesundheitstag 1980 in Berlin war, daß es insgesamt nur zwei Veranstaltungen aus dem Behinderten-Bereich gab. Die Behinderten-Problematik war damit zunächst auch in der neuen Gesundheitsbewegung *an den Rand gedrängt.* Die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit in der *Behindertenarbeit,* Fragen der Abschaffung der Sonderbehandlung und der Sondereinrichtungen, Fragen der *Medizinisierung* und der *Therapeutisierung* des Lebens behinderter Menschen sowie der Kampf gegen Diskriminierung und Benachteiligung behinderter Menschen müssen aber zentrale Punkte in der Diskussion um die Veränderung des bestehenden Gesundheitssystems sein.

Auf dem Gesundheitstag 1981 in Hamburg sind solche Diskussionen und Aufarbeitungen angefangen worden. Das massive Auftreten der Mitglieder der Krüppelgruppen auch in den Foyers und auf den Plätzen zwischen den Veranstaltungsorten führte dazu, daß kaum jemand mehr ganz an dem Problem vorbeigehen konnte. Als Koordinatoren und als Referenten aus dem Raum Hamburg haben wir uns nach dem Gesundheitstag 1981 zusammengetan, um die angefangenen Diskussionen weiterzuführen und zu veröffentlichen. Als Schwerpunkte sahen wir dabei die Aufarbeitung der Zeit des Faschismus *(Behinderte*

* Nach dem Berliner Vorbild von 1980 trafen sich zum zweiten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland mehr als 16.000 betroffene Menschen im Oktober 1981 fünf Tage lang in Hamburg zur Auseinandersetzung und Diskussion über die Probleme mit dem Gesundheitswesen.

** Gesundheitsladen Hamburg e.V. (Hrsg.): *Ruhe oder Chaos – Technologie politischer Unterdrückung.* Hamburg 1982. Bestelladresse: Bürgerinitiative Umweltschutz Unterelbe, Bartelsstraße 26, 2000 Hamburg 6.

*** Manfred Brinkmann/Michael Franz (Hrsg.): *Nachtschatten im weißen Land. Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen.* Verlag Gesundheit, Berlin 1982.

Menschen unterm Hakenkreuz), die Auseinandersetzung über die Therapeutisierung des Lebens behinderter Menschen *(Wider die Therapiesucht!)* und die Selbstdarstellung aus der Krüppelbewegung *(Lieber lebendig als normal!)*.
Jeder dieser drei Hauptteile hat ein eigenes Vorwort, in dem aufgrund unserer Diskussionen in der Redaktionsgruppe die wesentlichen Thesen zum Thema zusammengefaßt sind. Einige zusätzliche Artikel, die nicht auf dem Gesundheitstag 1981 gehalten wurden, haben wir mit herein genommen, weil sie uns für die Auseinandersetzung wichtig erschienen. Dies wird jeweils besonders vermerkt. Aufzeichnungen von Diskussionen in oder nach Veranstaltungen sind nach einigen Referaten eingefügt.
Da wir nicht den Anspruch hatten, den gesamten Gesundheitstag 1981 zu dokumentieren und nach den genannten Schwerpunkten vorgegangen sind, verzichteten wir auf alle Referate, die nicht direkt zum Thema paßten. Referenten mit angrenzenden Themen, deren Beiträge wir nicht aufgenommen haben, bitten wir um Verständnis.

Zum Schluß ein Wort zur Zusammenarbeit von Krüppeln und Nicht-Krüppeln in unserer Redaktionsgruppe. Unserer gemeinsamen Meinung nach hat die Zusammenarbeit geklappt. Dies liegt sicherlich daran, daß wir ein gemeinsames Ziel hatten, das sich auf die Aufarbeitung gesundheitspolitischer Diskussionen beschränkte. Dabei haben sich viele inhaltliche Berührungspunkte ergeben. Wichtig war für uns, die vorhandenen Interessengegensätze zwischen Krüppeln und Nicht-Krüppeln nicht zu verharmlosen, sondern anzuerkennen.
So kam für uns auch der Titelvorschlag zu diesem Buch („Wehrpflicht für Krüppel") nie in Frage. In der Vergangenheit haben Behinderte allen Ernstes diese Forderung gestellt und sich z.B. der Armee des faschistischen Italiens angedient. Auch in Hitlers Armee wurden Krüppel im „Volkssturm" verheizt. Dieses traurige Kapitel Behindertengeschichte wollten wir auch nicht als mögliche Assoziation im Buchtitel haben.
Krüppelstandpunkte sind in alle drei Schwerpunkte dieses Buches eingeflossen. Krüppelstandpunkte waren und sind für alle geführten Diskussionen wichtig.

Die Redaktion

Prothesensammlung im KZ Auschwitz

Teil I
Behinderte Menschen unterm Hakenkreuz

Herabwürdigung, Aussonderung, Verstümmelung und Ermordung sind – soweit die Geschichte der Menschheit zu verfolgen ist – nahezu ungebrochene Formen des Umgangs mit behinderten Menschen. Diese menschenverachtenden Verhaltensweisen fanden ihre Zuspitzung in der Zeit der faschistischen Herrschaft (1).

Die Überlebensmöglichkeit eines behinderten Menschen hing hier allein vom Wert seiner Arbeitskraft ab. Dabei offenbarte sich das NS-Regime in Deutschland auch in diesem gesellschaftlichen Ber ich in einer die gesamte faschistische Epoche kennzeichnenden Widersprüchlichkeit: Die Nazis hatten dem deutschen Volk Frieden, Arbeitsplätze, Achtung der Menschenrechte, Mehrung des Wohlstandes, ausreichenden Wohnraum u.ä.m. versprochen. Sie entfesselten jedoch den Zweiten Weltkrieg, ordneten alle Arbeiten der Rüstungswirtschaft unter, herrschten mit Terror und Willkür und stürzten Millionen Menschen in Hunger, Elend, Armut und Obdachlosigkeit. Im Hinblick auf behinderte Menschen spitzte sich dieser Widerspruch zu einer unerträglichen Totalität zu: So wurden zum einen über hunderttausend nichtarbeitsfähige behinderte Menschen aufgrund eines zynischen Kosten-Nutzen-Modells und einer rassistischen Weltanschauung ermordet. Zum anderen verursachten der faschistische Terror und die Eroberungsfeldzüge der deutschen Wehrmacht millionenhaft Behinderungen und psychische Erkrankungen. Faschismus und Krieg sind bis heute die wesentlichen Ursachenfaktoren für vielfältige Behinderungen und Erkrankungen! Kennzeichnend sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, daß die Organisationen der Kriegsopfer und Hinterbliebenen die größten Behindertenverbände sind.

Ausreichend Gründe also, umfänglich und differenziert den Bereich *Behinderung und Faschismus* zu erforschen. Wenn man jedoch die entsprechende Fachliteratur bzw. die öffentliche Meinungsbildung in den Medien der letzten Jahrzehnte untersucht, fällt auf, daß dieses Thema weitgehend tabuisiert wurde und wird. Erst mit dem Anwachsen einer fortschrittlichen Bewegung im Gesundheits- und Sozialbereich kam es zu einer breiteren Diskussion (2).

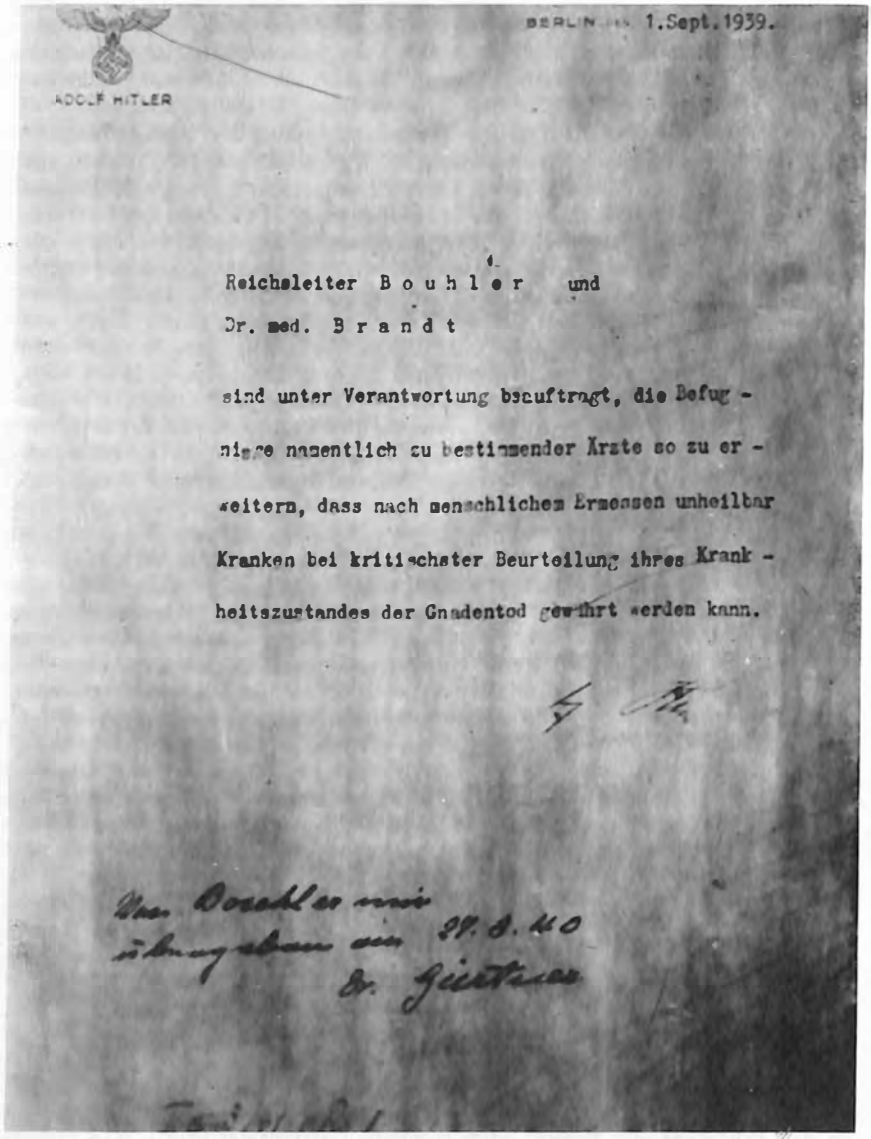
Gerade bundesdeutsche Forscher – größtenteils noch durch ihr eigenes Leben im NS-Staat geprägt – trugen bzw. tragen zu dieser Tabuisierung der Herrschaftszeit des Faschismus bei. Darüberhinaus lassen die vorwiegend psychologisierenden Erklärungsmuster (z.B. „Der Hitler in uns") in den wenigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen die systematischen Mordaktionen der Nazis lediglich als Bestandteil einer irrationalen Weltanschauung erscheinen. Zusammenhänge können nicht hergestellt werden.
Die Einbeziehung weitergehender, vor allem ökonomischer, politischer und sozialer Gesichtspunkte in der Erklärung faschistischer Greueltaten hätte zudem eine besondere Brisanz gegenüber heutigen Entwicklungsprozessen und Strukturen beinhaltet. Dies gilt umso mehr, wenn man die genaue Kenntnis der Ursachen solcher historischer Ereignisse als wesentliche Voraussetzung zur Einschätzung derzeitiger Erscheinungen und Vorgänge begreift. So läßt beispielsweise die Rückdatierung des nazistischen Erlasses zur systematischen Ermordungsaktion gegen behinderte Menschen auf den 1. September 1939 schlaglichtartig einen Zusammenhang zwischen Zielen, Inhalten und Formen der *Behandlung* behinderter Menschen und dem damaligen Gesellschaftssystem erkennen. Der 1. September 1939 war mit dem Überfall auf Polen der Beginn des Zweiten Weltkrieges! Dieser Krieg wurde mit der Rückdatierung nicht nur nach außen, sondern auch nach innen geführt (3). Die Datumsveränderung erfolgte nach der Aussage Karl Brandts, eines Hauptverantwortlichen für die Massenmorde an behinderten Menschen, um zum Ausdruck zu bringen, „daß dieser Erlaß die Form ist, in welcher während der Kriegszeit dieses Euthanasieprogramm und seine Maßnahmen durchgeführt werden können" (4).

Wer den genannten Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Behindertenfürsorge nicht erkennen kann bzw. will, bleibt in hilflosen Argumentationsversuchen stecken. Für ihn ist die durch Rassendoktrin und Lehre von der Brutalität gekennzeichnete faschistische Weltanschauung ein Menetekel des Bösen und nicht ableitbar aus klar zu benennenden ökonomischen und politischen Interessen. Er findet keinen Zusammenhang dazu, daß diese Weltanschauung als Legitimation für die Massenverfolgung und -ermordung behinderter Menschen diente, um Sozialausgaben in Rüstungskosten umwidmen zu können und um Personal (Pflegekräfte, Ärzte usw.) sowie Gebäude und Material (Umwandlung der Anstalten in Kriegslazarette, HJ-Schulen u.ä.) freizusetzen.
So ist es nicht die Unfähigkeit zu trauern, wie es noch in der Broschüre der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) *Holocaust und die Psychiatrie* anklingt (5), die das über 40jährige Schweigen über das NS-Mordprogramm erklärbar macht. Vielmehr ist es die Konsequenz, die sich aus der Analyse der Vergangenheit ergeben würde. Denn die gründliche Erforschung der Massenmorde an behinderten Menschen, der Opfer der Zwangssterilisation sowie der unzähligen Gesundheits- und Spätschäden – gerade unter Berücksichtigung ökonomischer und weltanschaulicher Gesichtspunkte – verdeutlicht die Gefährlichkeit heutiger Tendenzen.
So kann es auch heute, vergleichbar der Weimarer Zeit, zur zumindest ideologischen Weichenstellung in Richtung auf neue Massenverfolgung und -ermordung kommen. Dabei kann gerade die Einstufung behinderter Menschen nach einem Kosten-Nutzen-Modell die Unmenschlichkeit solcher Gesichtspunkte aufzeigen. An dieser grundsätzlichen Gefahr ändert auch nichts die gegenüber früheren Epochen relativ gesicherte Versorgung. Denn aus dem faschistischen

Programm einer Asylierung, Sterilisierung und Ermordung behinderter Menschen ergibt sich die Notwendigkeit, tiefgreifende Veränderungen herbeizuführen. So muß gegen jede Aussonderung in besondere Einrichtungen wie Sonderkindertagesgärten, Sonderschulen, Sonderheimen, Sonderwerkstätten u.ä.m. gekämpft werden. Die Selbstverwirklichung behinderter Menschen durch die selbstverständliche Einbeziehung in Kindergärten, Schulen usw., die Bereitstellung ausreichender Ambulanzen in diesen Bereichen, die Einrichtung selbstbestimmter Wohngruppen etc. sind Bestandteil solcher Notwendigkeit.
Aus der Erkenntnis, daß die Verfolgung, Verstümmelung und Vernichtung behinderter Menschen keine Besonderheit der Faschisten war, ergibt sich, alle Anzeichen einer möglichen Parallele ernst zu nehmen und ihnen entschlossen zu begegnen. Dies gilt vor allem für die beiden ersten Stationen des faschistischen Weges von der Asylierung über die Sterilisierung zur Ermordung. Die Aussperrung behinderter Menschen vom öffentlichen Leben durch die Unterbringung in Sondereinrichtungen und Großanstalten sowie die Aufhebung des Grundrechtes auf körperliche Unversehrtheit durch Zwangssterilisierungen sind auch heute Alltag. Daß nur wenige über diese alltäglichen Unmenschlichkeiten und Ungeheuerlichkeiten erschrecken und dagegen kämpfen, zeigt die hohe Gefahr! Der Entwurf eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes läßt erahnen, daß weitergehende Schritte (so die Räumung und Verlegung von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Kinder- und Behindertenheimen (!) nach §4 des Entwurfes) im Kriegsfalle zu ähnlichen oder gleichen Maßnahmen wie in der jüngsten Vergangenheit führen können.

Ziel der Referenten auf dem Gesundheitstag 1981, die zum Bereich *Behinderung und Faschismus* gesprochen haben, war es aufzuzeigen, daß heute die Lehren aus der Vergangenheit gezogen werden müssen. Dabei wurde mit dem Beitrag *Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung* versucht, einen Überblick über die faschistischen Verbrechen zu geben und mögliche Parallelen zu heute aufzuzeigen. Dieser Ansatz wurde im Hinblick auf historisch weiter zurückliegende Ereignisse und Prozesse im Referat *Mißachtet – ausgesondert – vernichtet: Zur Geschichte der Krüppel* vervollständigt. Der Aufsatz *Asylierung – Sterilisierung – Abtransport* (6) zeigt exemplarisch Ursachen und Entwicklungsstufen nazistischer Mordpolitik auf. Der abschließende *Bericht eines Augenzeugen* verdeutlicht aus der Sicht des Betroffenen die dringende Notwendigkeit, eine Wiederholung der Geschichte nicht zuzulassen und Alternativen eines menschenwürdigen Lebens zu entwickeln.

Stefan Romey, März 1982



ADOLF HITLER

BERLIN, den 1. Sept. 1939.

Reichsleiter B o u h l e r und

Dr. med. B r a n d t

sind unter Verantwortung beauftragt, die Befug-
nisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu er-
weitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar
Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krank-
heitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.

Diese fünf Zeilen von Adolf Hitler sind der einzig auffindbare Befehl für die offizielle Euthanasie-Aktion, die 100.000 geistig und psychisch behinderte Menschen das Leben kostete. (Archivmaterial)

Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung

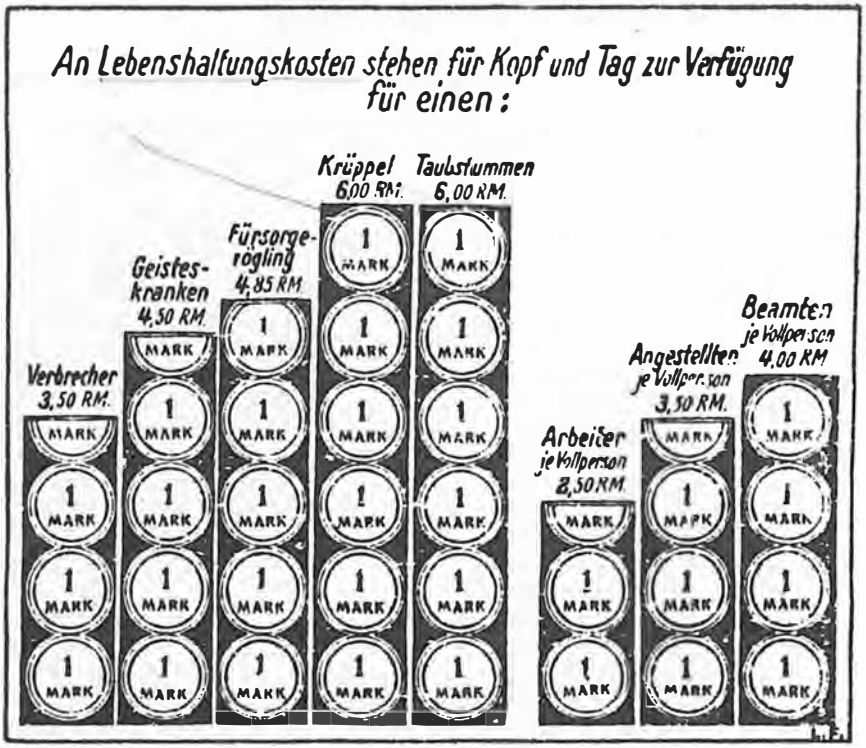
Stefan Romey,
Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes (VVN) – Bund der Antifaschisten

Während der Nazizeit wurden in Deutschland und in den von der deutschen Wehrmacht besetzten Gebieten hunderttausende behinderte Menschen verfolgt, gequält und ermordet. Dieses Mordprogramm war keine Erfindung der Faschisten. Die Forderung nach „Ausmerze lebensunwerten Lebens" und ihre ideologische Absicherung läßt sich weit bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen. Jedoch führten die Faschisten mit brutaler Berechnung das durch, was andere bislang nur gedacht hatten. Dies wurde zum einen über eine rassistische Weltanschauung, zum anderen über eine damit verbundene Propaganda zuungunsten der Sozialausgaben abgesichert. Der Vergleich von Lebenshaltungskosten zwischen sogenannten „Lebensunwerten" und „rassisch Minderwertigen" sowie der Normalbevölkerung sollte den Eindruck erwecken, daß für Anstaltspfleglinge Gelder ausgegeben werden, die bei weitem über dem Lebensniveau der Allgemeinbevölkerung liegen. Dabei wird bewußt verschwiegen, daß das durchschnittliche Familieneinkommen in der Nazizeit stark zurückging und daß der Anteil der Rüstungsausgaben gegenüber den Sozialausgaben in der Herrschaftszeit des Hitlerfaschismus enorm anstieg. So wuchs der Anteil der Rüstungsausgaben am Staatshaushalt in den sogenannten „Friedensjahren" 1933 - 1938 um 23 Milliarden RM (das entspricht einer Steigerungsrate von 800 Prozent!). Bis Kriegsende verschlangen dann die Kriegskosten mehr als zwei Drittel des Volkseinkommens.

In bezug auf heute muß gefragt werden, inwieweit die angestrebte Senkung der Sozialausgaben, gerade im Bereich der Behindertenbetreuung, ideologisch mit einer ähnlichen Argumentation abgesichert wird, wobei die tatsächlichen Kostenverursacher – auch heute erneut die Aufrüstung – nicht genannt werden.

Die Propaganda der Faschisten ging bruchlos aus den Ansichten solcher *Wissenschaftler* hervor, die schon vor 100 Jahren „Erbungesunde" ausrotten wollten. Auch in der Weimarer Zeit war es durch solcherart Ideologie zu einer Meinungsbildung in der Öffentlichkeit gekommen, für die die Forderung nach Euthanasie nicht im Gegensatz zu dem elementarsten Menschenrecht, dem Recht auf Leben, stand. So konnten die Faschisten sofort nach der Machtergreifung ihre hemmungslose Hetze gegen behinderte Menschen entfalten, ohne daß ein erheblicher Widerspruch festzustellen war. Gerade die Übertragung der Erkenntnisse Darwins über die Entstehung der Arten auf die Menschheitsgeschichte durch die Sozialdarwinisten erleichterte dabei eine bruchlose Kontinuität. Die Betonung des Rechtes des Stärkeren sowie die Hervorhebung einer angeblich höheren Rasse (der „arischen") paßte zur gesamten antidemokratischen Weltanschauung der Faschisten. Es wurde davon ausgegangen, daß eine natürliche Auslese durch die Fortschritte der Medizin u.ä. nicht mehr gegeben sei, so daß eine gesellschaftliche zu erfolgen habe. Nur die „Erbgesunden" (sprich: Arbeitsfähigen) sollten das Recht zum Überleben haben.

In speziellen Schulungen, Wandtafeln, Propagandafilmen usw. wurde die faschistische Rassenlehre weiterverbreitet. Rassenlehre wurde zum Pflichtfach



in den Schulen und Hochschulen. Immer und immer wieder wurden Selektionsmaßnahmen als lebensnotwendig für das ganze Volk dargestellt: Isolation der „Erbungesunden", Eheverbot, Sterilisation und letztendlich Euthanasie.

Besondere Bedeutung gewann innerhalb der Propaganda der Faschisten die Mitte der 20er Jahre erschienene Schrift von Binding und Hoche über *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (1). Hoche war einer der bekanntesten und anerkanntesten Professoren der Psychiatrie und Neuropathologie. In dieser Schrift bejaht er, daß es Menschenleben gäbe, die für den Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren haben: Er spricht von „Ballastexistenzen", „Schwächlingen aller Sorten", „minderwertigen Elementen" u.ä.m. Für Hoche ist es eine peinliche Vorstellung, daß „ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhülsen dahinaltern" (2). Dabei geht er vorwiegend von ökonomischen Gesichtspunkten aus: „Nehmen wir für den Einzelfall eine durchschnittliche Lebensdauer von 50 Jahren an, so ist leicht zu ermessen, welches ungeheure Kapital in Form von Nahrungsmitteln, Kleidung und Heizung, dem Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck entzogen wird." (3) Lebensberechtigung also nur für den produktiven Menschen! Der führende Strafrechtslehrer Binding begründet in der gleichen Schrift die rechtliche Möglichkeit der Freigabe der Tötung von Menschen, die „unrettbar" seien infolge Krankheit, Verwundung oder „unheilbarem Blödsinn".

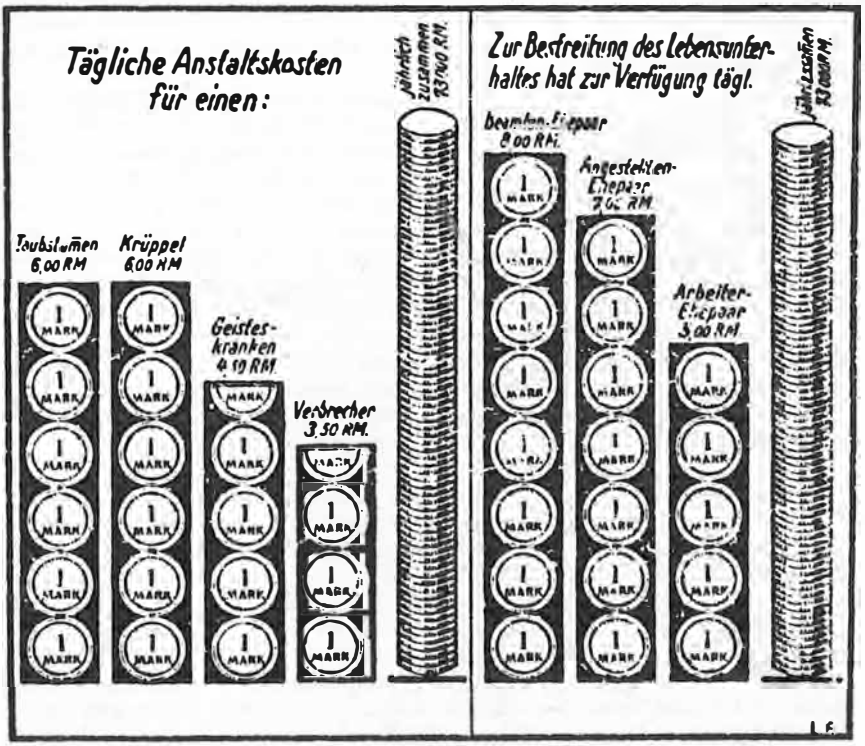
Die Faschisten nahmen diese Gedankengänge dankbar auf, zumal sie von Professoren kamen, die schon während der Weimarer Zeit eine bedeutende Stellung innehatten.

Auch heute lassen sich solche, aus einer ökonomischen Sichtweise resultierenden Meinungen bei der schulischen und beruflichen Bildung, Aus- und Weiterbildung (wenn auch nicht in der menschenvernichtenden Ausrichtung) erkennen: Nicht nach dem grundgesetzlich festgelegten Auftrag nach der Förderung der freien Entfaltung der Persönlichkeit, sondern nach Produktivitätsgesichtspunkten wird schulisches und berufliches Weiterkommen behinderter Menschen beurteilt.

Gegen das Bild des „rassisch Minderwertigen" stellten die Faschisten das Bild des arischen Menschen: ästhetisch, durchtrainierter Körper, blond, blauäugig usw. Im Volksmund gab es daraufhin einen Spottvers, der in aller Deutlichkeit Wirklichkeit und Ideologie entlarvt: „Blond wie Hitler, schlank wie Göring und blauäugig wie Goebbels."

Auch heute spielen Schönheitsideale wie die der Faschisten eine wesentliche Rolle: Da diese nicht an repräsentativen Erscheinungsformen der Normalbevölkerung ausgerichtet sind, sondern an ästhetischen Normen einer kleinen Minderheit, erzeugen sie bei den meisten Menschen, die diese Normen nicht erfüllen, Minderwertigkeit und führen zu Vorurteilen gegenüber Abweichlern, was sich besonders gegen behinderte Menschen auswirken kann.

Auf solch einem gut vorbereiteten weltanschaulichen Boden konnten die Nazis schon kurz nach der Machtergreifung daran gehen, ihre rassistischen Pläne



Kosten-Nutzen-Rechnung der Nationalsozialisten (aus: „Volk und Rasse", Heft 8, 1933)

zu verwirklichen. Die von der NSDAP vor 1933 angekündigten Pläne zur „Erb- und Rassenpflege" wurden sofort umgesetzt. So wurde die Isolierung Behinderter und psychisch Kranker perfektioniert. Am 14. Juni 1933 verabschiedete der nazistische Reichstag das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (s. Seite 35). Es folgten die Nürnberger Rassegesetze und das sogenannte Ehegesundheitsgesetz – alles Machwerke nazistischen Terrors. Dieser mußte lediglich *rechtsstaatlich* abgesichert werden. So wurde die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" ausgesprochene Zwangssterilisation für Behinderte, Alkoholiker u.a. durch entsprechende Entscheidungen der „Erbgesundheitsgerichte" bestätigt. Mehr als 200.000 Menschen wurden so allein bis 1936 *legal* zwangssterilisiert. Die Entscheidungen der „Erbgesundheitsgerichte", die *im Namen des Volkes* gegen das Volk gefallen waren, bildeten in ungebrochener Tradition die Grundlage für bundesdeutsche Gerichte über die Anerkennung von Verfolgungsschäden: Keiner der Zwangssterilisierten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" wurde nach 1945 als Verfolgter anerkannt und bekam eine entsprechende Entschädigung oder Rente. Bei den „Erbgesundheitsgerichten" – so die bundesdeutschen Gerichte – habe es sich um *ordentliche* Gerichte gehandelt! Daß es *ordentlich* zuging, dafür sorgten Ausführungsbestimmungen zum genannten Zwangssterilisierungsgesetz, scheinbar objektive Auslesekriterien, ärztliche Kurzuntersuchungen usw. Jedoch wurden die Untersuchungsberichte immer eindeutiger: Fürsorgezöglinge, die sich nicht den nazistischen Erziehungsidealen anpassen wollten, Kinder politischer und religiöser Nazigegner usw. wurden in diese Verstümmelungsaktion einbezogen.
Sogenannte Ahnentafeln – wie beispielsweise in den Hamburger Alsterdorfer Anstalten erstellt – lieferten *Beweise* für die faschistische Lehre von der „Vererbung rassisch minderwertiger Eigenschaften". Zu diesen gehörten auch solche Angaben bei den „Erbanlagen" wie die jeweilige politische – nicht erwünschte – Einstellung (z.B. Kommunist). Die Verquickung politischer und behindertenbezogener Eigenschaften war eine beliebte nazistische Verleumdungsaktion. Auch heute finden wir ansatzweise vergleichbare Anschauungen in Haltungen wie *Wenn schon behindert, dann aber keine politische Betätigung* oder aber in der Beantragung psychiatrischer Gutachten bei Demonstranten gegen AKWs, Hochrüstung und Häuserkaputtbesitzen.
Die in den Zwangssterilisierungsaktionen *erprobten* Ärzte wurden teilweise in Konzentrationslagern eingesetzt, wo sie vor allem *wissenschaftliche Untersuchungen* im Sinne der Sterilisierung, insbesondere an Kindern und Frauen jüdischen Glaubens oder an Sinti und Roma vornahmen.

Das Stufenprogramm der Nazis war über die perfekte Isolation behinderter Menschen zur Sterilisation übergegangen. Als diese Form der Verfolgung quantitativ im großen Stil abgeschlossen wurde, ging man zur Massenvernichtung behinderter Menschen und psychisch Kranker über. Je näher der geplante Krieg rückte, desto stärker wurde die Propaganda im Sinne einer „Erb- und Rassenhygiene" mit der Zielrichtung einer Ausmerze des „Erbungesunden", der „Fremdmischung" usw. nicht nur im Hinblick auf behinderte Menschen, sondern auch auf Menschen jüdischen Glaubens, politische Gegner und die Einwohnerschaft der später überfallenen Länder („slawische Untermenschen") betrieben.
Die systematische Ermordung Behinderter begann mit der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges. Auf Antrag genehmigte Hitler bereits im Frühjahr 1939

Landes-Pflegeanstalt Brandenburg a. H.

Brandenburg a. H., den 16.Okt.1940
Neuendorfer Straße 90c
Fernruf: Brandenburg 4272
B 12 305/vH-

Wir teilen Ihnen mit, dass Ihre Mutter, Frau Alwine E[redacted] auf Grund ministerieller Anordnungen vorübergehend in unsere Anstalt eingewiesen wurde, aber bereits in den nächsten Tagen in eine andere Anstalt weiter transportiert werden muss.

Es wird gebeten. von Besuchen, weiteren Anfragen sowie der Sendung von Paketen Abstand zu nehmen. Sobald unser Pflegling in der neuen Anstaöt angekommen ist, werden Sie von dort unterrichtet.

Heil Hitler !

Der Direktor

Dr Rieper

Landesanstalt Hartheim

[illegible], den 28.Oktober 1940.

[illegible]

[illegible] 6472. A 12077

[illegible]

Frau

Wir bedauern Ihnen mitteilen zu müssen, dass Ihre Mutter, Frau Alwine E[redacted] die auf Anordnung gemäss Weisung des Reichsverteidigungskommissars aus mit der Reichsverteidigung im Zusammenhang stehenden Gründen in unsere Anstalt verlegt wurde, am 28.10. an einem akuten schizophrenen Erregungszustand gestorben ist.

Nachdem unsere Anstalt nur als Durchgangsanstalt für diejenigen Kranken bestimmt ist, die in eine andere Anstalt unserer Gegend verlegt werden und da der Aufenthalt hier der Feststellung von Bazillenträgern dient, hat die zuständige Ortspolizeibehörde Hartheim auf Grund des § 22 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die sofortige Einäscherung der Leiche und Desinfektion des Nachlasses angeordnet. Einer Einwilligung der Angehörigen bedarf es in solchem Falle nicht.

Der Nachlass der in erster Linie als Pfand für den Kostenträger der Anstaltsunterbringung in Frage käme, wurde durch die Desinfektion infolge Verwendung nachhaltigster Mittel so beschädigt, dass er nurmehr als Altmaterial verwendet werden kann. Wir haben ihn daher der NSV zur Verwertung übergeben.

Falls Sie die Urne auf einem bestimmten Friedhof beisetzen lassen wollen- die Überführung erfolgt kostenlos- bitten wir Sie unter Beifügung einer Einverständniserklärung der betreffenden Friedhofverwaltung um Nachricht. Sollten Sie uns diese nicht innerhalb 14 Tagen zugehen lassen, werden wir die Beisetzung anderweitig veranlassen.

Zwei Sterbeurkunden fügen wir bei, die Sie gut aufbewahren wollen.

Heil Hitler!

Anlagen

- 18 -

Von der Beobachtungs- in die Tötungsanstalt. (Archivmaterial)

die Ermordung eines behinderten Kindes in Leipzig (Der Fall Knauer). Zugleich ermächtigte er die Reichsleiter Bouhler und Brandt, in ähnlichen Fällen analog zu verfahren. Die Kanzlei des Führers, deren Leiter Bouhler war, gründete in Zusammenarbeit mit dem Reichsärzteführer den „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden". Durch einen geheimen Runderlaß des NS-Reichsinnenministeriums vom 18. August 1939 wurden alle Hebammen und Ärzte verpflichtet, in den Kliniken anfallende Mißgeburten (das waren Kinder mit Mißbildungen der Extremitäten, mongoloide und idiotische Kinder usw.) sofort zu melden. Diese Meldung erfolgte über bestimmte Formulare. Drei Gutachter, Prof. Catel, Prof. Heintze und Dr. Wentzler, erhielten diese Bögen und entschieden entsprechend den gemachten Angaben über Leben und Tod (Kennzeichnung: + oder –). Hatten sie auf minus entschieden, wurde das Kind aufgrund einer Ermächtigungsurkunde in eine sogenannte Kinderfachabteilung, zumeist angegliedert einem Landeskrankenhaus (z.B. Brandenburg, Eglfing, Kalmenhof, Hamburg-Rothenburgsort), verschleppt. In diesen 21 *Fach*abteilungen wurde ihnen „Sterbehilfe" (Euthanasie) gewährt: Sie wurden mit Morphium-Hydrochloral, Luminal u.a. zu Tode gespritzt, oder sie wurden auf bestialische Weise durch Nahrungsmittelentzug ermordet. Dieser Kindermordaktion fielen mindestens 5.000 Kinder zum Opfer.

Um die Ermordung Behinderter im großen Stil durchführen zu können, wurde die Tarnorganisation T 4 (Dienststelle Tiergartenstraße 4) ins Leben gerufen. Sie gliederte sich in verschiedene Abteilungen, so die „Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten", welche die Meldebögen versandte und bearbeitete, ferner die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege", die mit Personal- und Finanzfragen beauftragt worden war (u.a. Belohnungen für das Tötungspersonal: 3 RM pro Kopf), die „Gemeinnützige Krankentransport-GmbH", die in der Bevölkerung aufgrund ihrer grauen, verhangenen Busse berüchtigt war.

Die Verwirklichung der Mordaktion T 4 begann am 9.10.1939. Die Befehlsverfügung wurde von Hitler rückdatiert auf den 1.9.1939: Datum des Überfalls auf Polen und Beginn des Zweiten Weltkriegs. Deutlicher kann der Zusammenhang zwischen Ermordung behinderter Menschen und Abbau der Sozialleistungen auf der einen Seite und Kriegswirtschaft sowie Hochrüstungskosten auf der anderen Seite nicht hergestellt werden. Ähnlich wie bei der Kinderaktion wurden jetzt alle behinderten Menschen aufgrund von Meldebögen erfaßt, entsprechend ihrer Arbeitsfähigkeit eingestuft und bei weitgehender Arbeitsunfähigkeit in Tötungsanstalten wie Hadamar verlegt. Bei dieser Aktion wurden mindestens – bis zur offiziellen Einstellung – 100.000 behinderte Menschen ermordet. Teils wurden sie wie bei der Kindermordaktion mit Medikamenten abgespritzt, durch Nahrungsmittelentzug getötet oder aber mit Kohlenmonoxyd aus „wirtschaftlichen Gründen", wie es offiziell hieß, vergast.

Die Behinderten waren die erste große Gruppe von Opfern der von den Nazis angestrebten „Endlösung" im Hinblick auf die von ihnen als „Untermenschen" titulierten Personen. Die arbeitsunfähigen Anstaltspfleglinge kamen zunächst in Durchgangsheime oder sogenannte Beobachtungsheime, erst dann wurden sie in Tötungsanstalten verlegt. So sollten Nachforschungen der Angehörigen oder der abgebenden Anstalt verhindert werden. War durch die Gutachter das Todesurteil gefällt, trug man in den Krankenbogen standardisierte Todesursachen ein: Herzschwäche, Kreislaufschwäche, Lungenentzündung, Blinddarmdurchbruch etc. Den Anstalten, die die Ermordung durchführten, waren

Ziel und Weg

Zeitschrift des Nationalsozialistischen Deutschen Ärzte-Bundes e.V.

3. Jahrgang 1933 Heft 11

Das Sterilisierungsgesetz ist da!

Mit der Veröffentlichung des Sterilisierungsgesetzes hat der neue Staat endlich den ersten entscheidenden Schritt auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik getan; und auch hier zeigt es sich wieder, was wir nun in den letzten Wochen und Monaten so oft erleben konnten: Jahre und Jahrzehnte haben Forscher und Gelehrte an der Klärung der Meinungen gearbeitet, jahrelang hat man in Kommissionen und Ausschüssen über dies und jenes gestritten, jahrelang haben Parlamente und Regierungen Anregungen geprüft und bearbeitet — und geschehen ist in all diesen endlosen Jahren nichts, weil der Mut zur Verantwortung fehlte, ohne den nun einmal Entschlüsse nicht möglich sind, und weil man zu schwach oder zu feige war, gegenüber den ernsthaften oder vorgegebenen Einwänden der Interessentengruppen unbeirrt auf das Ziel loszugehen, das um der Zukunft der Nation willen erreicht werden muß.

Was aber in Jahren und Jahrzehnten aller möglicher Regierungen unmöglich war, hat der nationalsozialistische Staat nach einem Vierteljahr fertiggebracht. Und er hat damit wieder einmal bewiesen, wie ernst es ihm mit der Erhaltung der biologischen Zukunft seines Volkes ist, zugleich aber auch, wie schnell das Notwendige geschehen kann, wenn verantwortungsbewußte und verantwortungsfreudige Männer an der Spitze stehen.

Neben dem zielklaren Willen des Führers und der klugen Energie des Reichsinnenministers Pg. Dr. Frick, fällt das Hauptverdienst an der schnellen Ausarbeitung und Durchbringung des Gesetzes unserem Pg. Dr. Gütt zu, der im Reichsinnenministerium zusammen mit Pg. Dr. Bartels die Neuordnung des Gesundheitswesens im nationalsozialistischen Sinne durchführt.

Mit dem Erlaß des Sterilisierungsgesetzes ist der erste Schritt auf bevölkerungspolitischem Gebiete getan. Der negativen bitternotwendigen Maßnahme müssen jetzt nach dem Willen des Führers beschleunigt die positiven Maßregeln folgen, die unserem Volk wieder die Möglichkeit der Aufzucht von wertvollen Kindern in gesunden Familien bieten.

Wir nationalsozialistischen Ärzte wollen, wie wir den Staat besonders propagandistisch in der Vorbereitung der Sterilisierungsgesetzgebung maßgebend unterstützt haben, auch und erst recht unsere Kraft für die Vorbereitung und Durchführung positiver Maßnahmen einsetzen. Wir sind überzeugt, daß hier die größte Gegenwartsaufgabe des rassebewußten Arztes liegt, und wir sind entschlossen, ihr wie bisher mit aller Kraft selbstlos zu dienen.

Aus: Äskulap & Hakenkreuz. Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät in Gießen zwischen 1933 und 1945. Gießen 1982. Seite 4

„Trostbriefabteilungen" angeschlossen, die vorformulierte Schreiben an die Angehörigen richteten. In den Trostbriefen wurde mitgeteilt, daß aus „seuchenpolizeilichen" Gründen die Leiche bereits eingeäschert worden sei. Besuche wurden untersagt. Das persönliche Gut des Pfleglings wurde der NSV (Nationalsozialistische Volkswohlfahrt) überstellt. Nachforschungsversuche wurden negativ beschieden.
In den KZs lief ein spezielles Behindertenvernichtungsprogramm: 14 f 13. Dies war das Kürzel des Reichsinspektors der KZs beim Reichsführer SS. „Lebensunwert" waren entsprechend der nazistischen Klassifizierung neben Arbeitsunfähigen, Menschen, deren *Behinderung* mit „Jude", „schwerer Hetzer und Wühler", „namhafter Funktionär der KPD" angegeben wurde.
Die Kindermordaktion erfaßte auch die ins KZ verschleppten Kinder bzw. die dort geborenen. Im Frauen-KZ Ravensbrück wurden die Neugeborenen erschlagen, abgespritzt oder durch Nahrungsmittelentzug ermordet.

Wurden auf der einen Seite behinderte Menschen ermordet, so versuchten die Nazis andererseits im Gegensatz zu den „Untermenschen" „Herrenmenschen" zu züchten, die die Überlegenheit der arischen Rasse beweisen sollten. Das Programm des Höherzüchtens vollzog sich zugespitzt in der Aktion „Lebensborn" und in den diesem Verein angeschlossenen Heimen. Ausgewählte Frauen, zumeist BDM-Mitglieder (Bund Deutscher Mädchen), die die nazistischen Rassenmerkmale wie Körpergröße, Haar- und Augenfarbe, Kopf- und Beckenform usw. erfüllten, wurden dazu verpflichtet, mit ebenso „nordischen" Männern der SS Kinder zu zeugen. Diese „für Deutschland" geborenen Kinder wurden zumeist in nazistischen Heimen erzogen, ihnen fehlte das familiäre Zusammenleben, so daß solcherart strenge Aufzucht zu schweren psychischen Schädigungen, deren Folgen heute total vergessen sind, führte.
Nach dem Überfall der faschistischen Wehrmacht auf Polen begann ein großangelegtes Germanisierungsprogramm der Nazis, das sich auf alle überfallenen Länder erstreckte. Im Zuge dieser Politik war die Ermordung von mindestens 30 Millionen Menschen slawischer Abstammung vorgesehen. Zunächst wurden erneut Behinderte und Arbeitsunfähige den Ermordungsprogrammen zugeführt. Zugleich wurden sogenannte „gutrassische" Kinder ihren Familien entrissen und wurden deutschen Adoptiveltern übergeben oder mußten in nazistischen Heimen aufwachsen. Durch das Zerreißen der Familienbande, ihrem Aufwachsen bei den Gegnern ihres Volkes haben sie schwere Schädigungen erfahren. Viele wissen heute noch nicht einmal etwas über ihre Identität. Noch heute suchen sie danach.
Entsprechend den unterschiedlichen Formen des NS-Terrors lassen sich typische Verfolgungsschicksale aufzeigen, die Schädigungen und Behinderungen bei Verfolgten verursachten. Die *Diskriminierung* wirkte sich insbesondere bei religiös und rassisch Verfolgten aus. Die Flut von Beschimpfungen, Verleumdungen sowie Boykottmaßnahmen, Einschränkungen und Verbote führten zu Verzweiflungsdepressionen, psychosomatischen Beschwerden u.ä. Die Arbeit in der *Illegalität* war gekennzeichnet durch ständige Angst, Schlafentzug, Hunger, Resistenzminderung usw. Psychische Auffälligkeiten während der Illegalität waren u.a. Veränderungen in Richtung auf verzweifelte Ängstlichkeit bzw. stumpfe Apathie. Nach der Befreiung vom Faschismus zeigten sich vor allem starke psychosomatische Reaktionen sowie starke Verletzlichkeit und Empfindsamkeit. *Exil* bedeutete die Eingewöhnung in ein neues Land und seine Kultur. Gerade bei Kindern, die ins Ausland gebracht worden waren, kam es

STUFEN DES FASCHISTISCHEN MORDPROGRAMMS

1933 - 1938: Von der Asylierung zur Sterilisierung
Nach der nahezu totalen Asylierung behinderter Menschen beschließen die Nazis am 14.6.1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" *(Sterilisationsgesetz)*. Mehrere hunderttausend Menschen werden legal verstümmelt: zunächst schwer geistig und körperlich Behinderte, dann sogenannte Leichtschwachsinnige und Fürsorgezöglinge.

1939 – 1941: Massenmord als Endstufe?
Im Frühjahr 1939 wird der *Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden* gegründet. Ziel ist die Erfassung und Ermordung behinderter Neugeborener. Am 18. August 1939 kommt es zur Meldepflicht für „mißgestaltete und idiotische Kinder". Drei Gutachter entscheiden mit + oder – über Leben bzw. Tod des Kindes. In 21 Kinder„fach"abteilungen der Landeskrankenhäuser werden die mit – Gekennzeichneten durch Abspritzen, Giftbeimischungen im Essen oder Verhungernlassen ermordet. Dieser *Kindermordaktion* fallen über 5000 Kinder zum Opfer. Diese erste Aktion des Massenmordes wird ausgedehnt. Alle schwerer Geisteskranken und Behinderte sollen aus kriegswirtschaftlichen Nützlichkeitserwägungen vernichtet werden. Bis 1942 werden 100.000 Betten für das Militär „freigestellt".
Organisiert wird diese Mordaktion durch die Dienststelle *Tiergartenstraße 4 (T 4)*. Es werden drei Tarngesellschaften gegründet: die *Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten*, welche die Meldebögen bearbeitet, die *Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft (Gekrat)*, die die Verlegung in die Tötungsanstalten organisiert, und die *Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege*, welche die Betreuung des Tötungspersonals übernimmt.
Das Meldeverfahren entspricht der Kindermordaktion, jedoch werden jetzt nicht Ärzte und Hebammen zur Meldung verpflichtet, sondern das jeweilige Anstaltspersonal. Die Überprüfung und Kategorisierung in + und – findet entsprechend statt. Nur Arbeitsfähige überleben. Im Rahmen der Aktion T 4 werden auch KZs nach Menschen durchsucht, die den Nazis nicht mehr lebenswert erscheinen. Diese Aktion, benannt nach dem Aktenzeichen des Inspektors der KZs beim Reichsführer SS, *14 f 13* fordert nochmals über 10.000 Menschenleben.
Nach heftigsten Protesten aus dem In- und Ausland, z.T. unter Einsatz des Lebens, wird das offizielle Euthanasieprogramm abgebrochen. Jedoch kommt es jetzt zu *wilden Euthanasiemaßnahmen*. Es wird nicht mehr zentral begutachtet und entschieden, sondern dezentral direkt in den Anstalten.

1942 - 1945: Der Massenmord geht weiter
Die in den Mordaktionen gegen behinderte Menschen *bewährten* Ärzte und Pfleger werden jetzt in den KZs eingesetzt, um millionenfach Menschen anderen Glaubens, anderer Weltanschauung, anderer Volkszugehörigkeit, anderer Lebensweise zu ermorden. Dabei *bewährt* sich eine neue Tötungsart: Tod durch Arbeit. Der KZ-Häftling muß so lange arbeiten, bis sein Körper durch mangelnde Ernährung und Versorgung – zumeist nach wenigen Wochen – so entkräftet ist, daß er stirbt. Hier schließt sich wieder der faschistische Kreislauf von Behinderung und Gesellschaftssystem: Behinderung = Arbeitsunfähigkeit = Vernichtung.

aufgrund der Trennung von den Eltern zu erheblichen Entwicklungshemmungen, Hospitalismuserscheinungen u.ä. Das Leben im *Versteck* bedingte eine weitgehend soziale Isolierung, ständige Lebensbedrohung, schlechte Versorgung und beengte Wohnverhältnisse. Das stark eingeschränkte Anregungsmilieu, die zumeist dunkle Unterbringung, das Nichtvorhandensein von Spielzeug usw. prägten gerade bei Kindern die weitere Entwicklung. Nach der Befreiung waren sie konzentrationsschwach, antriebsarm, unruhig und mißtrauisch. Das Leben im *Internierungslager* (KZ, Jugendverwahrlager, Straflager, Ghetto usw.) wirkte sich aufs schwerste auf die Gefangenen aus. Chronisches Hungern und Entbehrungen vielfältiger Art, schwerste Arbeitsbedingungen, Infektionskrankheiten, Aus- und Unterkühlungen aufgrund Kleidermangels, schwerste Angstspannungen (permanente Todesdrohung!), brutale Deklassierung und die Zerreißung der Familienbande führten zu den verschiedensten Behinderungen und Schädigungen.
Die Belastungen, die durch den NS-Terror bei den jeweilig Verfolgten verursacht wurden, endeten nicht mit der Befreiung vom Faschismus. Sie halten bis heute an. Selbst gezielte Kurprogramme brachten bei psychischen Spätschäden keine grundsätzliche Hilfe. Die Behinderungen und Schädigungen der ehemals Verfolgten haben einen ungünstigen Einfluß auf den Gesundheitszustand und das Sozialverhalten ihrer Kinder. Dies gilt vor allem in Hinblick auf Geburtsschädigungen, neuropsychische Symptome und Probleme der sozialen Anpassung. Man spricht hier von Schädigungen der zweiten und neuerdings sogar der dritten Generation.
Der von den deutschen Faschisten entfesselte Zweite Weltkrieg forderte über 50 Millionen Tote. Mehr als 90 Millionen Menschen in aller Welt wurden verwundet. Zig Millionen behielten einen lebenslänglichen Kriegs- und Verfolgungsschaden. Der deutsche Faschismus schuf innerhalb weniger Jahre mehr Behinderungen als normalerweise in einem Jahrhundert vorkommen.
Eine der widerlichsten *Leistungen* innerhalb dieses Spektrums faschistischer Verbrechen war die Beteiligung deutscher Mediziner an pseudomedizinischen Versuchen in KZs und Lagern. In nahezu allen KZs fanden grausame Experimente an Menschen statt, die zum Tod oder zu entsetzlichen Verstümmelungen führten. Gerade die großen deutschen Pharmakonzerne waren an solchen Menschenversuchen interessiert, wobei es zumeist um die Erforschung von Kriegsleiden ging. Anhand von nahezu verhungerten Zwillingen versuchten Ärzte wie Dr. Mengele im KZ Auschwitz, die Minderwertigkeit anderer Rassen nachzuweisen.

Widerstandskämpfer aus der deutschen Arbeiterbewegung waren die ersten, die schon kurz nach der Machtergreifung der Nazis gezielten Widerstand gegen das faschistische Rassenprogramm leisteten. Angesichts der offenkundigen Massenvernichtungsaktionen der Nazis gingen auch zahlreiche Kirchenvertreter, die den Nazis anfangs nahezu wohlwollend gegenüberstanden, in Opposition zum herrschenden System. Zahlreiche Anstaltsdirektoren der zu dieser Zeit überwiegend konfessionellen Heime wie der Leiter von Bethel, von Bodelschwingh, Ärzte wie Karl Bonhoeffer, Pfleger, Fürsorger und Juristen zeigten das *andere*, das antifaschistische Deutschland, das Deutschland, das sich nicht einvernehmen ließ für die faschistischen Vernichtungsprogramme. Im Bewußtsein, ihr Leben aufs Spiel zu setzen, haben sie gegen die Verfolgung und Ermordung behinderter Menschen gekämpft. Ihr Ringen für ein Leben in Frieden und Freiheit, für die Anerkennung der Würde eines jeden Menschen und seines

Rechtes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das in zahlreichen Länderverfassungen und im Grundgesetz seinen Niederschlag fand, wird heute von ihrer damals gegründeten Organisation, der „Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes (VVN) – Bund der Antifaschisten" (4) fortgeführt.
Selbst in Parteikreisen der NSDAP gab es nach Stimmungsberichten der Gauamtsleiter erheblichen Widerspruch gegen die „Vernichtung lebensunwerten Lebens". Jedoch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß gerade in Kreisen der Ärzteschaft und der Justiz überproportional viele Anhänger der Naziausrottungspolitik zu finden waren. (5)

In bezug auf heute ist zu fragen, was ist aus den vielen durch Krieg und Faschismus Behinderten und Erkrankten geworden? Warum sind sie heute wieder die ersten Opfer bei der Rotstiftpolitik der momentanen Haushaltsberatungen? Warum wird in diesen Bereichen gespart, in anderen wie der Hochrüstungspolitik jedoch Milliarden zusätzlich ausgegeben?
Was ist aus den Menschen geworden, die zwölf Jahre in faschistische Schulen und Einrichtungen gingen, ohne daß nach 1945 eine Umerziehung stattfand? Gehören sie zu den Millionen von Menschen in der Bundesrepublik, die auch heute – laut unterschiedlicher Befragungen – für die Tötung behinderter Menschen sind?
Was wurde aus den Kriegsgenerationen, die nichts anderes gelernt hatten, als Soldat zu sein, oder die nur Spiele kannten, die für den Krieg konzipiert waren?
Was wurde aus den Mördern, die nicht verurteilt wurden oder die vorzeitig aus der Haft entlassen wurden?
Und wer erinnert sich der Opfer? In welchen ehemaligen Tötungsanstalten gibt es Gedenkstätten oder Hinweise auf die Massenermordung? Welche Anstalt erwähnt die Zeit von 1933 - 45 in ihren Chroniken? Welche staatlichen Gremien, welche öffentlichen Medien verweisen auf die ungeheuren Verbrechen des Faschismus an den behinderten und psychisch kranken Menschen?
Fragen, deren Antworten ein erschreckendes Licht auf die heutigen bundesdeutschen Verhältnisse werfen.*

* Zu der Veranstaltung „Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung" ist eine gleichnamige, bebilderte Broschüre erschienen. Diese kann gegen Voreinsendung von DM 3 in Briefmarken bei der VVN-Bund der Antifaschisten, Simon-von-Utrecht-Str. 4/d, 2 Hamburg 4, bestellt werden.

Die Diskussion auf dem Gesundheitstag 1981 im Anschluß an die Veranstaltung ergab erste Ansatzpunkte einer Beantwortung, die thesenartig zusammengefaßt ist:

1. These: Das Stufenmodell der Nazis (Von der Isolation über die Sterilisation zur Massenvernichtung behinderter Menschen) ist auf heutige Verhältnisse insoweit übertragbar, als die Aussonderung behinderter Menschen in Sondereinrichtungen immer die Gefahr beinhaltet, daß weitergehende Schritte gegen diese Gruppe geplant und durchgeführt werden können. Dabei zeigt die Einstufung behinderter Menschen nach einem Kosten-Nutzen-Modell (Wert der Arbeitskraft) gerade bei der Diskussion um den Abbau der Sozialleistungen erschreckende Parallelen zur Propaganda der Nazis.
Daraus erfolgt als Forderung: Sondereinrichtungen und Großkliniken müssen aufgelöst werden zugunsten individueller Betreuung, Dezentralisierung der Versorgung und Förderung integrativer Maßnahmen.
2. These: Die Behandlung Behinderter erfolgt gestuft, wobei gerade diejenigen am Ende der Hierarchie stehen, die nicht oder nur eingeschränkt ihr Interesse artikulieren und vertreten können. Diese sind zumeist auch diejenigen, welche im Sinne des genannten Kosten-Nutzen-Modells als nicht förderungswürdig, da nicht arbeitsfähig, eingestuft werden.
Als Forderung resultiert hieraus eine stärkere Einbeziehung der Bedürfnisse und Interessen dieser Gruppe gerade durch die Behindertenselbsthilfegruppen.
3. These: Durch die Erfassung behinderter Menschen in den EDV-Anlagen der Sozialträger wäre ein Holocaust behinderter Menschen heute reibungsloser durchzuführen. Daher ist zu überlegen, ob der Datenschutz überhaupt ausreicht, einen genügenden Schutz vor Übergriffen zu bieten oder ob sämtliche Datensammlungen boykottiert werden müssen, obwohl dadurch Erschwernisse in der Versorgung behinderter Menschen auftreten würden.
4. These: Die Tabuisierung des Themas „Behinderte Menschen unterm Hakenkreuz" ist auch innerhalb der ungebrochenen Tradition des öffentlichen Bewußtseins zu sehen (nahezu 40 Prozent der Bevölkerung würden auch heute eine Euthanasie bejahen).
Daraus folgt eine verstärkte Informationskampagne über die Lage behinderter Menschen im Faschismus, wobei jeweils ein heutiger Bezug herzustellen ist. Geeignet ist vor allem die regionale Erforschung (Wie verhielten sich die jeweiligen Anstalten, Kliniken, Ärzte etc. am Ort?).
5. These: Schreibtischtäter wie der ehemalige Leiter der Universitätskinderklinik, Prof. Catel, sind stärker als Mörder und deren Helfershelfer zu entlarven. Es ist deutlich zu machen, daß es zwischen diesen und demokratisch-antifaschistischen Ärzten, Pflegern usw. keine Gemeinsamkeiten in keinem Punkt ihrer Arbeit und Lehre gibt.
6. These: Bei der Diskriminierung und Diffamierung behinderter Menschen, die sich politisch betätigen, ist der Zusammenhang zwischen der Hetze vieler ihrer Gegner und der nazistischen Propaganda aufzuzeigen. Die Gleichsetzung politisch Verurteilter (z.B. Demonstranten gegen AKWs) mit psychisch Kranken, die heute verstärkt erfolgt, ist in historischem Zusammenhang mit Urteilen nazistischer Gerichte zu setzen.
7. These: Alle Versuche, die Euthanasie heute wieder diskussionsfähig zu machen, sind entschieden zu bekämpfen.
8. These: Zwangssterilisierte sind als Verfolgte anzuerkennen. Sie, sowie andere Verfolgte, müssen in ausreichendem Maße kostenlos Rehabilitations- und

Kureinrichtungen in Anspruch nehmen können. Es sind spezifische Kurprogramme für Spätfolgeschäden und Schädigungen der 2. und 3. Generation zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

9. These: Der Zusammenhang Rüstung – Abbau der Sozialabgaben gerade im Bereich der Versorung behinderter Menschen ist stärker zu berücksichtigen und herauszustellen.

Verwendete und empfehlenswerte Literatur

Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages 1980, Band 1. Berlin (West) 1980

v. Baeyer, Walter/Häfner, Heinz/Kisker, Karl Peter: Psychiatrie der Verfolgten. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1964

Dörner, Klaus u.a.: Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehburg-Loccum 1980

Fouquet, Christiane: Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens unter Berücksichtigung des behinderten Menschen. Oberbiel 1978

Gebel, H.G./Grisshammer, H.: Dokumentation zu den Krankenverlegungen aus Neuendettelsauer Anstalten 1941. Berlin 1977

Güse, Hans Georg/Schmacke, Norbert: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg 1976

Hauptkommission zur Untersuchung der Naziverbrechen in Polen: Verbrechen an polnischen Kindern 1939 - 1945. Warszawa 1973

Hermanns, Alfred: Die Mordkiste in Hadamar. Dortmund 1961

Jantzen, Wolfgang: Behinderung und Faschismus, in: Ders. (Hrsg.): Konstitutionsprobleme materialistischer Behindertenpädagogik. Lollar 1977

Kaul, Friedrich Karl: Die Psychiatrie im Strudel der „Euthanasie". Frankfurt/M. 1979

Matussek, Paul u.a.: Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1971

Mausbach, Hans/Mausbach-Bromberger, Barbara: Feinde des Lebens. NS-Verbrechen an Kindern. Frankfurt/M 1979

Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred: Medizin ohne Menschlichkeit. Frankfurt/M 1978

Nowak, Kurt: „Euthanasie" und Sterilisierung im „Dritten Reich". Göttingen 1980

Platen-Hallermund, Alice: Die Tötung Geisteskranker. Frankfurt/M 1948

Romey, Stefan: Verhaltensstörungen nach Verfolgungseinflüssen in der Kindheit und Jugend. In: Behindertenpädagogik in Hessen, Heft 2, 1979

Romey, Stefan: Euthanasie in Hamburger Anstalten. In: Behindertenpädagogik in Hessen, Heft 3, 1980

Wuttke-Groneberg, Walter: Medizin im Nationalsozialismus. Tübingen 1980

Weitere Veröffentlichungen von Stefan Romey:

Damals: Christen im Widerstand – Heute: Christen in der Verantwortung. Eigenverlag. Hamburg 1981 sowie in:

Michael Weigt (Hrsg.): Schulische Integration von Behinderten. Beltz-Verlag 1977

Lutz van Dick (Hrsg.): Alternativschulen. Reinbek 1979

29. JUN. 1944

Hyg.-bakt. Unters.-Stelle
der Waffen-SS, Südost

Auschwitz OS., am 29. Juni 1944.

Anliegend wird übersandt:

Material: Kopf einer Leiche (12-jähriges Kind) entnommen am .....

zu untersuchen auf Histologische Schnitte

Name, Vorname: .....

Dienstgrad, Einheit: siehe Anlage

Klinische Diagnose: .....

Anschrift der einsendenden Dienststelle: H.-Krankenbau
Zigeunerlager Auschwitz II, B II e

Bemerkungen: .....

Der 1. Lagerarzt
K.L. Auschwitz II

SS-Hauptsturmführer.
(Stempel, Unterschrift)

Begleitschreiben des SS-Arztes J. Mengele zum Kopf einer Kinderleiche. Quelle: Volk & Gesundheit, a.a.O., Seite 204

Aus: Äskulap & Hakenkreuz, a.a.O., Seite 67

Mißachtet – Ausgesondert – Vernichtet

Zur Geschichte der Krüppel
Udo Sierck, Krüppelgruppe Hamburg

Ich benutze in meinem Beitrag durchgehend das Wort Krüppel, obwohl nach der wissenschaftli vorgenommenen Aufteilung beispielsweise die geistig Behinderten nicht unter diesen Begriff fallen. Wenn ich trotzdem nur vom Krüppel spreche, dann deshalb, weil die Diskriminierung und Sonderbehandlung in mehr oder weniger stark abgewandelter Form auf sämtliche Behinderten zutrifft.

Wird heute vom grausamen Umgang mit Krüppeln gesprochen, geschieht das in der Regel im Zusammenhang mit dem Geschehen zur Zeit der nationalsozialistischen Diktatur in Deutschland. Die Verachtung der Krüppel, die in Sterilisierung und Ermordung endete, wird als einmaliger historischer Unglücksfall gedeutet. Daß diese Einschätzung ein Irrtum ist, soll im folgenden gezeigt werden. Denn die Herabsetzung, die Aussonderung oder die körperliche Vernichtung von Krüppeln ist kein Phänomen der jüngsten Vergangenheit, sondern ein kontinuierlicher Prozeß, an dem bis zum heutigen Tag die *Denker* ihrer Epochen, die geistlichen Würdenträger und nicht zuletzt Mediziner oder Sonderpädagogen ihren Anteil tragen. Auf der anderen Seite stehen die Krüppel: erniedrigt zum Objekt, mit dem Tier auf eine Stufe gestellt, zur Anbiederung an die Normalität gezwungen, zur Verachtung des eigenen Andersseins gedrängt – eine Geschichte des Krüppels als akzeptierter Mensch existiert nicht.

Die mannigfachen Formen des Umgangs mit Krüppeln in den vergangenen Jahrhunderten sollen hier nur verkürzt dargestellt werden. Entscheidend ist das Bild, das sich die nichtbehinderte Umwelt vom Krüppel macht, sind die dem Krüppel beigegebenen gesellschaftlichen Funktionen und die Rückwirkungen auf den Krüppel selbst.

Körperlich *Schwache* erhielten eine Überlebenschance, nachdem die anderen Mitglieder eines Stammes in der Lage waren, einen wirtschaftlichen Überschuß, vor allem an Nahrung, zu erlangen. Das Überleben der Krüppel hing jedoch nicht nur von den ökonomischen Voraussetzungen ab. Ausschlaggebend waren vielmehr die jeweils herrschenden Gebräuche, Riten oder magischen Vorstellungen. Einige Beispiele:

Verschiedene Stämme der Eskimos töteten ihre verkrüppelten Kinder, weil die harten Lebensbedingungen (ständige Jagd, häufig rascher Iglu-Bau, Nomadenleben) zusätzliches Beachten der Krüppel anscheinend ausschloß. Doch der Paiute-Stamm in den USA lebte unter ähnlich widrigen Umständen, verkrüppelte Kinder wurden jedoch weder ausgeschlossen noch getötet. Die Ursache dieses Verhaltens dürfte die Geringschätzung des Wertes der Leistung bei gleichzeitiger Hochbewertung der Unterstützung von *Schwachen* sein.

Bestimmte Stämme Ostafrikas setzten mißgebildete Kinder zur Zeit der Ebbe aus, damit die Flut es „hinführe, woher es gekommen" (1). Bei einem anderen Stamm Ostafrikas ist die Großfamilie traditionell dazu verpflichtet, für die verkrüppelten Angehörigen zu sorgen. Neben diesem überlieferten Gebot ist hier das Alter der übergeordnete Wert, so daß auch Krüppel eine anerkannte Stellung im Stamm erlangen können (fraglich bleibt allerdings, inwieweit nichtbehinderte und verkrüppelte Alte die gleiche Anerkennung erhalten).
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine körperliche Abweichung bei den Naturvölkern immer ein Manko war. Ob dem Krüppel überhaupt ein Leben zugebilligt wurde, entschieden die Vorstellungen seiner Umwelt, in die er hineingeboren wurde.

Von einigen germanischen Stämmen ist bekannt, daß sie neugeborene Krüppel töteten, wenn der Vater es nicht annahm. Hier stellt sich die Frage, ob die Entwicklung des Patriarchats auf die Tötungspraktiken einen direkten Einfluß besaß. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, den Ursachen und Konsequenzen eines friesischen Volksrechtes aus dem 9. Jahrhundert nachzugehen, nach dem nur noch die Mutter ihr Kind straflos töten durfte. Um den offenen Fragen über die Rolle des Patriarchats im Zusammenhang mit der Ermordung von Krüppeln antworten zu können, bedarf es weiteren Forschens.
Mit der Entstehung der ersten Klassengesellschaften erhält auch die Frage der Krüppelbehandlung eine neue Qualität. Mit der Aufteilung des Volkes in arm und reich drängt sich der Faktor in den Vordergrund, ob die Reichen das Überleben eines Krüppels als notwendig erachteten. Derartiges Denken findet sich bereits vor 5000 Jahren in Mesopotamien, der ersten Hochkultur.
Im Mittelpunkt des damaligen Lebens stand der Tempel; Priester besaßen folglich die übergreifende Macht. Sie eigneten sich ärztliches und chirurgisches Wissen an und gaben dieses nur an genehme Gelehrte weiter. Behandelt wurde nur, wer zahlen konnte, Arme und Krüppel blieben auf der Strecke. Die Religion stützte die Ungerechtigkeit: *„Wer mit den Göttern in Einklang lebt, ist gesund und glücklich, wer die Gebote mißachtet, wird krank."* Die Krankheit als Sünde – ein altes Bild. Krüppel galten als Vorboten des Unheils. Eine Tontafelinschrift prophezeit: *„Wenn eine Sklavin ein Kind ohne Mund gebiert, wird die kranke Herrin des Hauses sterben."* (2)
Die Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten zur Hilfe und der Realität für Krüppel tritt im antiken Griechenland unübersehbar in Erscheinung: einerseits bahnbrechende wissenschaftliche Erkenntnisse auch auf dem Gebiet der Medizin, andererseits Erniedrigung, Verstecken oder Tötung der Krüppel.
In Sparta beurteilten staatliche Gutachter die Neugeborenen. Stellten sie einen körperlichen *Mangel* fest, wurden die Kinder ausnahmslos vom Felsen Taygetos zu Tode gestürzt. Sie galten in dem Kriegerstaat Sparta als nutzlos und belastend; benötigt wurden kräftige Kämpfer, um die zentrale Staatsgewalt zu festigen, um den Machtbereich auf andere Regionen ausdehnen zu können. Diese Bestrebungen bestimmten jegliches Handeln und Denken der Spartaner. So galt denn auch die Gesundheit als Tugend, die Krankheit dagegen als Verbrechen.
Im Athener Stadtstaat fällt zunächst einmal auf, daß hier medizinisch behandelt wurde. Selbst die Sklaven erhielten ärztliche Hilfe, jedoch nur, wenn dadurch ihre Arbeitskraft erneut verwertbar wurde; Die Behandlung kam billiger als der Kauf eines neuen Sklaven. Allein diese ökonomische Sichtweise ließ dem Krüppel kaum eine Chance. Er blieb am Leben, wenn er sich verwenden,

anbieten oder benutzen ließ. So galten Taubstumme als willige und keine Unruhe stiftenden Arbeitskräfte, verkrüppelten Frauen blieb nichts als die Prostitution; in die Sonderstellung des Propheten wurden häufig Blinde gedrängt usw.
Die Vorstellungen der bestimmenden Philosophen und Staatsmänner von Athen sprechen darüberhinaus eine deutliche Sprache. Platon, Vertreter der aristokratisch-oligarchischen Partei, äußert: *„...wenn eines verstümmelt geboren ist, werden sie, wie es sich ziemt, in einem unzugänglichen und unbekannten Ort verborgen"* (3) und *„Der, der nicht zu leben vermag, braucht nicht gepflegt zu werden, da er weder sich noch dem Staat nützt"* (4). In Platons Grundidee, der Zeugung und Erziehung der Besten geregelt durch staatliche Gebote, bleibt für Krüppel kein Platz. Nicht zu Unrecht wird Platon auch als Vorläufer idealistisch-reaktionärer Strömungen in der Medizin angesehen.
Aristoteles kritisiert zwar diesen Idealismus, zu Krüppeln vertritt er jedoch Ähnliches. So „müssen die Kinder auch körperlich in der vom Gesetzgeber erwünschten Verfassung sein" (5). Weiter bestimmt Aristoteles: *„Was Aussetzung oder Aufnahme der Kinder anlangt, so soll es Gesetz sein, daß nichts Verstümmeltes aufgezogen wird."* (6) Diese Bestimmung steht dem allgemeinen Verbot der Aussetzung entgegen. Demnach wiegt eine körperliche Andersartigkeit schwerer als andere sozlale Regeln.
Neben dem Ideal vom schönen Körperbau treffen die übergeordneten Werte der Kriegsfähigkeit, der ökonomischen Verwertbarkeit auch auf das römische Imperium zu. Rom benötigte Krieger und Sklaven, um seine militärische und wirtschaftliche Macht über viele Völker bestehen zu lassen. Wer dem nicht dienen konnte, wurde beiseite geschafft. Der spanische Statthalter Cato empfahl, *„alt gewordene Ochsen und anderes lebende Inventar ebenso wie alte Geräte, alte und kranke Sklaven und andere überflüssige Dinge zu verkaufen"* (7). Unverkäufliche Sklaven wurden auf der Tiberinsel ausgesetzt und ihrem Schicksal überlassen. Bei derart rigiden Aussonderungspraktiken der *Schwachen* nimmt es nicht wunder, daß in Rom die Tötung von mißgebildeten Kindern zum ersten Mal gesetzlich gebilligt wurde. Nach dem Gesetz der 12 Tafeln genügte es zur legalen Tötung, wenn fünf Zeugen das Kind zur Mißgeburt erklärt hatten.
Die unterschiedliche Einstellung zum alten Sklaven einerseits und zum Krüppel andererseits offenbart der Konsul, Erzieher und Philosoph Seneca. Hier tritt er für die Versorgung der Sklaven ein, da jene auch Menschen seien, dort spricht er dem Krüppel das Leben mit aller Selbstverständlichkeit ab: *„Tolle Hunde schlagen wir tot, einen wilden und unbändigen Stier töten wir, ...Mißgeburten schaffen wir aus der Welt, selbst Kinder ertränken wir, wenn sie schwächlich und mißgestaltet zur Welt gekommen sind, und es ist nicht Zorn, sondern Vernunft, Untaugliches von Gesundem zu scheiden."* (8) Die Nennung von wilden Tieren und Krüppeln in einem Atemzug sagt genug über die Wertschätzung der Römer aus. Begründet wurde die Tötung der Kinder mit der Ansicht, daß jede Störung im Laufe der Natur unglücksbringend sei. Brutal, aber die Lebenssituation der Krüppel treffend, der römische Volksmund: *„Brot für Krüppel bedeutet doppeltes Unglück: einmal verlierst du, was du gibst, zweitens verlängerst du sein Leben."* (9)
Für Rom stellte sich das Problem, seine stehenden Heere (medizinisch) zu versorgen. Zu diesem Zweck wurden Krankenanstalten errichtet, in denen u.a. auch die im Krieg Verstümmelten versorgt wurden. Dieses Zugeständnis an die Soldaten, notwendig zur Erhaltung der Kampfmoral, bestätigte die Trennung in Kriegskrüppel und in verkrüppelt Geborene. Erhielten jene noch minimale

KOSCHEMANN-OTTEN-SCHNIEDEWIND

10. Im Lande Baden, das rund 2400000 Einwohner zählt, waren zu Anfang des Jahres 1934 insgesamt 6400 Pflegebedürftige, 4500 Geisteskranke, 2000 Erbkranke und 1500 Jugendliche in Fürsorgeheimen untergebracht.
a) Wieviel Fürsorgebedürftige kommen durchschnittlich auf 1000 Einwohner?

Rechenaufgaben im neuen Geiste

Ein Ergänzungsheft für das Rechnen in allen Schulen

I. Teil

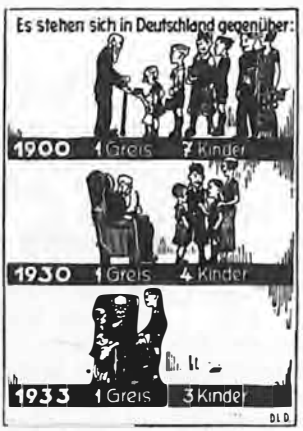
Aufgaben ohne Prozentrechnung

1935
Verlag Moritz Diesterweg · Frankfurt am Main

Inhaltsverzeichnis

	Seite
a. Vom deutschen Volk	1
b. Deutschlands höchstes Ziel ist die Beseitigung der Arbeitslosigkeit	4
c. Wie das Dritte Reich für Arbeit und Brot sorgt.	6
d. Arbeitsdienst ist Dienst am Volke	8
e. Kraft durch Freude. Winterhilfswerk	10
f. Vom deutschen Jungvolk	12
g. Die Selbsternährung Deutschlands	14
h. Luftschutz tut not.	17
i. Die deutschen Reichsbahnen	19
k. Binnenschiffahrt	21
l. Seeschiffahrt	23
m. Luftverkehr	24

b) Von den Geisteskranken sind 868 mindestens 10 Jahre, 260 mindestens 20 Jahre, 112 mindestens 25 Jahre, 54 mindestens 30 Jahre, 32 mindestens 35 Jahre und 6 mindestens 40 Jahre eingeschlossen. Wieviel Reichsmark haben diese Geisteskranken dem badischen Lande mindestens gekostet, wenn man für jeden rund 18 *RM* täglich ausgeben muß? (1 Jahr = 365 Tage.) c) Wieviel gesunde Familien mit einem Jahreseinkommen von 3000 *RM* könnten von diesem Betrage 10 Jahre lang leben?



Die Vergreisung des Volkes.

Aus: Volk & Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Begleitbuch zur Tübinger Ausstellung 1982. Tübingen 1982. Seite 108

Unterstützung, so traf die Neugeborenen bereits die vernichtende römische Rechtsordnung. Die noch heute existierende hierarchische Gliederung der Krüppel hat hier einen ihrer Ursprünge.

Dort, wo militärische und wirtschaftliche Kriterien häufig das Ende des Krüppels bedeuteten, setzte das sich ausbreitende Christentum an. Der Krüppel wurde nicht mehr unentwegt verstoßen oder getötet, sondern geriet zum leidenden Bruder, der aus Mitleid versorgt werden mußte. Uneigennützig war das neue Verhältnis zum Krüppel jedoch nicht. Denn das Christentum übernahm mehr und mehr staatstragende Funktionen, es lohnte sich also, christliche Gesinnung zu demonstrieren. Auf diesem Hintergrund entwickelte sich die Liebe zum Nächsten zu einem regelrechten Wetteifern der Mönche, der reichen Kaufleute um die größte vollbrachte Wohltat. Pflegehäuser wurden errichtet, um christliches Tun öffentlich zu bezeugen. Auf die Spitze getrieben wurde dieses Treiben, als das Almosen für einen Krüppel gleichbedeutend mit dem Freikauf von begangenen Sünden war (Gib dem Krüppel ein Stück Brot und es ist verziehen, daß du den Bäcker beraubt hast!).
Der Krüppel war lediglich Mittel zum Zweck. Für ihn bestanden keine Ausweichmöglichkeiten, um aus der Rolle des Leidenden, des hilflosen Objektes herauszukommen. Das Christentum bewahrte ihn vor dem Tod, bescherte dem Krüppel aber nicht das Leben. Die entstehenden Pflegehäuser sind die Vorboten einer immer perfekter funktionierenden Aussonderung.
Mit dem langsamen Niedergang des Feudalismus wird das Christentum offen als Machtmittel mißbraucht, um Kritiker als Zauberer, als Hexen oder Ketzer mundtot zu machen. Auf den Scheiterhaufen der Inquisition verbrannten oft Krüppel, als Wesen fremder Welten verteufelt.
Es zeigt sich, daß auch die Kirchenfürsten den Krüppel nie als Menschen gesehen haben. Auch Martin Luther glaubte an die Hand des Teufels, denn dieser verursache „die Taubheit, die Stummheit, die Lahmheit und das Fieber" (10). Luther selbst wollte ein Krüppelkind eigenhändig ertränken, um es dem Teufel fortzunehmen.
Die Krüppel lebten von der Bettelei, der Freikauf von Sünden florierte immer noch, obwohl mit der immer größer werdenden Armut der Bevölkerung die Almosen spürbar weniger wurden. Neben dem erniedrigenden Warten auf die Gaben Vorübergehender stand dem Krüppel zur Wahl, sich als Hofnarr dem Gespött des Adels oder als Zirkussensation dem Vergnügen des Volkes auszuliefern. Bei alldem wurden sie nicht nur verlacht, sie galten weiter als Überträger des Unheils: Schwangere spuckten dem Krüppel ins Gesicht, um Übles abzuwenden. Bezeichnend eine Notariatsordnung des Kaisers Maximilian I. aus dem Jahre 1512, die im §4 sagt: „*Wer nicht reden oder schreiben kann, wird einem Toten gleich geachtet.*" (11)

Mit der Entwicklung der Industriestaaten treten die Aspekte der Produktivität, der körperlichen und geistigen Unversehrtheit dominierend in den Vordergrund. Den aufgestellten Regeln der öffentlichen Ordnung fielen die Krüppel zum Opfer; die Straße wurde von Bettlern geräumt, das Fürsorgewesen zunehmend von zentralen städtischen Stellen übernommen. Die Krüppel verschwanden immer systematischer hinter Anstaltsmauern. Die Anzahl der Aussonderungseinrichtungen stieg mit den zunehmenden medizinischen und sozialhygienischen Kenntnissen, die Spezialisierung zog für die Krüppel jeweils *ihre* Sonderbehandlung nach sich: Die Irren wurden in Spezialräume gesteckt, Lepra-Kranke völlig

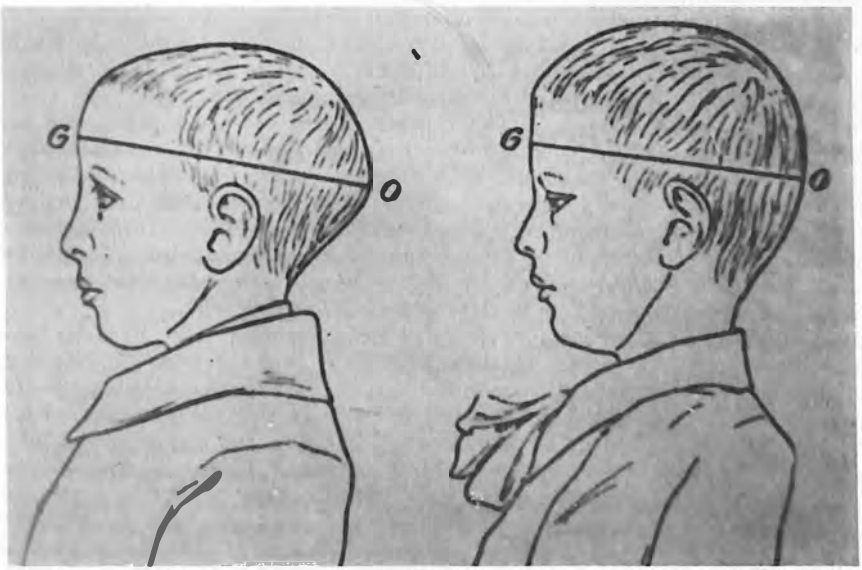
von der Umwelt abgeschlossen, Epileptiker erhielten schon seit dem 12. Jahrhundert gesonderte Abteilungen. Eine weitere Form der Aussonderung bildeten die zu Beginn der frühkapitalistischen Epoche entstehenden Armen- und Arbeitshäuser. Hier wurde jeder interniert, der seine Arbeitskraft nicht frei verkaufen konnte, und zur Zwangsarbeit getrieben. Zu den Insassen dieser Häuser gehörten viele Krüppel. Der Krüppel verschwand aus dem Straßenbild.
Die französische Revolution bewirkte die endgültige Verselbständigung des Bürgertums; mit dem Zeitalter der Aufklärung und des Humanismus rückte das Individuum in den Mittelpunkt der Weltbetrachtung. Diese neue Sichtweise bedeutete für Krüppel zunächst, daß sich Mediziner und bürgerliche Pädagogen ihnen interessiert zuwendeten und sich mit ihnen beschäftigten. Die Lebensumstände der Krüppel verbesserten sich indes keineswegs. Sie waren zwar nicht mehr Mittel zum Heilserwerb, erhielten jetzt aber ihren Zweck als Gegenstand wissenschaftlicher Erörterungen und ökonomsicher Überlegungen. Der Krüppel blieb Objekt, das mit sich geschehen lassen mußte.
Das deutsche Recht spiegelt immer treffend wider, welcher Rang dem Krüppel im gesellschaftlichen System beigemessen wurde. Bis in das 19. Jahrhundert galt die „Tötung von Krüppeln nicht als Menschentötung" (12). Erst 1840 erscheint im Braunschweiger Gesetzbuch der Paragraph: „*Wer Krüppel eigenmächtig tötet, wird mit Gefängnis bis zu 6 Wochen oder einer Geldstrafe bestraft.*" (13) Dies steht natürlich in keinem Verhältnis zu anderen Strafmaßen, etwa für die Ermordung nichtbehinderter Menschen. Zu beachten in dem Paragraph auch der Einschub *eigenmächtig* – auf Anordnung Dritter schien der Mord legal zu sein.
Seit etwa dem 18. Jahrhundert begannen die Mediziner, die Krüppel zu trennen in körperlich Verkrüppelte, Schwachsinnige und Idioten. Ziel dieser Aufteilung war es, die verläßlichen und verwertbaren Krüppel von den wirtschaftlich *Unbrauchbaren* zu trennen. Gleichzeitig und mit demselben Hintergrund beginnt der Aufbau der Sonderschulen. Mit der politischen Stabilisierung des Deutschen Reiches verlangt die wachsende Industrie nach immer mehr Arbeitskräften. Die Nachfrage greift auf die Krüppel zurück, die zu diesem Zweck in den Sonderschulen eine Ausbildung erhalten. Aus der zunehmenden Spezialisierung der Anforderungen im Beruf ergibt sich die stetig voranschreitende Aufgliederung der Sonderschulen. Die Mehrzahl der Mediziner und Pädagogen sahen ihr höchstes Ziel erfüllt, wenn es ihnen gelungen war, einen Krüppel berufsfähig gemacht, d.h. auf eine bestimmte Funktion hin abgerichtet zu haben. Ein Scheitern der langjährigen Programme befleckte in erster Linie die Berufsehre; welche zerstörerischen Folgen sie in der Persönlichkeit des Krüppels hinterließen, interessierte zumindest selten. Im Mittelpunkt aller Bemühungen stand nicht der Krüppel, sondern der Helfer selbst, der den Verdienst seiner Taten einstreichen will.

Um die Jahrhundertwende finden die Ideen der Erb- und Rassenlehre ihren Eingang in die Krüppelbetreuung. Mit dem neuen Gedankengut wurde aus der *Hilfe dem Hilflosen* sehr schnell die *Opferung der Hilflosen*. Mediziner wollten Verkrüppelungen heilen, indem sie die Vernichtung der Krüppel anstrebten. Maßgeblich beteiligt an der Ausbreitung der krüppelfeindlichen Ideologie waren Juristen, Ärzte, Sonderpädagogen.
Ausgehend von den Theorien Darwins sieht der Arzt und Zoologe Haeckel die Entwicklung des Menschen als eine Züchtung im Kampf um das Dasein, in dem nur die *Besten* überlebten. Hinzu käme noch die künstliche Züchtung, wie sie

in Sparta vorbildlich ausgeführt worden sei. Negativ wirke sich dagegen die Auslese durch die moderne Medizin aus, da deren Wissensstand die Schwindsüchtigen oder Geisteskranken überleben und die Chance der Fortpflanzung bestehen ließe. Diese Grundzüge des Sozialdarwinismus wurden seit 1900 beständig ausgebaut und – scheinbar wissenschaftlich untermauert – auch an Universitäten propagiert.

Der Sozialdarwinismus teilte sich in die Rassenanthropologen und die Rassenhygieniker. Als Vertreter der Rassenanthropologen sei hier der Arzt Woltmann genannt. Sein Standpunkt: Die germanische Rasse sei die edle und gesunde, die unbedingt vor der Erbmischung geschützt werden müsse. Um das vorhandene Erbgut rein zu halten, müsse eine Struktur der Gesellschaft geschaffen werden, in der die Oberschicht als Träger dieses Erbguts dominiert. Klassengegensätze sind für Woltmann daher lediglich latente Rassengegensätze. Die Finanzspritzen der Industrie für die Verfechter des rassenanthropologischen Ansatzes sind sicher nicht zufällig.

Für die Rassenhygieniker galt der Grundsatz, daß „alle Entartungserscheinungen" nach dem Selektionsprinzip bekämpft werden mußten. So forderte der Arzt Schallmeyer, daß alles, „was schwächlich oder erbkrank" ist, unbedingt von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden müsse. Den Trägern des *minderwertigen* Erbguts – für die Rassenhygieniker in erster Linie Krüppel – sei deshalb die Ehe zu verbieten. Als weitergehende Maßnahme wurde die Zwangsasylierung (Einweisung in eine Anstalt mit nach Geschlecht getrennten Abteilungen) vorgeschlagen. Die zwangsweise Sterilisation setzte den Schlußpunkt zu Schallmeyers Überlegungen, wie die Krüppel schrittweise aus der Welt zu schaffen seien. Schallmeyer stand mit seiner Sichtweise nicht allein. Etliche Kollegen unterstützten nicht nur seine Vorschläge, sondern gingen noch über



Didaktische Zeichnung zur Förderung der arischen Rassereinheit. (Archivmaterial)

sie hinaus. Der führende Rassenhygieniker und im In- und Ausland anerkannte Mediziner und Nationalökonom Alfred Ploetz, der bezeichnenderweise von den Nationalsozialisten einen Lehrstuhl erhielt, schrieb: *„Stellt es sich heraus, daß das Neugeborene ein schwächliches und mißratenes Kind ist, so wird ihm vom Ärzte-Kollegium... ein sanfter Tod bereitet, sagen wir durch eine kleine Dosis Morphium."* (14)

Das überlieferte Betrachten des Krüppels als minderwertig erhält mit den Theorien des Sozialdarwinismus ein wissenschaftlich untermauertes Fundament. Die Behauptungen und Folgerungen greifen, weil der Krüppel immer als unnatürlich, unerklärlich oder ungeheuerlich gesehen wurde. Die längst vollzogene Aussonderung erhält endlich die Legitimation, auf die sich berufen werden kann. Dem Krüppel werden endgültig menschliche Rechte verweigert (Verbot einer Beziehung zwischen Mann und Frau; grundsätzliche Internierung in Anstalten; Bedingungen, die noch heute – vielleicht in zum Teil subtilerer Form – existieren).

War von einem Leben innerhalb der Anstaltsmauern ohnehin nicht zu sprechen, bewies schon die Zeit des Ersten Weltkrieges, daß die Insassen isoliert von der Außenwelt dem Personal bis zum Tod ausgeliefert waren. Denn als in Deutschland Medikamente und Lebensmittel knapp wurden, blieben die Zuteilungen an die Anstalten unter dem Existenzminimum. Unzählige Krüppel starben – von der Bevölkerung unbeachtet – an Unterernährung bzw. wegen fehlender Arzneien.

Nach dem Ersten Weltkrieg blieb der Sozialdarwinismus Grundlage der herrschenden Ideologie. Seine Ideen wurden zusammengefaßt und für den Faschismus endgültig vorformuliert 1922 von dem Juristen Karl Binding und dem Professor der Medizin Alfred Hoche.

In ihrem Gedankengebilde zur *Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* stand als Grundsatz, daß das Spritzen einer tödlichen Überdosis „in Wahrheit eine reine Heilhandlung" (15) ist. *„So muß die Handlung als unverboten betrachtet werden, auch wenn das Gesetz ihrer gar nicht im Sinne der Anerkennung Erwähnung tut. (...) Daß es lebende Menschen gibt, deren Tod für sie eine Erlösung und zugleich für die Gesellschaft und den Staat insbesondere eine Befreiung von einer Last ist, deren Tragung... nicht den kleinsten Nutzen stiftet, läßt sich in keiner Weise bezweifeln."* (16) Krüppel erfüllen für Binding und Hoche lediglich die Funktion, einen Beruf zu schaffen, *„der darin aufgeht, absolut lebensunwertes Leben für Jahre und Jahrzehnte zu fristen. Daß darin eine furchtbare Widersinnigkeit, ein Mißbrauch der Lebenskraft zu ihrer unwürdigen Zwecken, enthalten ist, läßt sich nicht leugnen"* (17).

Wenn im folgenden der Krüppel als „leere Menschenhülse" und „negative Existenz" vorgestellt wurde, stand dies sicher nicht dem Urteil der allgemeinen Volksmeinung gegenüber. Die Beweisführung der finanziellen Belastung dürfte jedoch eher in den führenden Wirtschaftskreisen Anerkennung gefunden haben: *„Es ergibt sich daraus, daß der durchschnittliche Aufwand pro Kopf und Jahr für die Pflege der Idioten bisher 1500 M. betrug. Wenn wir die Zahl der in Deutschland gleichzeitig vorhandenen, in Anstaltspflege befindlichen Idioten zusammenrechnen, so kommen wir schätzungsweise etwa auf eine Gesamtzahl von 20 - 30000. Nehmen wir für den Einzelfall eine durchschnittliche Lebensdauer von 50 Jahren an, so ist leicht zu ermessen, welches ungeheure Kapital in Form von Nahrungsmitteln, Kleidung und Heizung dem Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck entzogen wird."* (18)

Reichsgesetzblatt

Teil I

1933 | Ausgegeben zu Berlin, den 25. Juli 1933 | Nr. 86

Inhalt: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933 ..... S. 529

Fünfte Verordnung zur Durchführung der Verordnung über die Devisenbewirtschaftung. Vom 20. Juli 1933 ..... S. 531

Verordnung über die Errichtung einer verlängerten Zivilkammer. Vom 22. Juli 1933 ..... S. 531

Verordnung über Zolländerungen und Ausfuhrscheine. Vom 21. Juli 1933 ..... S. 533

Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Aufhebung der im Kampf für die nationale Erhebung verhängten Dienststrafen und sonstigen Maßregelungen. Vom 25. Juli 1933 ..... S. 535

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

§ 2

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

§ 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

§ 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

§ 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§ 6

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

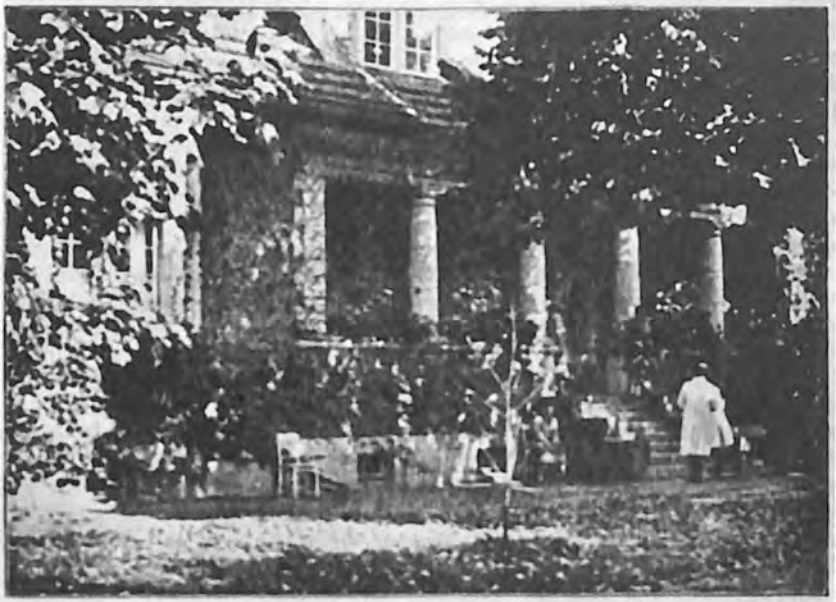
In dieser eiskalten Kosten-Nutzen-Rechnung verkommt der Krüppel zu einem rein gegenständlichen Faktor, mit dem Kalkulationen angestellt werden. Konsequenterweise zogen Binding und Hoche den Schluß, die Vernichtung der Krüppel freizugeben. Die Merkmale für *unwertes* Leben waren „*Fremdkörpercharakter... im Gefüge der menschlichen Gesellschaft, das Fehlen irgendwelcher produktiver Leistungen, ein Zustand völliger Hilflosigkeit mit der Notwendigkeit der Versorgung durch Dritte*" (19). Dieser Kriterienkatalog war so weit gefaßt, daß er auf jeden Krüppel zutraf. Tatsächlich blieb kein Krüppel ausgenommen, als im deutschen Faschismus mit der Umsetzung der Ideologie vom *unwerten* Leben begonnen wurde.

In der Weimarer Republik traten Regelungen in Kraft, die Kriegs- und Zivilkrüppel unterschiedlich behandelten. Auch hier galt: Wer bereits etwas geleistet, sich für das Vaterland geopfert hatte, erhielt ein Stück Anerkennung und durfte (wenn auch karge) Unterstützung erwarten. Dem von Geburt an Verkrüppelten blieb als Perspektive das Anstaltsleben. Die Aufteilung der Krüppel schlug sich seit 1918 in der stetig steigenden Zahl spezieller Sonderschulen bzw. -klassen nieder. Der Aufbau einer Hierarchie spiegelte sich ebenso in dem Entstehen zahlreicher Interessenverbände wider, die jeweils nur das Anliegen *ihrer* Krüppelart vertraten. Krüppel selbst besaßen schon damals wenig Möglichkeiten, sich innerhalb der Verbände zu organisieren, eigene Vorstellungen einzubringen oder gar durchzusetzen. Sie blieben die Verwalteten. Ansätze eigener politischer Initiative, ausgehend von den unter Krüppeln privilegierten Blinden, wurden sehr schnell zerschlagen. Teils, weil die Rückendeckung der Verbände ausblieb, teils, weil sie sich zu sehr auf blindenspezifische Forderungen festlegten. Entscheidend war jedoch, daß sich mit politischem Engagement der Betroffenen nicht auseinandergesetzt wurde.
Im Zuge der Weltwirtschaftskrise erließ der Reichsinnenminister ein „Notprogramm für die Krüppelfürsorge". Hauptziel war es, die Ausgaben der Fürsorge drastisch zu senken. Daher sollte nur noch der Krüppel unterstützt werden, bei dem Aussicht „auf die Erwerbsbefähigung" bestand. Die Einsparungen stiegen, je tiefer der Betroffene in der Krüppelhierarchie eingeordnet war. Zu den Spastikern heißt es z.B.: „*In Anbetracht der Finanznot sind danach alle Fälle mit Athetosen sowie stärkerer Beteiligung der oberen Extremitäten, alle Fälle mit Schwachsinn und epileptischen Anfällen von jeder Behandlung (auch der Verordnung orthopädischer Apparate) auf Kosten der Fürsorge auszuschließen.*" (20)
Was sich hier bereits abzeichnete, das Liegenlassen der Krüppel, die Abwendung von jeglicher Unterstützung, wenn nichts Produktives als Gegenleistung in Aussicht stand, fand in den Euthanasieprogrammen der Nationalsozialisten seinen Abschluß. Bereits am 14.6.1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" verkündet. Ein Entkommen vor den Bestimmungen des Gesetzes war für die Gefährdeten unmöglich, dies um so weniger, als daß weite Teile der Ärzteschaft und der Sonderpädagogen die Sterilisationen unterstützten und bei der Durchführung Hand in Hand arbeiteten. Das folgende Zitat beweist den unbedingten Willen des Arztes zur tatkräftigen Durchführung der Zwangsbestimmungen, das unterwürfige Auftreten gegenüber staatlichen Anordnungen bei gleichzeitigem Ablehnen jeglicher Verantwortung:
„*Die gesetzlichen Bestimmungen jedoch fesselten unsere Hände. Heute ist der Bann gebrochen und die Rollen sind verteilt. Heute sind wir, Gott sei gedankt, der persönlichen Verantwortung ganz enthoben. Die Prüfung und die Verant-*

wortung liegt völlig beim Erbgesundheitsgericht. Wir Frauenärzte sind nunmehr Ausführer und Vollstrecker des Gesetzeswillen." (21) (Prof. Dr. Seitz, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Frankfurt auf einer Tagung 1934)

Die Sonderpädagogen, denen die Krüppel in der Schule ausgeliefert waren, empfingen das Sterilisationsgesetz überwiegend begeistert. Ihnen ging es nur darum, ihre Loyalität zu den Zielen und den Programmen des faschistischen Staates zu demonstrieren. Ein Wortführer war Alfred Krampf, städtischer Schulrat in Hannover:
„*Wir erkennen als erstes daraus, daß ein geschädigtes Erbgut nach keiner Seite hin erbbar verbessert werden kann... Das können wir im Interesse unserer Rassenzucht nicht gutheißen: denn gerade wir sehen täglich die schwere Belastung, unter der nicht nur die Kinder selbst und deren Eltern, sondern das Volksgesamt leiden. (...) Wenn wir weiter wollen, daß dieser gesunde Volkskörper nicht durch Wohlfahrtslasten, die er für Lebensunwerte aufbringen muß, belastet wird, dann müssen wir das Ausscheiden alles Erblichkranken aus dem Erbgefüge grundsätzlich bejahen.*" (22)
Die Sonderpädagogen schätzen nach Krampf ihre Tätigkeitsfelder als „Sammelbecken des Erbkranken" ein, aus denen sie dem Arzt „die Möglichkeit einer erleichterten Ausmerze schaffen" können. „*Wir Hilfsschullehrer begrüßen es um so freudiger, als wir mit den Ärzten zusammen es seit langem gefordert haben.*" Nach dieser Begrüßung des Sterilisationsgesetzes folgt das Angebot der aktiven Mitarbeit, denn „*Andererseits muß das Netz der Erfassung so eng und nach allen Seiten hin gezogen werden, daß es keinem Erbgeschädigten möglich sein könnte, durch die Maschen hindurchzuschlüpfen.*" (23)
Schon vor der Verkündung des Gesetzes hatten Lehrer rassenhygienisches Gedankengut auf den Lehrplan gesetzt. Ein Sonderpädagoge berichtet: „*Ab Ostern 1930 hatte ich Gelegenheit, in verschiedenen Abschlußklassen den angeregten Unterricht praktisch zu erproben. (...) Da ich jedoch den Gedanken an eine rassenhygienische Beeinflussung auch dieser Kinder nicht aufgeben wollte, mußte ich nach neuen Wegen suchen. (...) In dem Zusammenhange waren alle einverstanden, daß sie schwachbegabt seien... Ich erklärte weiter, daß schwachbegabte Menschen keine guten Arbeitsplätze bekommen, daß sie viele Berufe überhaupt nicht ausüben können, weil sie durch ihre schwache Begabung nicht genug lernen. Die Kinder sahen ein, daß man mit wenig Geld nur eine oder zwei Personen erhalten kann. Wenn solche schwachbegabten Menschen Kinder haben, so brauchten sie mehr Geld, denn Kinder kosten Geld. Dazu brachte ich natürlich eine Menge Beispiele, die ich drastisch ausmalte, damit sie leicht verständlich waren. Ganz von selbst schloß sich daran die Betrachtung, daß es besser sei, wenn schwachbegabte Menschen keine Kinder haben (...) Es kommt darauf an, in den Kindern das richtige Gefühl zu wekken.*" (24) Das Ziel dieses Unterrichts, daß möglichst viele Krüppel den Antrag auf Sterilisierung selbst stellen, wurde in der Praxis nicht erreicht. Das Selbstwertgefühl der Schüler erlitt jedoch einen Bruch, da ihnen sogar von der Schulpädagogik ihr Nichtsnutz eingegeben wurde. Die Zwangssterilisierungen mußten viele mit dem Leben bezahlen.
Über die Empörung und das Denken der Bevölkerung gibt folgender Bericht von einer Beerdigung einer jungen Frau, bei der der Eingriff tödlich endete, einen Eindruck. Es fielen bezeichnende Äußerungen wie: „das ist doch direkter Mord" oder „das ist eine Schande, da soll man doch lieber eine Axt nehmen und das Mädel totschlagen." (25) Heute leben nur noch wenige Krüppel,

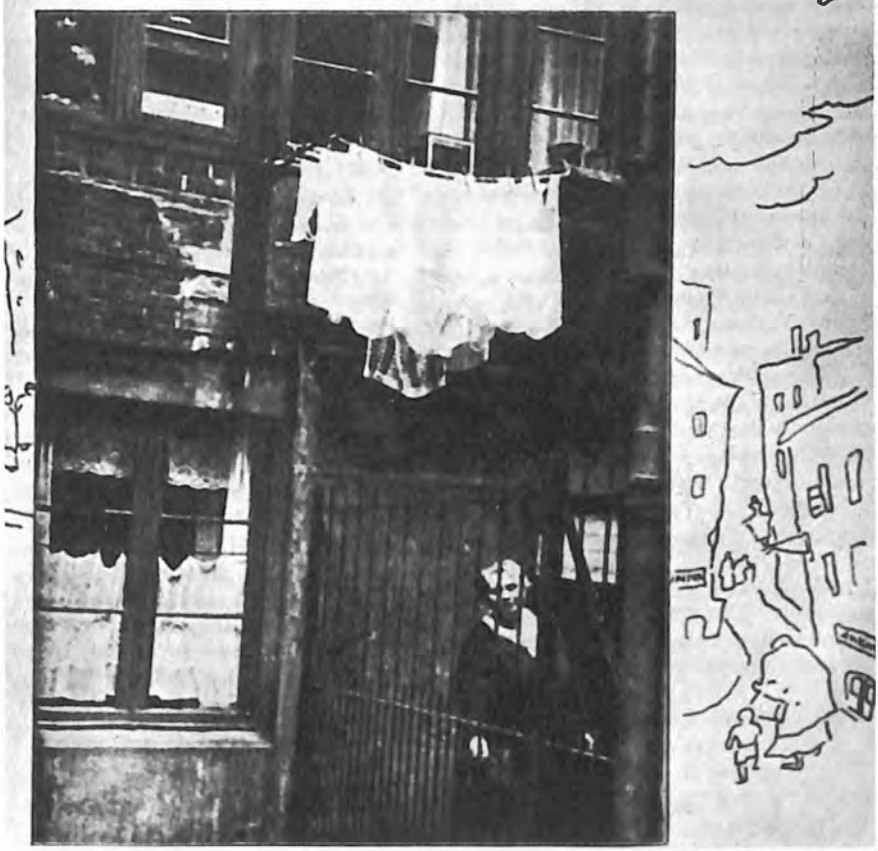
Wer mag darin wohnen?



Aus: Neues Volk, 1 (1933) Heft 5, Seite 6 - 7 (Quelle: Volk & Gesundheit,

Ein prachtvolles Landhaus von Wiesen umgeben und von schattigen Bäumen umstellt. Vier Säulen tragen die luftige Vorhalle. Wer mag darin wohnen? Und wer möchte nicht gern darin wohnen? Weitab vom Großstadtlärm liegt es in friedlicher Einsamkeit.

Ungefährliche geistesschwache Frauen haben hier ihr Heim gefunden und müssen vom Staat versorgt werden, während erbgesunde Arbeiterfamilien sich mit armseligen Hinterhofzimmern zufrieden geben müssen, glücklich, wenn sie in der Lage sind, den Mietpreis regelmäßig aufzubringen und den Unterhalt für ihre Familien verdienen. Der Obhut und Fürsorge des erbgesunden deutschen Menschen wird in Zukunft die Hauptaufgabe des Staates gelten.



a.a.O., Seite 170 - 171)

die von erlebten Mißhandlungen in den Anstalten berichten können. Einer von ihnen ist Albert Huth aus den Hamburger Alsterdorfer Anstalten. (Vgl. hierzu *Augenzeugenbericht eines Bewohners – Aus dem Tagebuch von Albert Huth* in diesem Buch.)

Unbedingt erwähnt werden muß, daß die Grundlagen für die Krüppelvernichtung nicht mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs verschwanden. Dazu nur schlagwortartig die folgenden Absätze.

In Schulaufsätzen über Hitler schrieben unlängst 14jährige Jugendliche: *„Ich gebe Hitler mit dem Einschläfern der körperlich und seelisch Behinderten in bestimmten Fällen recht." „Hitler ließ alle Geisteskranken töten... Er schuf den idealen Menschen.", „Aber er hat auch gute Seiten gehabt, er hat Lebewesen, was verstümmelt, gelähmt, blind, geistesgestört war, töten lassen, weil diese Lebewesen doch nichts vom Leben hatten."* oder schließlich *„Aber der Krieg hatte auch Vorteile. Hitler reinigte Deutschland, indem er Behinderte... einfach vergaste."* (26)

Wenn zur gleichen Zeit 63% der Befragten einer Umfrage sich dafür aussprechen, ein verkrüppeltes Kind nicht mit allen Mitteln am Leben zu erhalten, zeigt dies, daß der Krüppel noch immer als lebensunwert eingeschätzt wird.

Immer mehr Heime, Sonderkindergärten, Sonderschulen oder Therapiezentren werden geschaffen, die angeblich einer besseren Förderung und Eingliederung in die Gesellschaft dienen. Tatsächlich wird durch die Sondereinrichtungen und Sonderbehandlungen lediglich die vorhandene Isolierung und Aussonderung aus der Gesellschaft verfestigt.

Das Abschieben vieler Krüppel in für sie geschaffene Ghettos wirkt um so bedrohlicher, als es in einem Gesetzentwurf des Gesundheitsministeriums für einen eventuell eintretenden *Katastrophenfall* heißt:

„§4 (2) Die Gesundheits...behörden sind zu beteiligen bei Maßnahmen

1. *zur Erfassung und Einrichtung geeigneter Objekte als Hilfskrankenhäuser und Sanitätsmateriallager (...)*
2. *zur Räumung und Verlegung von Krankenhäusern und von Pflegeeinrichtungen, von Kinder- und Behindertenheimen, von Einrichtungen der Altenhilfe... einschließlich sozialer Dienste..."* (27)

Wenn im weiteren die Träger von zivilen Einrichtungen, die sich gegenwärtig wie auch immer um Krüppel kümmern (beispielsweise DRK, Malteser-Hilfsdienst oder das Diakonische Werk, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband), verpflichtet werden, ihre Kräfte der gefährdeten Bevölkerung oder der Bundeswehr zur Verfügung zu stellen, wird ersichtlich, daß es in den Bestimmungen nicht um die Lebensrettung der Krüppel geht. In diesem Sinne sind auch die Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern zu sehen, auf denen Selektionsverfahren diskutiert werden. Da es hier nur noch um die Behandlung derjenigen geht, deren Leistungs- und Einsatzfähigkeit in absehbarer Zeit wiederherstellbar erscheint, bedarf es wenig Phantasie, um um das Leben der Krüppel im nirgends definierten *Katastrophenfall* zu fürchten. Wohin diese Regelungen bei dem Menschenbild der konservativen Ärzteschaft führen können, läßt das Urteil des Prof. Röttgen über einen Querschnittsgelähmten ahnen: „Ohne Körper ist dieser Kopf wertlos." (28)

Die zwangsweisen Sterilisationen der Krüppel während des Faschismus werden nicht durchgehend verurteilt. Kritisiert wird lediglich: *„Die Konsequenzen, die man im Dritten Reich zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gezogen hatte, standen wissenschaftlich auf schwachen Füßen."* (29) Besonders bei Menschen in Großanstalten, die von vornherein schon als rechtlose, unmün-

dige Wesen behandelt werden, besteht die Gefahr, daß die Sterilisation in unvorhergesehener Weise ausgedehnt wird. Klagen über Zwangssterilisationen liegen vor. (30)

Die Krüppelverachtung macht natürlich vor den Politikern nicht halt. Im Extremfall führt dies zu Äußerungen wie jene des Sozialministers aus Schleswig-Holstein über unhaltbare Zustände in einer Anstalt für geistig nicht nach den gängigen Vorstellungen entwickelte Kinder: *„Das Verbringen der Kinder an die Sonne hat keinen therapeutischen und psychologischen Nutzen; wir haben außerdem eine tragbare Höhensonne im Einsatz."* (31) Diese unmenschliche Sprache paßt zu den Lebensbedingungen, die einer *Euthanasie auf Raten* gleichkommen.

In einer Zeit, in der Krüppeln die finanzielle Unterstützung spürbar entzogen, in der die Notwendigkeit von Einsparungen verbreitet wird, bedeutet die erneut aufkommende umfassende Diskussion über die *Sterbehilfe*, auf moralischer Ebene geführt, in der Realität für Krüppel eine Bedrohung. Nochmals Zitate aus ärztlichem Munde: *„Da einige unselig verkrüppelte Neugeborene auch ohne Behandlung über einen größeren Zeitraum weiterleben würden, sollten wir dennoch nicht die Zahl der Tragödien vermehren, indem wir all jene behandeln, die nicht ohne medizinische Hilfe weiterleben würden. Der Umstand, daß Euthanasie gesetzwidrig ist, ist hierfür unbedeutend. (...) Wir leisten Schwerarbeit, um einen elenden Organismus ohne menschliche Eigenschaften am Leben zu erhalten... Wir müssen die Berechtigung dieser auch in Zukunft noch entmenschlichten Existenz, das Recht, dies Leben zu erhalten, gegen das Leid und die Grausamkeit abwägen, die es für Eltern und Geschwister bedeutet, mit solch einem entmenschlichten Organismus leben zu müssen."* (32)

Die Presse greift das Thema in einer Weise auf, die dem unbedarften Leser Vereinfachungen eingeben: „Gelähmter bittet: Tötet mich!... auf die Hilfe seiner Frau angewiesen, die ihn wäscht und füttert wie ein kleines Kind..." (33) Die Beschreibung des Zustandes trifft auf sehr viele Krüppel zu, die Überzeugung, daß ein Leben unter solchen Bedingungen sinnlos und ohne Freude sei, wird bei der Bevölkerung bestätigt.

Die Stellungnahme des Braunschweiger Landgerichtspräsidenten Wassermann „Aber hier geht es nicht um Euthanasie, sondern um *Mitleidstötung*. Und die sollte straflos bleiben." (34) läßt Schlimmes befürchten und beweist gleichzeitig die historische Kontinuität im Denken: Was vor 60 Jahren *reine Heilhandlung* genannt wurde, heißt heute *Mitleidstötung*. Damals wie heute steckt die Aussage dahinter, daß die Tötung des Krüppels kein Mord, sondern ein Gnadenakt sei. Die Worte haben sich geändert, die Einstellung ist geblieben.

(Der Verlag empfiehlt aus dem „Forum für Medizin und Gesundheitspolitik", Heft 18, Februar 1982: Eberhard Weber, „Überlegungen zum Gesundheitssicherstellungsgesetz", Ulrich Schultz, „Ärzte zwischen Krieg und Frieden" und Klaus Waterstradt, „Über das Recht zu sterben".)

Aus: Volk und Rasse, 1936 (Quelle: Äskulap & Hakenkreuz, a.a.O., Seite 8)

Aus: Volk und Rasse, 8 (1933), Seite 202 - 203 (Quelle: Volk & Gesundheit, a.a.O., Seite 169)

Wer sich des Vergangenen nicht erinnert,
ist dazu verdammt,
es noch einmal zu erleben.
(George Santayana)

Asylierung – Sterilisierung – Abtransport

Die Behandlung geistig behinderter Menschen im Nationalsozialismus am Beispiel der Alsterdorfer Anstalten

Stefan Romey

„Die Zeugnisse sind über alle menschlichen Maße furchtbar geblieben. Keine Zeit wird sie je mildern können. Heute wie zur Zeit des Prozesses, der die Vorgänge der Welt offenbar machte, müssen wir die Frage stellen, wie man diese Ungeheuerlichkeiten in unserer aller wirklichen Erfahrung einordnen kann." (1) Dies schrieb Alexander Mitscherlich 1960 im Vorwort zu *Medizin ohne Menschlichkeit – Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.*

Was sich im Vorfeld der Vernichtung geistig behinderter Menschen in den Anstalten abgespielt hat, ist bis zum heutigen Tag kaum publiziert oder ausgewertet. Im folgenden wird der Versuch gemacht, diese Vorfälle am Beispiel der Alsterdorfer Anstalten in Hamburg nachzuzeichnen. Gerade aus der Nähe betrachtet sind diese Vorgänge „über alle menschlichen Maße furchtbar". Doch gegen die Politik des Verschweigens und die weitverbreitete Abwehr, sich mit diesem Teil der Geschichte zu befassen, hilft nur, den tatsächlichen Gang der Ereignisse nachzuzeichnen und sich das Furchtbare vor Augen zu halten. Behindertenarbeit in der BRD kann nur dann einen wirklichen neuen Anfang nehmen, wenn sie sich der historischen Hypothek bewußt ist, die Historie durchgearbeitet hat und entsprechende Konsequenzen daraus gezogen werden.

Am 14.10.1930 wurde Pastor Friedrich Carl Lensch im Alter von 32 Jahren Direktor der Alsterdorfer Anstalten. Seine Amtszeit ist gekennzeichnet durch Propagierung „rassehygienischer Maßnahmen", Massensterilisierungen der Insassen, das Abschieben jüdischer Pfleglinge, Einführung militärischen Drills in den Abteilungen und schließlich Abtransport von 548 Pfleglingen. Im Jahre 1935 erklärten die Nationalsozialisten die Alsterdorfer Anstalten zum „Nationalsozialistischen Musterbetrieb". 1941 erhält Pastor Lensch als Leiter der Anstalten das „Gaudiplom" der Deutschen Arbeitsfront.

Wie schwer es im Bereich der Behindertenarbeit heute ist, sich mit der eigenen Geschichte auseinanderzusetzen, zeigt die „Würdigung" dieser nationalsozialistischen Zeit in einer Beschreibung der Geschichte der Anstalten im Vorwort eines Arbeitskonzeptes der Anstalt 1977:

„Schon zu Sengelmanns Zeiten, aber erst recht zu den Zeiten seiner Nachfolger Stritter (1899 - 1930) und Lensch (1930 - 1946) wandelte sich der Cha-

rakter der Anstaltsarbeit mehr und mehr von einer Förderanstalt zu einer Bewahrungsanstalt. Die Schuld dafür trifft die Anstaltsleiter kaum, denn der Bedarf an Heimplätzen für geistig und mehrfachbehinderte Menschen wuchs so stark, daß infolge der enormen Zahlen der Aufgenommenen und der immer größer werdenden Abteilungen eine individuelle Förderung nur schwer betrieben werden konnte." (2) Wie falsch diese verharmlosende Geschichtsbetrachtung ist, zeigt die genauere Beschäftigung mit den tatsächlichen Vorfällen.

Briefe und Bilder aus Alsterdorf

Sehr schnell nach seiner Ernennung zeigt sich, daß Pastor Lensch ein glühender Befürworter „rassehygienischer Maßnahmen" ist. In einem grundsätzlichen Artikel in den *Briefen und Bildern aus Alsterdorf* 1931/32 spricht er von „sicher nicht oberflächlich begründeten Angriffen" gegen die Behindertenarbeit und setzt den schon damals erhobenen Euthanasie-Forderungen das Konzept der möglichst billig gehaltenen Verwahrung und Asylierung bei gleichzeitiger Zwangssterilisierung entgegen:

... Sicherlich nicht mit Unrecht wird der „Wohlfahrtslurus" der Nachkriegszeit aufs schärfste kritisiert und bekämpft. Es ist sicherlich widersinnig und untragbar, wenn ein Geisteskranker, wenn ein Sträfling in seiner Lebenshaltung den vielfachen Betrag dessen beansprucht, was dem ihn erhaltenden Steuerzahler zugebilligt wird.

Die Alsterdorfer Anstalten wissen sich von solchem Vorwurf frei. Damals, als alle Kostgeldsätze in die Höhe gingen, hat Pastor Stritter, nachdem ein einigermaßen ausreichender Satz erreicht war, von sich aus für seine Anstalt auf eine weitere Erhöhung verzichtet, weil er es für unzuträglich hielt, wenn Kinder in einer Anstalt über die Verhältnisse des Elternhauses und der allgemeinen Lage draußen hinaus in ihren Lebensansprüchen verwöhnt würden. *(3)*

Weiter heißt es dann an einer späteren Stelle des Textes:

... Demgegenüber möchten wir betonen, daß die Gefahr einer zunehmenden Durchseuchung unseres Volkes mit krankem Erbgut gerade von denen zuerst geschaut ist, die die Arbeit an den Schwachsinnigen anfingen, ganz besonders von dem, der zum erstenmal den Schwachsinn umfassend wissenschaftlich bearbeitete, dem Gründer unserer Anstalt, Pastor D. Dr. Sengelmann; 2. daß die Anstalten durch die jetzt schon durch 80 Jahre hindurch angestrebte Isolierung möglichst aller Schwachsinnigen ganz wesentlich dazu beigetragen haben, das Erbkranke aus dem Volk herauszuziehen, von der Fortpflanzung auszuschalten und damit sich in sich selbst auflösen zu lassen. *(4)*

Zum Konzept dieser „Rassenhygiene" gehört die konsequente Asylierung aller behinderten Menschen. Pastor Lensch fordert deshalb zum Ende des Artikels folgerichtig:

... Wem also ehrlich an der Beseitigung dieses Elends liegt, der unterstütze uns in unserem Bemühen, nach Möglichkeit noch weithin verstreute Erbkranke in unserem Volkskörper herauszuziehen, das Vertrauen zu unserer Anstalt zu wecken und zu fördern, damit diese furchtbaren Krankheiten immer mehr der Forschung zugänglich gemacht, in ihren Ursachen erkannt und bekämpft werden können. *(5)*

Nach der Machtergreifung der Faschisten im Jahre 1933 verabschiedete der Reichstag das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das die Zwangssterilisation einführte. Wieviele Bewohner Alsterdorfs Opfer dieser Maßnahme wurden, läßt sich heute nicht mehr genau ermitteln.
In den *Briefen und Bildern aus Alsterdorf*, 1934, schreibt Pastor Lensch, der im gleichen Jahr Mitglied der SA geworden war, zum Verhältnis von Kirche und faschistischem Staat:

... möchte ich das Wort des Herrn voranstellen: „Gebt dem Kaiser, was des Kaisers ist, und Gott, was Gottes ist."

Wir sind im Volk inzwischen über die Zeit des vielfach noch versteckten Widerstandes gegen das neue Reich in dankbarer Anerkennung der geschaffenen neuen Tatsachen hinweggekommen. So ist diese Frage vielleicht nicht mehr so brennend, wie sie im Anfang war, wo man meinte, Volkswohlfahrt und Innere Mission in einem gewissen Gegensatz sehen zu müssen. Wir dürfen es gerade von unserer Anstalt, wie schon geschehen, dankbar versichern und bestätigen, daß es für Christen hier keine Kollisionen zu geben braucht, wenn man diese Dinge im Sinne des Herrn-Wortes zu sehen vermag.

... Wir würden uns am Staat versündigen, wenn wir christliche Liebestätigkeit unterstützen würden mit der Absicht, es dem ersteren zu entziehen. *(6)*

Die absolute Loyalität dem faschistischen Regime gegenüber wird auch deutlich in der ausdrücklichen Begrüßung der gesetzlich eingeführten Zwangssterilisierung als sog. „Erbgesundheitspflege".

Wir empfinden es dankbar, daß die viel diskutierte Frage der Sterilisierung Erbkranker durch die Bewegung des Führers losgerissen ist von den materialistischen Beweggründen der marxistischen Zeit, die diesen Gedanken hauptsächlich deshalb vertrat, weil die Sterilisierung den Patienten ein uneingeschränktes Sich-Ausleben ermöglichte, dem Staate Ausgaben ersparte und zugleich eine neue Bresche in den Widerstand gegen die Geburtenbeschränkung und den Rassetod des Volkes legte. Dies waren die Gründe, warum wir als Deutsche und Christen diesen Gedanken Widerstand

leisteten. Jetzt, wo diese Maßnahme nur ein kleines Glied in einer großen positiven Erbgesundheitspflege bedeutet, können wir, nachdem unsere Sorgen wegen Mißbrauchs dieser Maßnahmen behoben sind, diese Regelung ehrlich begrüßen. (7)

Auf der „Konferenz der Vorsteher evangelischer Anstalten für Geistesschwache und Epileptiker", die vom 28. bis 31.5.1934 in den Alsterdorfer Anstalten stattfindet, wird deutlich, welche Vorreiterrolle die Alsterdorfer Anstalten in der „rassehygienischen Forschung" innehatten. Pastor Lensch hielt einen Vortrag zu dem Thema „Der gegenwärtige Stand der rassehygienischen Forschung", in dem auf das umfangreiche Material von 690 Stammtafeln der untergebrachten Zöglinge mit Stolz verwiesen wird. In den *Briefen und Bildern aus Alsterdorf* von 1934 heißt es dazu wörtlich:

Mit großer Gewissenhaftigkeit geführte Krankengeschichten über alle Zöglinge, Ahnentafeln und Vererbungsgeschichten, sowie anatomische Präparate bilden die Grundlagen zu weiteren wissenschaftlichen Forschungen, deren Ausmaße allseitig lebhaften Anklang fanden. Die Alsterdorfer Anstalten stehen gerade auf diesem Gebiet mit an erster Stelle unter allen Anstalten und können sich rühmen, dadurch den Forderungen der Zeit gerecht zu werden. (8)

Auf der nächsten Konferenz der Evangelischen Einrichtungen, 1935 in Hephata, Mönchengladbach, hält Pastor Lensch wieder ein Referat zum Thema Rassenhygiene, Titel: „Der derzeitige Stand der Eugenik". Häufige Führungen von NSDAP-Organisationen durch die Anstalt werden dabei stolz hervorgehoben, bei denen „*...sich viele überzeugen lassen, daß die Arbeit unserer Anstalten ganz im Sinne unserer Volksgesundheit ist...*" (9). Pastor Lensch betont im gleichen Referat auch, wie wichtig es ist, „*...in den Kämpfen um die rechten Grundsätze der Eugenik mitzuarbeiten und die gemachten Erfahrungen in der geeigneten Weise weiterzugeben...*" (10).
Als geeignetes Mittel wird dabei die negative Zur-Schau-Stellung der behinderten Menschen angesehen. Dies soll die Besucher bestärken, rassehygienische Maßnahmen zu unterstützen.

... Warum muß der, der die Erbgesundheit will, hier in unsere Anstalten kommen und dieses Elend und diese Not gesehen haben, den Anblick ertragen, bei dem gerade der gesund empfindende Mensch am mächtigsten die Stimme seines Blutes spürt, die den ganzen Körper mit einer leidenschaftlichen Abwehr erfüllt? Warum muß er hinabblicken in diesen Abgrund, an dessen Rand selbst einen starken und gläubigen Menschen Grauen und Schwindelgefühl überfällt und alle Fragen nach dem Sinn des Lebens und nach der göttlichen Vorsehung in einem wilden Wirbel aufgewühlt werden? Wieviel bequemer ist es, den Weg um unsere Anstalten herum zu gehen, sich an den schönen Anlagen zu erfreuen und sich mit dem bequemen Gedanken zu beruhigen: Gott sei Dank, daß es solche Anstalten gibt, in denen dieses grauenvolle Elend dem Anblick der Öffentlichkeit entzogen ist! Nein, nicht dazu sind unsere An-

ſtalten da, nicht um dem Volk das Sehen und das Wiſſen und die Verantwortlichkeit abzunehmen, ſondern um die gemeinſame Verantwortung aller in ihrer ganzen Härte zuſammenzuſchweißen zu dem leidenſchaftlichen Willen zur Geſundheit, zur Erbgeſundheit unſeres Volkes. *(11)*

Vor solchem Hintergrund wird die ganze Tragweite des folgenden Satzes deutlich:

... Das Mühen um die Erbgeſundheit unſeres Volkes endet nicht bei der Steriliſierung der von Erbkrankheiten Betroffenen, ſondern fängt dort erſt an. *(12)*

Asylierung und Sterilisierung sind so erst die beiden ersten Stufen eines Programms, zu dessen Vorbereitung und Durchführung die Nationalsozialisten Wegbereiter und loyale Gefolgsmänner in den großen Anstalten brauchten.

1937/38: Das Programm wird konkreter: Die Juden werden entlassen

Die Alsterdorfer Anstalten lehnen ab 1937 die Aufnahme jüdischer Pfleglinge ab. Eine Aufforderung von staatlicher oder parteiamtlicher Stelle liegt hierfür nicht vor. Die Gesundheitsbehörde fragt, von der Ablehnungspraxis der Anstalten überrascht, im August 1937 nach, weil die Aufnahme eines zweijährigen, jüdischen, geistig behinderten Mädchens abgelehnt worden war. (13) In einem Antwortschreiben vom 21. August 1937 an die Behörde weist Pastor Lensch auf ein Urteil des Reichsfinanzhofes hin, nach dem die Gemeinnützigkeit einer Heilerziehungsanstalt dann aberkannt würde, wenn sie auch jüdische Pfleglinge versorgte. Somit würden die Alsterdorfer Anstalten alle steuerlichen Vergünstigungen verlieren. Wörtlich schreibt er: „*Wir können es uns selbstverständlich nicht leisten, daß wegen einzelner jüdischer Pat., es befinden sich hier unter 1500 etwa 20, unserer Anstalt der Charakter der Gemeinnützigkeit und Mildtätigkeit abgesprochen wird.*“ (14) Wenige Tage später, am 3.9.1933 folgt eine Liste mit den Namen von 17 jüdischen und zwei halb-jüdischen Bewohnern Alsterdorfs. (15)
Zu dem Urteil, auf das sich Pastor Lensch in diesem und in späteren Schreiben bezieht, muß vermerkt werden, daß es im Wortlaut nur auf eine Anstalt bezogen war, die „die Erhaltung, Fortbildung und Verbreitung der Wissenschaft des Judentums“ (16) bezweckte. Der Rechtsstreit, ob dieses Urteil auch auf Anstalten, die nur durch Behördeneinweisungen einige Juden mitversorgten, anzuwenden war, war zur Zeit, als Pastor Lensch auf die Herausnahme der Juden aus der Anstalt drängte, noch voll im Gange. Die unsichere Rechtslage scheint auch der Grund zu sein, warum die Behörde lange Zeit nicht reagierte. Pastor Lensch sieht sich genötigt, mit Schreiben vom 30.3.1938 die nunmehr „umgehende Veranlassung der Verlegung der jüdischen Zöglinge“ (17) zu for-

dern. Am 5.10.1938 reagiert die Behörde mit einem Schreiben, in dem aber keineswegs die von Lensch behauptete Gefährdung der Aberkennung der Gemeinnützigkeit erwähnt wird, als vielmehr offen die ‚Gefahr der Rassenschändung'. Wörtlich heißt es in dem Schreiben:

„Wegen der Gefahr der Rassenschändung ist der Unterbringung der Juden in den Krankenanstalten besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Sie müssen von Kranken deutschen oder artverwandten Blutes räumlich getrennt untergebracht werden. Soweit Juden, die nicht bettlägerig krank sind, in Kranken- usw. Anstalten verbleiben müssen, muß ihre Unterbringung und die Regelung ihrer Bewegung im Haus und im Anstaltsgelände die Gefahr einer Rassenschändung ausschließen..." (18)

Nach weiterem immer härterem Drängen durch Pastor Lensch kommt es am 31.10.1938 zur Verlegung von 16 männlichen und weiblichen jüdischen Bewohnern der Anstalten. Die Jüngste ist 9 zur Zeit der Verlegung, die älteste 63 Jahre. Der Abtransport geschah auf einem Lastwagen, der frühmorgens vorfuhr, und auf dem sich schon andere Juden befanden. Ziel des Transportes war das sog. „Versorgungsheim" in der Oberaltenallee. Ab hier verwischen sich die Spuren.

Die offizielle Erfassung der Juden in den Pflegeanstalten wurde am 15.4.1940 mit einem Schreiben Dr. Lindens aus dem Reichsministerium des Inneren eingeleitet. Die Alsterdorfer Anstalten brauchten zu diesem Zeitpunkt keine jüdischen Bewohner mehr zu melden.

1940: Der Meldebogen (19)

Am 27. Juli 1940 ging bei den Alsterdorfer Anstalten ein an den Direktor gerichtetes Schreiben des Reichsministeriums des Inneren ein (vgl. Abb. 1 und 2). Beigefügt waren 1500 Exemplare des Meldebogens 1 zur individuellen Erfassung der Pfleglinge nach den auf einem Merkblatt angegebenen Kriterien, sowie ein Exemplar des Meldebogens 2 zur Erfassung der allgemeinen Anstaltsdaten (vgl. Abb. 3 - 6). In dem Schreiben wurde dazu aufgefordert, die Meldebogen bis zum 1.9.1940 ausgefüllt nach Berlin zurückzuschicken. Als Grund wurde, wie üblich, die „planwirtschaftliche Erfassung" der Heil- und Pflegeanstalten angegeben. Bemerkenswerter Weise befindet sich im Meldebogen 2 die Frage nach dem eigenen Gleisanschluß – eine Frage, die schon zu diesem Zeitpunkt den eigentlichen Zweck der Aktion, die Planung und Durchführung von Abtransporten, deutlich macht.

Da zur Zeit des Eintreffens der Meldebogen sowohl Pastor Lensch wie auch der leitende Oberarzt Dr. Kreyenberg eingezogen waren, antwortete stellvertretend für den Vorstand der „Betriebsführer", Prof. Dr. Schäfer. Er bat mit Schreiben vom 30.7.1940 um dreimonatige Fristverlängerung, da alle vier planmäßigen Ärzte und etwa 60 Angestellte der Alsterdorfer Anstalten zum Heeresdienst eingezogen seien. Er fragte außerdem an, ob der Meldebogen nur auf Erwachsene oder auch auf alle in den Alsterdorfer Anstalten befindlichen Kinder angewendet werden solle. Da Prof. Schäfer die Tatsache verkannte, daß keineswegs für alle der sich tatsächlich in den Alsterdorfer Anstalten befindlichen 1.915 Bewohner dieser Meldebogen auszufüllen war, forderte er noch 500 weitere Exemplare des Meldebogens mit diesem Schreiben an. In den fol-

Der Reichsminister des Innern

IV g 6224 /40
5106

Es wird gebeten, diese Geschäftszahl und den Gegenstand bei weiteren Schreiben anzugeben.

Berlin, den 30. 6. 40
NW 7, Unter den Linden 72
Fernsprecher: 12 00 84
Drahtanschrift: Reichsinnenministerium

An
den Leiter der Alsterdorfer Anstalten
- oder Vertreter im Amt -

in Hamburg-Alsterdorf
Alsterdorferstr. 440

Alsterdorfer Anstalten
Eingang 27 JUL. 1940
Tagebuch Nr. A162
Erledigt am:

Im Hinblick auf die Notwendigkeit planwirtschaftlicher Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten ersuche ich Sie, die anliegenden Meldebogen umgehend nach Maßgabe des beiliegenden Merkblattes auszufüllen und an mich zurückzusenden. Falls Sie nicht selbst Arzt sind, sind die Meldebogen für die einzelnen Kranken durch den leitenden Arzt auszufüllen. Die Ausfüllung der Fragebogen soll möglichst mit Schreibmaschine erfolgen.

1 Meldebogen 2
1500 Meldebogen 1
1 Merkblatt

Den gelben Fragebogen 2 bitte ich möglichst umgehend ausgefüllt zurückzusenden. Die Meldebogen 1 für die einzelnen Kranken können zur Beschleunigung der Bearbeitung in mehreren Teilsendungen hierher zur Absendung gelangen. Die letzte Sendung muß jedoch auf alle Fälle spätestens am 1. 9. 40 im hiesigen Ministerium eingegangen sein. Ich behalte mir vor, gegebenenfalls noch an Ort und Stelle durch meine Beauftragten weitere Erhebungen anstellen zu lassen.

Falls Kranke, die nach dem Meldebogen 1 gemeldet worden sind, später in andere Anstalten verlegt werden, sind mir die Namen der Betreffenden - zweckmäßigerweise in Listenform - in Zeitabständen unter Angabe der neuen Anstalt mitzuteilen.

In Vertretung
gez. Dr. Conti.

Beglaubigt:
Min. Kanzl. Oberassist.

Verlegungs-Mitteilungen in doppelter Ausfertigung mit Namen, Vornamen, Geburtsort- und Datum.

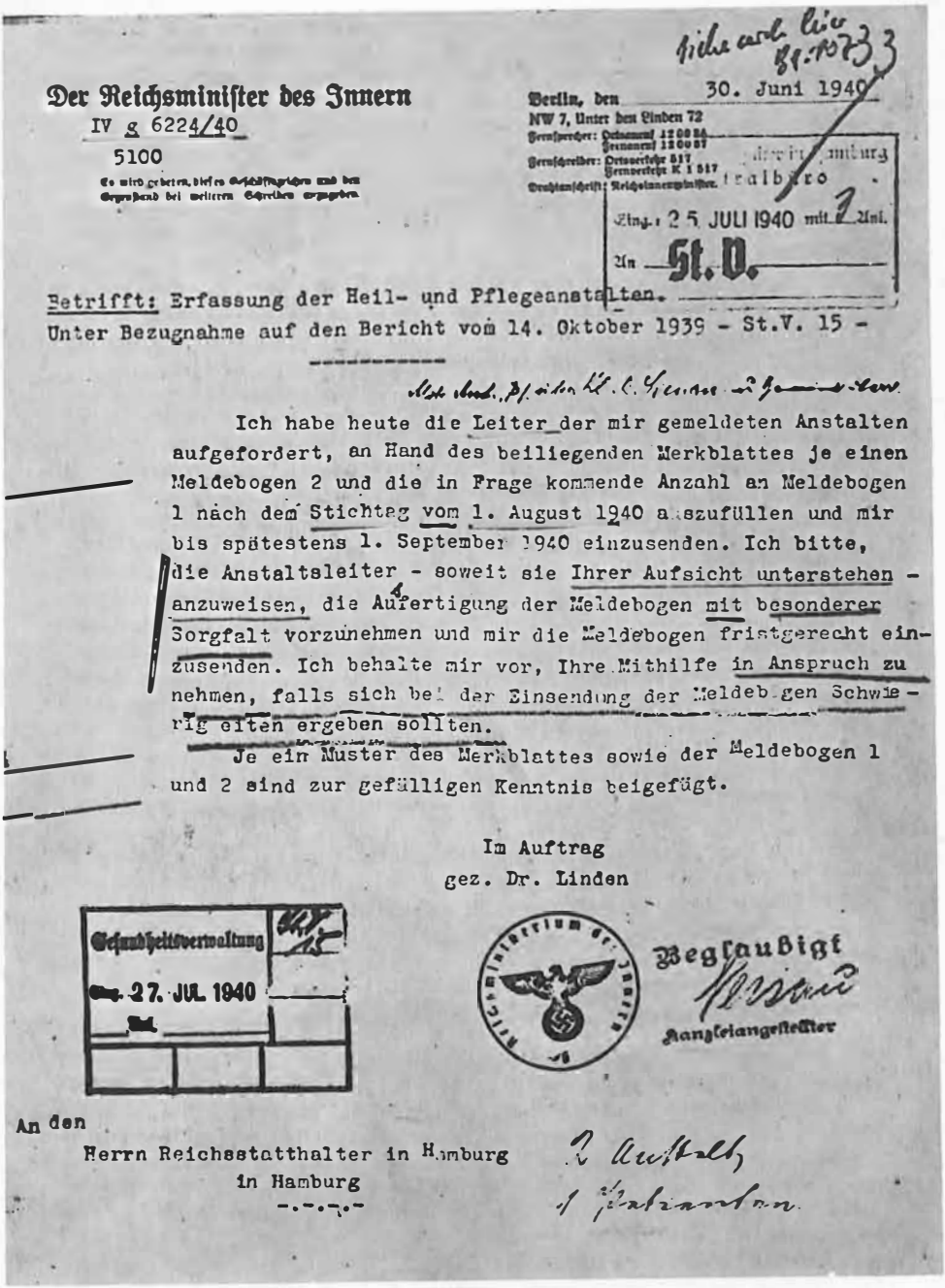
93

Abb. 1: Aufforderung des Reichsministeriums des Innern an die Alsterdorfer Anstalten, die Meldebogen auszufüllen und zurückzusenden. (Archivmaterial)

genden Monaten drängte die Hamburger Gesundheitsbehörde des öfteren mit Schreiben oder Telefonaten auf das baldmögliche Ausfüllen der Meldebogen aus Berlin. Darüberhinaus sandte sie an die Alsterdorfer Anstalten einen eigenen Meldebogen, in dem die Frage nach der „produktiven Arbeitsleistung" der Pfleglinge enthalten war (vgl. Abb. 7). Auch in diesem Falle bat der „Betriebsführer" Prof. Dr. Schäfer um Fristverlängerung.

Während die Gesundheitsbehörde bei den Alsterdorfer Anstalten auf keinerlei Widerstand stieß, wurde das Ausfüllen der Meldebogen von den sechs Versorgungsheimen der Hansestadt Hamburg abgelehnt. Der zuständige Oberarzt, Prof. Dr. Biemann, schrieb kurz und bündig: „Eine Bearbeitung der Meldebogen kommt nicht in Frage; die Meldebogen werden beifolgend zurückgesandt!" (20) Er erreichte damit einen Aufschub für seine Pfleglinge.
Bis ca. Mitte Oktober 1940 waren die rund 2.000 Fragebogen ausgefüllt. Entsprechende Vermerke wurden auf den Karteikarten der Bewohner der Alsterdorfer Anstalten angebracht: „Meldebogen an den Reichsminister des Inneren eingesandt am ...".
In der Zwischenzeit war Prof. Dr. Schäfer offensichtlich aufgefallen, daß das Ausfüllen der Meldebogen nur für bestimmte Fallgruppen zu erfolgen hatte. Dr. Linden aus dem Reichsinnenministerium ordnete mit Schreiben vom 20.11. 1940 die sofortige Zurücksendung der Meldebogen nach Berlin an. Prof. Dr. Schäfer antwortete, daß zur Zeit alle 2.000 Fragebogen ausgefüllt seien und wies auf die „in der Praxis leider außerordentlich schwierigen Aussonderung derjenigen, die nach dem grünen Merkblatt in Frage kommen" (21) hin. Diese Aufgabe sollte der leitende Oberarzt, Dr. Kreyenberg, übernehmen, der ab 1.12. 1940 wieder zur Verfügung stehe. In den ersten beiden Dezemberwochen des Jahres 1940 ergänzte Dr. Kreyenberg die schon ausgefüllten vorgefundenen Fragebogen. Er gab sie insgesamt, also ohne Aussonderung der geforderten Fallgruppen, am 13.12.1940 in der Pförtnerloge der Alsterdorfer Anstalten zur Verschickung ab.
Bevor Pastor Lensch am 23. oder 24.12.1940 in Hamburg ankam, stattete er Pastor von Bodelschwingh in Bethel einen Besuch ab. Er erfuhr von diesem, der mit Pastor Braune zusammen Wortführer des kirchlichen Widerstandes gegen die Aktion zur Tötung von Anstaltspfleglingen war, Einzelheiten der laufenden Aktion. So schätzte Pastor von Bodelschwingh schon damals die Zahl der Opfer der Aktion auf über 60.000. Pastor Lensch gab am 12.2.1947 bei der Vernehmung zu, daß er damals „eingehend alle Möglichkeiten offenen und privaten Widerstandes mit Pastor von Bodelschwingh besprochen habe" (22).
Von Bodelschwingh machte in dem Gespräch drei Vorschläge:
- Zeit gewinnen durch Hinausschieben bis die Euthanasieaktion in Folge ihrer inneren Unmöglichkeit eingestellt würde.
- Die zuständigen Behörden davon in Kenntnis setzen, daß die Aktion gegen das Strafgesetz verstoße (im einzelnen vertrat Pastor von Bodelschwingh hierzu die Auffassung, daß der angebliche Führerbefehl gefälscht sei).
- Anstelle der ausgefüllten Negativ-Fragebogen, positiv gerichtete Würdigungen jedes einzelnen Bewohners bereit halten.

Trotz des Rates aus Bethel kam es am 27.1.1941 zu einer folgenschweren Vorstandssitzung in den Alsterdorfer Anstalten. Die mündliche Bestätigung der Gesundheitsbehörde, es gäbe eine gesetzliche Grundlage, reichte aus, einstimmig zu beschließen, den verlangten Fragebogen auszufüllen und ihn mit dem



Der Reichsminister des Innern
IV g 6224/40
5100
Es wird gebeten, dieses Geschäftszeichen und den Gegenstand bei weiteren Schreiben anzugeben.

Berlin, den 30. Juni 1940
NW 7, Unter den Linden 72
Fernsprecher: Sammelnummer 12 00 84
Fernschreiber: Ortsverkehr 517
Fernverkehr K 1 517
Drahtanschrift: Reichsinnenminister

Eing.: 2 5. JULI 1940 mit 2 Anl.
An St.D.

Betrifft: Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten.
Unter Bezugnahme auf den Bericht vom 14. Oktober 1939 - St.V. 15 -

Ich habe heute die Leiter der mir gemeldeten Anstalten aufgefordert, an Hand des beiliegenden Merkblattes je einen Meldebogen 2 und die in Frage kommende Anzahl an Meldebogen 1 nach dem Stichtag vom 1. August 1940 auszufüllen und mir bis spätestens 1. September 1940 einzusenden. Ich bitte, die Anstaltsleiter - soweit sie Ihrer Aufsicht unterstehen - anzuweisen, die Anfertigung der Meldebogen mit besonderer Sorgfalt vorzunehmen und mir die Meldebogen fristgerecht einzusenden. Ich behalte mir vor, Ihre Mithilfe in Anspruch zu nehmen, falls sich bei der Einsendung der Meldebogen Schwierigkeiten ergeben sollten.

Je ein Muster des Merkblattes sowie der Meldebogen 1 und 2 sind zur gefälligen Kenntnis beigefügt.

Im Auftrag
gez. Dr. Linden

Gesundheitsverwaltung
Eing. 27. JUL. 1940
Bl.

Reichsministerium des Innern

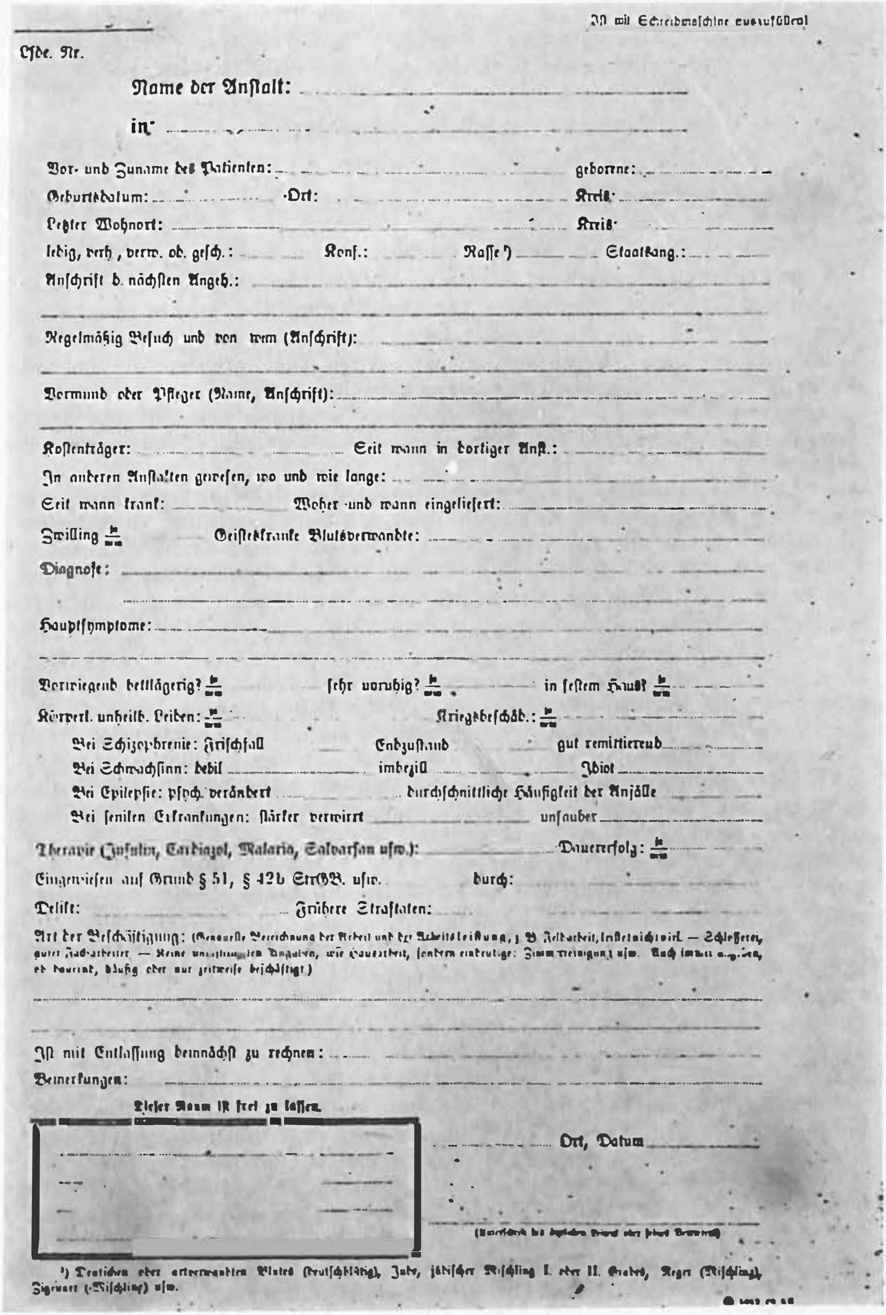
Beglaubigt
Kanzleiangestellter

An den
Herrn Reichsstatthalter in Hamburg
in Hamburg
-.-.-.-

Abb. 2: Schreiben des Reichsministeriums des Innern an die Hamburger Gesundheitsbehörde. (Archivmaterial)

Vermerk nach Berlin weiterzuleiten, daß die Angaben nur zu dem angegebenen wirtschaftlichen Zweck gegeben würden. Der Vorstand lehne darüberhinaus jede eigene Verantwortung ab, falls der Fragebogen zu anderen Zwecken verwendet werden sollte. Aus den rund 2.000 vorliegenden ausgefüllten Meldebogen sonderte Pastor Lensch daraufhin 465 aus und schickte diese am 24.2. 1941 nach Berlin. In das Absendeschreiben nahm Pastor Lensch die Klausel auf „daß die Erhebung lediglich im Hinblick auf eine statistische, planwirtschaftliche Erfassung der Heil- und Pflegeanstalt abgestellt war" (23), um sich so offensichtlich von jeder Mitschuld an der Tötung seiner Pfleglinge freizuzeichnen.
Pastor Lensch und der gesamte Vorstand der Alsterdorfer Anstalten müssen jedoch gewußt haben, was der eigentliche Zweck der Meldebogen war. In einer Denkschrift, die am 17.3.1941 auf einer Vorstandssitzung verabschiedet wurde und an die Gesundheitsbehörde Hamburg gerichtet war, hieß es:
„Als vor etwa 20 Jahren der Gedanke einer Vernichtung lebensunwerten Lebens in den psychiatrischen Kreisen auftauchte, fand er sogar in dem damals eng begrenzten Rahmen sowohl unter den Ärzten als auch in den Anstalten wenig Zustimmung... Es ist für die Volksgesundheit von größter Bedeutung, daß aus dem Volkskörper das Ungesunde ausgemerzt wird. Dazu muß es aber zunächst erkannt, gesammelt und in seinem Ursachen- und Erscheinungsraum beobachtet werden. Diesen Zweck erfüllen die Anstalten, in denen Geisteskranke und Schwachsinnige untergebracht sind. Die Alsterdorfer Anstalten haben schon jahrelang, bevor die Erbforschung durch den Nationalsozialismus Auftrieb erhielt, unter dem sie jetzt arbeitet, Material für sie zusammengetragen, das jetzt mehr als 3.000 Sippenkarten beträgt und für die staatliche Maßnahme gegen die Erbkranken von großem Wert ist... Durch geeignete Anstalten werden sie allmählich aus dem Volke herausgezogen und können nun durch Sterilisierung oder Asylierung für das Volksganze unschädlich gemacht werden. Es wäre sicher der Volksgesundheit abträglich, wenn dieser negative Auslesevorgang durch Maßnahmen beeinträchtigt würde, die zahlreiche Eltern hindern könnten, ihre Kinder einer Anstalt anzuvertrauen... gez. Pastor Lensch."
(24)
War es nur Doppelzüngigkeit, ein solches Memorandum zu verfassen und gleichzeitig Pfleglinge auszusondern und deren Meldebogen an T 4 zu schicken, oder war es Täuschung für die Öffentlichkeit und die nachfolgende Generation?
In einem eigenen Entwurf für ein Memorandum hatte Pastor Lensch folgendes formuliert: *„Die Maßnahmen, die angeblich durch einen nirgendwo vorgelegten Geheimbefehl legalisiert sind, stehen in striktem Widerspruch zu dem öffentlich geltenden Strafrecht..."* (25)

Die Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve zitiert sogar handschriftliche Notizen, die Pastor Lensch am 26.3.1941 bei einer Sitzung des Verbandes Deutscher Evangelischer Heilerziehungs-, Heil- und Pflegeanstalten in Berlin gemacht hat: *„Danach ist bereits seit Herbst vorigen Jahres eine Aktion zur Vernichtung des lebensunwerten Lebens im Gange... In eigens dazu eingerichteten Anstalten z.B. Grafeneck/Linz werden aufgrund der Fragebogen bestimmte Patienten zuerst durch Hungerrationen, jetzt durch Giftgas getötet und verbrannt. Nach der Bettenzahl, der bisher geleerten Anstalten schätzt man die Gesamtzahl der Opfer auf ca. 80.000."* (26)
Der Eingang der 465 Meldebogen wurde am 8. März 1941 von der Tarnorganisation T 4 der „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten" in Ber-


Ist mit Schreibmaschine auszufüllen!

Lfde. Nr.

Name der Anstalt:

in:

Vor- und Zuname des Patienten: geborene:

Geburtsdatum: Ort: Kreis:

Letzter Wohnort: Kreis:

ledig, verh., verw. od. gesch.: Konf.: Rasse¹) Staatsang.:

Anschrift d. nächsten Angeh.:

Regelmäßig Besuch und von wem (Anschrift):

Vormund oder Pfleger (Name, Anschrift):

Kostenträger: Seit wann in dortiger Anst.:

In anderen Anstalten gewesen, wo und wie lange:

Seit wann krank: Woher und wann eingeliefert:

Zwilling ja/nein Geisteskranke Blutsverwandte:

Diagnose:

Hauptsymptome:

Vorwiegend bettlägerig? ja/nein sehr unruhig? ja/nein in festem Haus? ja/nein

Körperl. unheilb. Leiden: ja/nein Kriegsbeschäd.: ja/nein

Bei Schizophrenie: Frischfall Endzustand gut remittierend

Bei Schwachsinn: debil imbezill Idiot

Bei Epilepsie: psych. verändert durchschnittliche Häufigkeit der Anfälle

Bei senilen Erkrankungen: stärker verwirrt unsauber

Therapie (Insulin, Cardiazol, Malaria, Salvarsan usw.): Dauererfolg: ja/nein

Eingewiesen auf Grund § 51, § 42b StrGB. usw. durch:

Delikt: Frühere Straftaten:

Art der Beschäftigung: (Genaueste Bezeichnung der Arbeit und der Arbeitsleistung, z. B. Feldarbeit, leistet nicht viel. — Schlosserei, guter Facharbeiter. — Keine unbestimmten Angaben, wie Hausarbeit, sondern eindeutige: Zimmerreinigung usw. Auch immer angeben, ob dauernd, häufig oder nur zeitweise beschäftigt.)

Ist mit Entlassung demnächst zu rechnen:

Bemerkungen:

Dieser Raum ist frei zu lassen.

Ort, Datum

(Unterschrift des ärztlichen Leiters oder seines Vertreters)

¹) Deutschen oder artverwandten Blutes (deutschblütig), Jude, jüdischer Mischling I. oder II. Grades, Neger (Mischling), Zigeuner (Mischling) usw.

Abb. 3: Meldebogen 1 zur Erfassung der in Anstalten untergebrachten Patienten. (Archivmaterial)

lin bestätigt. Im Mai 1941 hatten die Meldebogen bereits den drei „Gutachtern" sowie dem „Obergutachter" vorgelegen. Lediglich in drei Fällen waren sich die Gutachter uneinig und forderten die Akten aus Alsterdorf an.

1941: Der erste Transport

Ende Juli 1941 erreichte die Alsterdorfer Anstalten ein Schreiben der Zentrale T 4 aus Berlin. Darin waren die Namen von 50 männlichen und 21 weiblichen Bewohnern aufgeführt. Diese sollten zunächst für ein halbes Jahr zur Beobachtung in die „Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn", die schon damals größte Psychiatrische Anstalt Hamburgs, verlegt werden. Die Verlegung der zur Ermordung bestimmten Anstaltsinsassen in zunächst unverdächtig erscheinende Zwischenstationen war zur Zeit der „offenen Euthanasie" die übliche Praxis. Argwohn bei Angehörigen und Pflegepersonal sollte auf diese Weise zerstreut werden.
Am 28.7.1941, dem Tage des Abtransportes, breitete sich eine große Erregung unter dem Pflegepersonal, aber auch unter den Bewohnern der Alsterdorfer Anstalten aus, als die Busse der Gekrat (Gemeinnützige Krankentransport GmbH) in das Gelände der Anstalt einfuhren. Der wahre Grund der Verlegung war unter den Pflegern der Alsterdorfer Anstalten bekannt. In der Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve heißt es hierzu: „*Der angeschuldigte Lensch stand am Tor der Anstalt und sah wie die Erregung wuchs und Panik auszubrechen drohte. Einige Kinder, die zusammengelaufen waren, liefen ins Gelände zurück, um die Nachricht zu verbreiten. Da die Tötungsaktion in den Alsterdorfer Anstalten* ein öffentliches Geheimnis *war, war jedem klar, was diese Busse und der Abtransport der Pfleglinge bedeuten sollten.*" (27) Pastor Lensch soll darauf unverzüglich ein Rundschreiben an alle Pflegekräfte gerichtet haben, dessen Empfang er sogar schriftlich quittieren ließ. Er teilte darin mit, daß es sich um einen reinen Verwaltungsakt handeln würde und keine anderen Maßnahmen ins Auge gefaßt seien. Am 14.8.1941 wurde die „offizielle Aktion" T 4 gestoppt (vgl. den Artikel *Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung* von Stefan Romey).
Die 71 Bewohner der Alsterdorfer Anstalten entgingen jedoch nicht ihrem Schicksal. Vier verstarben bis Ende November in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Das Schicksal einer Bewohnerin ist nicht geklärt worden. Die restlichen Bewohner wurden im November/Dezember 1941 zur Heilanstalt Tiegenhof bei Gnesen verlegt. Hier geschahen die Tötungen durch Verhungernlassen oder durch eine Überdosis von Medikamenten, die entweder in Form der sog. „gelben Suppe" den wehrlosen und entkräfteten Opfern eingeflößt wurde oder durch Injektionen. Alle in den Tiegenhof transportierten Alsterdorfer wurden Opfer dieser für die nun einsetzende Phase der „wilden Euthanasie" typischen Methoden. Als amtliche Todesursache wurde bei den Frauen meist *allgemeine Entkräftung, allgemeine Erschöpfung* und *allgemeiner Kräfteverfall* angegeben, bei den Männern oft *Marasmus.*
Die Auswirkungen dieser Tötungsmethoden sind kaum vorstellbar. In der Anklageschrift gegen Lensch und Dr. Struve findet sich folgendes Einzelbeispiel: „*Die Mutter des 19 Jahre alten Jungen Rolf H. besuchte ihren Sohn in den Alsterdorfer Anstalten ca. zweimal die Woche. Rolf litt an den Folgen einer*

Merkblatt

Bei Ausfüllung der Meldebogen zu beachten!

Zu melden sind sämtliche Patienten, die

1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u. ä.) zu beschäftigen sind:

   Schizophrenie,
   Epilepsie (wenn exogen, Kriegsdienstbeschädigung oder andere Ursachen angeben),
   senile Erkrankungen,
   Therapie-refraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen,
   Schwachsinn jeder Ursache,
   Encephalitis,
   Huntington und andere neurologische Endzustände;

   oder

2. sich seit mindestens 5 Jahren dauernd in Anstalten befinden;

   oder

3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt sind;

   oder

4. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind unter Angabe von Rasse*) und Staatsangehörigkeit.

Die für jeden Patienten einzeln auszufüllenden Meldeblätter sind mit laufenden Nummern zu versehen.

Die Meldebogen sind nach Möglichkeit mit Schreibmaschine auszufüllen.

Als Stichtag gilt der 1. Aug. 1940

*) Deutschen oder artverwandten Blutes (deutschblütig), Jude, jüdischer Mischling I. oder II. Grades, Neger, Negermischling, Zigeuner, Zigeunermischling usw.

Abb. 4: „Grünes Merkblatt" zum Meldebogen. (Archivmaterial)

Kinderlähmung. Er war nicht geisteskrank. Er hatte die Hilfsschule in Altona besucht und war im Alter von 16 Jahren in der Hauptkirche von Altona konfirmiert worden. Rolf war in die Alsterdorfer Anstalten aufgenommen worden, da die Eltern ihn dort in eine handwerkliche Lehre geben wollten. Wegen der Fliegergefahr wurde Rolf im November 1941 in den Tiegenhof verlegt. Die Mutter besuchte den Sohn auch dort. Als sie ihn Pfingsten 1942 während einer Woche täglich zweimal im Tiegenhof besuchte, fand sie ihn zu einem Skelett abgemagert. An den Beinen hatte er große offene Wunden. Sie stellte fest, daß alle Pfleglinge ärztlich nicht betreut worden waren. Die gleiche Beobachtung machte sie bei vielen anderen ehemaligen Pfleglingen der Alsterdorfer Anstalten, die sie im Tiegenhof wiedererkannte. Diese Pfleglinge sahen alle jämmerlich und heruntergekommen aus. Ihr Sohn und andere Pfleglinge klagten ihr gegenüber darüber, daß es täglich lediglich Sauerkohl und eine Art Wassersuppe zu essen gäbe. Im August 1942 fuhr sie nach einer Mitteilung der Anstalt, daß ihr Sohn schwer erkrankt sei, wiederum nach Tiegenhof. Sie wurde dort an sein Bett vorgelassen. Ihr Sohn war nicht mehr ansprechbar. Der Stationsarzt, den sie fragte, ob ihr Sohn noch einmal das Bewußtsein erlangen werde, sagte wörtlich er ist fällig. *Während sie am Bett saß, fiel ihr auf, daß ihr Sohn stark nach Morphium roch. Sie hatte den Eindruck, daß man ihren Sohn bewußt verhungern ließ.*" (28)

1943: Die Räumung der Anstalten

Die zweite zahlenmäßig viel umfassendere Abtransportwelle setzte im August 1943 ein. Aus einem Protokoll des Vorstandes der Alsterdorfer Anstalten vom 5.10.1942 geht hervor, *„daß gemäß Schreiben der Gesundheitsbehörde, seitens des Ministeriums des Inneren eine Räumung der Anstalten in kriegswirtschaftlichen Interessen ins Auge gefaßt ist"* (29). Pastor Lensch machte sich offensichtlich dieses Anliegen sofort zur eigenen Aufgabe. Im gleichen Vorstandsprotokoll berichtet Pastor Lensch dem übrigen Vorstand: *„Da jedoch die Ausführung des Planes voraussichtlich auf große Schwierigkeiten stoßen wird, so erscheint ggf. eine Mitwirkung der Anstalt für eine bestmögliche Lösung der Schwierigkeiten erwünscht."* (30)
Die Gesundheitsbehörde verfolgte hinsichtlich der Alsterdorfer Anstalten das gleiche Ziel wie bei der Anstalt Hamburg-Langenhorn. Beabsichtigt war die Räumung von Pfleglingen, die keine „produktive Arbeitsleistung" erbrachten. Der Vorstand der Alsterdorfer Anstalten ordnete sich nicht nur dem Diktat der „kriegswirtschaftlichen Nutzbarmachung" unter, sondern auch der von der Behörde beabsichtigten negativen Selektion der Pfleglinge. Im Bericht des Pastor Lensch vom 13.8.1943 heißt es: *„Im ganzen werden die von hier verlegten Zöglinge etwa 500 betragen. Mit den Übrigen haben wir den Auftrag, unsere Anstalt nach Möglichkeit funktionsfähig zu halten, für die Aufgaben des hamburgischen Gesundheitsdienstes."* (31)
Die Massenabtransporte werden besonders unfaßbar, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Vorstand der Alsterdorfer Anstalten im Februar 1943 ein Zweckvermögen gegründet hatte, um im Falle einer Räumung der Anstalt nach Stegen übersiedeln zu können.

Ergänzungsblatt
zum grünen Merkblatt.

Die Diagnose ist möglichst genau auszufüllen. Bei traumatisch bedingten Krankheitszuständen ist auch anzugeben, was für ein Trauma (Kriegsverletzung, Betriebsunfall) vorgelegen hat.

Unter "genauer Angabe der Beschäftigung" ist die Arbeitsleistung anzugeben, die der Kranke in der Anstalt verrichtet. Bei Kranken, deren Arbeitsleistung als "gut" oder "sehr gut" bezeichnet wird, soll auch ersichtlich sein, warum eine Entlassung nicht in Frage kommt. Sofern Patienten höherer Verpflegungsklassen usw. keine Arbeit verrichten, obwohl sie an und für sich dazu in der Lage wären, ist dies besonders zu vermerken.

Bei Kranken, die aus dem Räumungsgebiet in die dortige Anstalt verbracht worden sind, ist hinter den Namen ein (V) zu setzen.

Falls die Zahl der übersandten Meldebogen 1 nicht ausreichen sollte, bitte ich, bei mir die noch erforderliche Stückzahl anzufordern.

Für die nach dem Stichtag neu anfallenden Fälle zu meldender Kranker in Ihrer Anstalt sind gleichfalls Meldebogen auszufüllen und mir jeweils zum 1.2. (Stichtag 1.1.) bezw. 1.8. (Stichtag 1.7.) jeden Jahres gesammelt zu übersenden.

Abb. 5: Ergänzungsblatt zum grünen Merkblatt, beigefügt von Dr. Linden, Reichsministerium. (Archivmaterial)

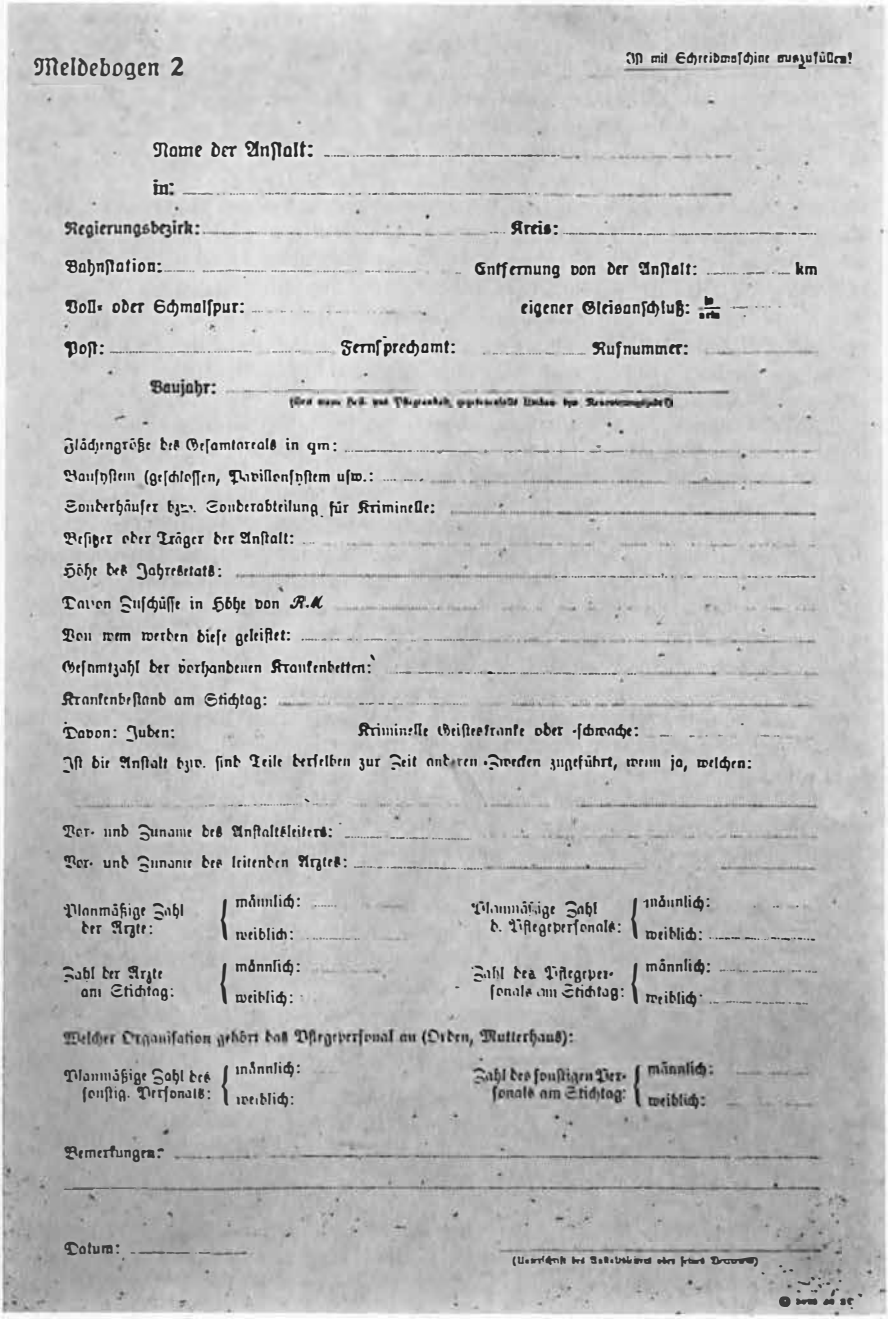
Eine weitere Alternative zum Abtransport wäre auch die Verlegung der gefährdeten Bewohner in befreundete Anstalten gewesen, die nicht direkt bedroht waren. Von Pastor von Bodelschwingh lag hierzu ein konkretes Angebot vor. Auch ist zu fragen, warum die Anstaltsleitung nicht der von Pastor von Bodelschwingh stammenden Empfehlung nachkam, die gefährdeten Bewohner nach Hause zu entlassen. Hierzu wurde noch nicht einmal in Einzelfällen der Versuch gemacht. Im August 1943 kommt es ohne Versuch einer Rettung der bedrohten Bewohner zum Abtransport etwa eines Viertels der Alsterdorfer Anstaltsinsassen in die Anstalten, die schon damals als Tötungsanstalten bekannt waren.

Ende Juli 1943 waren die Alsterdorfer Anstalten durch Bombenangriffe auf Hamburg vorübergehend durch Hunderte von Obdachlosen sowie durch ca. 200 Bombenverletzte überbelegt. Hinzu kam, daß in der Nacht auf den 13. Juli 1943 die Alsterdorfer Anstalten selbst schwere Bombenschäden erlitten hatten. Am Morgen des 30. Juli 1943 nahm, laut Anklageschrift, Pastor Lensch Kontakt zur Gesundheitsverwaltung auf und vereinbarte die kommenden Abtransporte (32). Wie aus den Vernehmungsprotokollen von Dr. Kreyenberg und Pastor Lensch vom 12.2.1947 hervorgeht, wurden dazu „hauptsächlich die Bewegungsunfähigen" und hinsichtlich des für den Kalmenhof in Idstein zusammengestellten Transportes „tiefstehende Pfleglinge" ausgewählt (33).

Am 7. August 1943 erscheinen am frühesten Morgen sechs Busse der Gekrat auf dem Anstaltsgelände. Es werden 241 Kinder und Männer abtransportiert. Davon kommen 112 in die „Heil- und Pflegeanstalt Mainkofen", 53 in die „Heil- und Pflegeanstalt Kalmenhof" bei Idstein (ausnahmslos Kinder) und 76 in die „Heil- und Pflegeanstalt Eichberg" im Rheingau.

Am 16. August erscheinen erneut die Busse der Gekrat. Diesmal werden 228 erwachsene Frauen abtransportiert. Verladung auf dem Güterbahnhof Ochsenzoll in einen Güterzug. Der Transport geht in die Wiener „Landesheilanstalt Am Steinhof".

Pastor Lensch hatte Angestellte der Alsterdorfer Anstalten als Begleitpersonal eingeteilt. Er beauftragte diese laut dem Vernehmungsprotokoll vom 12.2.1947 „nach Möglichkeit an Ort und Stelle einen Pfarrer oder eine Schwester zu gewinnen, um Euthanasiemaßnahmen festzustellen" (34). Er selber begleitete den für den Kalmenhof bestimmten Transport ein Stück weit bis zum Güterbahnhof Ochsenzoll, wo die gemeinsame „Verladung" mit den Pfleglingen aus der Psychiatrischen Anstalt Langenhorn stattfand. Am 9. September 1943 schreibt Pastor Lensch an Pastor von Bodelschwingh einen Brief, in dem er den Abtransport als Vorsorgemaßnahme darstellt. Durch den Abtransport habe vermieden werden sollen, daß bei einem späteren Schadensfall möglicherweise „Transportmittel" nicht zur Verfügung gestanden hätten. Die wohl auch von ihm erwartete Gegenfrage, warum er die Pfleglinge nicht in eine der befreundeten Anstalten geschickt habe, beantwortete er damit, daß das Telefon nicht gegangen sei. Wörtlich heißt es: „Gern hätten wir unsere befreundeten Anstalten um Aufnahme gebeten, doch ist eine telefonische Verständigung bis heute unmöglich geblieben..." (35). Eine andere Stelle des Briefes verrät in erschütternder Weise, wie Pastor Lensch versuchte, das Ungeheuerliche seines Vorgehens herunterzuspielen und sich mit christlichen Vokabeln von aller Schuld freizuwaschen: *„Bei dem Abtransport, den ich eine Strecke begleitete, sang ein kleines Dummerchen hinter mir während der halbstündigen Fahrt ununterbrochen* Jesu geh voran. *Das hat mich sehr getröstet und die Hoffnung gegeben, daß sie auch anderswo nicht von Gottes Liebe verlassen sind, möchte*



Meldebogen 2

Ist mit Schreibmaschine auszufüllen!

Name der Anstalt: .....

in: .....

Regierungsbezirk: ..... Kreis: .....

Bahnstation: ..... Entfernung von der Anstalt: ..... km

Voll- oder Schmalspur: ..... eigener Gleisanschluß: ja / nein

Post: ..... Fernsprechamt: ..... Rufnummer: .....

Baujahr: .....

(Bei neuen Heil- und Pflegeanstalten gegebenenfalls Datum der Neueröffnung)

Flächengröße des Gesamtareals in qm: .....

Bausystem (geschlossen, Pavillonsystem usw.): .....

Sonderhäuser bzw. Sonderabteilung für Kriminelle: .....

Besitzer oder Träger der Anstalt: .....

Höhe des Jahresetats: .....

Davon Zuschüsse in Höhe von RM .....

Von wem werden diese geleistet: .....

Gesamtzahl der vorhandenen Krankenbetten: .....

Krankenbestand am Stichtag: .....

Davon: Juden: Kriminelle Geisteskranke oder -schwache: .....

Ist die Anstalt bzw. sind Teile derselben zur Zeit anderen Zwecken zugeführt, wenn ja, welchen:

.....

Vor- und Zuname des Anstaltsleiters: .....

Vor- und Zuname des leitenden Arztes: .....

Planmäßige Zahl der Ärzte: männlich: ..... weiblich: .....

Planmäßige Zahl d. Pflegepersonals: männlich: ..... weiblich: .....

Zahl der Ärzte am Stichtag: männlich: ..... weiblich: .....

Zahl des Pflegepersonals am Stichtag: männlich: ..... weiblich: .....

Welcher Organisation gehört das Pflegepersonal an (Orden, Mutterhaus):

Planmäßige Zahl des sonstig. Personals: männlich: ..... weiblich: .....

Zahl des sonstigen Personals am Stichtag: männlich: ..... weiblich: .....

Bemerkungen: .....

Datum: .....

(Unterschrift des Anstaltsleiters oder seines Vertreters)

© beim BA

Abb. 6: Meldebogen 2 zur Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten im Reichsgebiet. (Archivmaterial)

sie nur auch von uns Zurückgebliebenen nicht weichen... Es macht doch in aller Not und Gefahr dieser Zeit auch Freude, wenn man erleben darf, nicht vergeblich gearbeitet zu haben und in der vorbildlichen Bewährung aller lieben Mitarbeiter und Schwestern auch durch Tat bewiesen worden ist, daß nach dem alten Sengelmannschen Vermächtnis die Liebe Christi treibt uns *mächtiger ist, als alle Sorgen um irdisches Gut". (36)*

Während der Transporte müssen sich erschreckende Szenen abgespielt haben. Vom Transport in die Tötungsanstalten Kalmenhof und Eichberg existiert ein schriftlicher Bericht vom 11. August 1943 der von Pastor Lensch als Transportbegleiter eingeteilten Alsterdorfer Mitarbeiter. Der Sonderzug mit allen für den Kalmenhof und den Eichberg bestimmten Pfleglingen der Langenhorner und der Alsterdorfer Anstalten fuhr zunächst bis Limburg. Zum Begleitpersonal gehörten auch zwei Schwestern, ein Pfleger und ein „Hilfsjunge" der Alsterdorfer Anstalten. Zu erheblichen Unruhen unter den Pfleglingen kam es in der Nacht zum 8. August, in der die Wagen, die für die Anstalt Kalmenhof bestimmt waren, abgehängt wurden. Die Aufregung steigerte sich noch, als die beiden Alsterdorfer Schwestern aufgefordert wurden, den Transport zu verlassen und sofort nach Hamburg zurückzukehren. Diese weigerten sich jedoch und wurden für den weiteren Transport vom Transportleiter der Gekrat zur Beruhigung auch der Langenhorner Pfleglinge eingeteilt. Im Bericht des transportbegleitenden Personals heißt es weiter: *„Bald nach der Abfahrt stieg ein Pflegling aus dem Zug und lief auf dem Trittbrett mit dem Ruf* Sieg heil unserem Führer *schreiend hin und her. Der Zug wurde angehalten und der Pflegling durch den Hilfsjungen und durch den Angestellten W. wieder in den Wagen zurückgebracht. Dort begann nun eine allgemeine Prügelei. Der Hilfsjunge fesselte die Langenhorner Pfleglinge mit Pflegegurten, die für die Alsterdorfer Pfleglinge mitgenommen worden waren. Noch ein weiteres Mal mußte der Zug angehalten werden, als ein Pflegling vom fahrenden Zug abgesprungen war. Er wurde wieder eingefangen. Um 9.00 Uhr morgens kam der Zug auf der Bahnstation Hattenheim an. Dort wiederholten sich die Fluchtversuche. Die Pfleglinge wurden dieses Mal vom Personal der Anstalt Eichberg eingefangen..."* (37).
Genaue Unterlagen über das Schicksal der aus Alsterdorf abtransportierten Bewohner fehlen oft. Viele Akten sind heute nicht mehr auffindbar. Lediglich die ärztlichen Akten der in Hadamar ermordeten Bewohner aus Alsterdorf sind aufgefunden worden. Aufgrund des Studiums der jeweiligen standesamtlichen Todeslisten und der wenigen aufgefundenen Akten kommt die Anklageschrift gegen Pastor Lensch und Dr. Struve zu folgenden erschütternden Ergebnissen:

Kalmenhof: Von den 53 Kindern der Alsterdorfer Anstalten, die im Kalmenhof am 18. August 1943 eintrafen, wurden mindestens 45 innerhalb von weniger als drei Monaten getötet. Drei weitere wurden etwa 10 Monate später ums Leben gebracht. Insgesamt bis zum 18. September 1944 wurden 51 der 53 Kinder getötet. Das Schicksal eines Kindes ist ungeklärt, lediglich ein 11 Jahre alter Junge überlebte und sagte später im Hauptprozess gegen den Anstaltsleiter Grossmann aus. Die Tötungen geschahen alle durch das Spritzen einer Überdosis von Luminal. (38)

Eichberg: Von den 29 Kindern, die am 8. August 1943 von den Alsterdorfer Anstalten auf dem Eichberg eintrafen, überlebten nur zwei den 15.10.1943.

Alsterdorfer Anstalten

(Name der Anstalt)

Hamburg, den 9. ~~August~~ November 194

Von den am 1.8.1940 in der Anstalt befindlichen Geisteskranken sind

1) heilbar (oder praktisch heilbar gleichzusetzen)	
2) durch Therapien besserungsfähig	51
3) unheilbar und doch arbeitsfähig (im Sinne produktiver Arbeitsleistung)	382
4) beschäftigungsfähig im Rahmen der Anstaltsbehandlung	701
5) unheilbar und nicht mehr arbeitsfähig (im Sinne von 3)	721
6) Geistig normal aber pflegebedürftig	10

Leitender Oberarzt

i.V. Schaper.

An die
Gesundheitsverwaltung der Hansestadt Hamburg
Gesundheitsverwaltung

H a m b u r g 1

Besenbinderhof 41

Abb. 7: Meldebogen der Hamburger Gesundheitsbehörde, ausgefüllt von den Alsterdorfer Anstalten am 9.11.1940. (Archivmaterial)

Dabei handelt es sich um einen damals 21 Jahre alten Pflegling, der mit den anderen erwachsenen Alsterdorfer Patienten zusammen in Hadamar den Tod fand, und ein 14jähriges Mädchen, daß erst am 22.6.1944 auf dem Eichberg getötet wurde. Die Tötungen erfolgten entweder durch eine Injektion von 5 oder 10 ccm Morphium-Skopolamin oder durch in Zuckerwasser gelöste Überdosen von Schlaf- und Betäubungsmitteln, u.a. Luminal. Für den Tötungsvorgang wurde auf der sogenannten „Kinderfachabteilung" ein Tötungszimmer benutzt. Die Gehirne der getöteten Kinder wurden einer „Forschungsabteilung" der Psychiatrisch-Neurologischen-Klinik Heidelberg übersandt. Hierzu wurden meist die Köpfe der Kinder vom Leib getrennt und in eigens hierfür hergestellten Kisten vom Eichberg nach Heidelberg übersandt.
Von den 47 erwachsenen Alsterdorfer Patienten wurden in der Zeit vom 26. August 1943 bis zum 30. September 1943 sieben, sowie am 20. Januar 1944 ein achter Patient durch Injektion überdosierter Medikamente getötet. Zwei Patienten überlebten das Kriegsende. 37 erwachsene Patienten wurden am 12., 13. und 14. Oktober vom Eichberg weiterverlegt, zwei davon nach Herborn, 11 davon nach Weilmünster und 24 nach Hadamar. Alle nach Hadamar Verlegten fanden den Tod. Da nach dem offiziellen Stop der Tötungsaktion in Hadamar keine Tötungen mehr durch Vergasung stattfanden, fanden alle Alsterdorfer Patienten hier den Tod durch medikamentöse Überdosen. Meist bekamen die Opfer für die Nacht eine Überdosis von Luminal-Tabletten. Führte diese Menge Gift noch nicht zum Tod, so erhielt das meist schlafende Opfer am anderen Morgen eine Injektion mit Morphium-Skopolamin. Der ärztliche Leiter der Anstalt, Dr. Wahlmann, nahm dann am nächsten Morgen eine Leichenschau vor und bescheinigte den Tod unter Angabe falscher Ursachen und auch häufig falscher Sterbezeiten. Die Krankenakten der in Hadamar ermordeten Alsterdorfer sind, wie erwähnt, aufgefunden worden. Sie enthalten Eintragungen wie die folgenden:

,,28.10.1943 erkrankte an Darmgrippe mit Fieber, Herzschwäche. 29.10.1943 erholte sich nicht mehr, heute Exitus an Darmgrippe.
28.10.1943 erkrankt an Darmkatarrh. 29.10.1943 erholte sich nicht mehr Exitus an Darmkatarrh.
26.10.1943 rapider Verfall, Herzschwäche. 27.10.1943 Exitus an Marasmus.
16.10.1943 lag für dauernd zu Bett, erkrankte an Grippe, erholte sich nicht mehr. Heute Exitus an Grippe.
26.10.1943 ganz abgebaut, unrein, rapider Verfall, Herzschwäche.
27.10.1943 erholte sich nicht mehr, heute Exitus an Marasmus." (39)

Mainkofen: Von den 112 verlegten Alsterdorfer Bewohnern wurden 72 ermordet, ein Patient konnte fliehen (Schicksal unbekannt), 39 wurden am 19.12. 1947 zurück nach Alsterdorf verlegt (40).

Wien: Von den 228 Frauen wurden 195 ermordet, zehn während des Krieges in Wien entlassen, acht Frauen kamen am 7.7.1949 in die Alsterdorfer Anstalten zurück. Das Schicksal von 15 Frauen ist nicht geklärt.

**Ein Pastor geht, die Anstalt lebt weiter –
Der Opfer gedenkt keiner**

Nach Kriegsende war die Anstalt um über ein Viertel ihrer Bewohner dezimiert. 556 Bewohner waren abtransportiert worden, davon 449 nachweislich ermordet. Von 60 Personen, die abtransportiert wurden, wissen wir, daß sie überlebten – 13 wurden aus den jeweiligen Tötungsanstalten entlassen, 47 von ihnen wurden in den ersten Jahren nach dem Krieg in die Alsterdorfer Anstalten zurückverlegt. Das Schicksal von weiteren 47 Bewohnern ist unbekannt.
Auf der Vorstandssitzung am 23.10.1945 stellte Pastor Lensch seine Ämter zur Verfügung und führte als Begründung u.a. aus:
„Die Gründe dafür liegen, wie den Herren bekannt ist, darin, daß ich mich während des 12jährigen Kampfes um die Erhaltung und das Fortbestehen der Anstalten unter der vorigen Regierung soweit politisch belastet habe, daß ich unter den heutigen Umständen der Anstalt nicht mehr das zu sein vermag, was sie von ihrem Leiter erwarten muß, ja daß ich für sie sogar eine Belastung darstelle... Um des gefährdeten Lebens unserer Pflegebefohlenen willen, habe ich nicht nur Kraft und Vermögen, sondern auch Ehre einsetzen zu müssen geglaubt und bin dadurch in Doppeldeutigkeit und viele schmerzliche Konflikte hineingeraten. Die Konsequenzen, die daraus zu ziehen sind, muß und möchte ich für mich alleine tragen." (41)
Menschlich erschütternd ist die fehlende Schuldeinsicht in diesen Sätzen. Nur von einer politischen Belastung ist hier die Rede. Das Handeln wird mit der Gefährdung des Lebens der Pflegebefohlenen begründet. Ein angesichts der geschichtlichen Tatsachen kaum an Zynismus zu überbietender Satz. Die Konsequenzen will der Pastor allein tragen. Sie bestehen in seinem Rücktritt.

Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre ermittelte die Staatsanwaltschaft gegen Pastor Lensch wegen Beihilfe zum Mord. Das Verfahren gegen Pastor Lensch wurde jedoch durch Beschluß vom 8. März 1974 vom Landgericht Hamburg nicht eröffnet. Einer der Kernpunkte, auf dem diese Ablehnung aufbaute, war, daß Pastor Lensch versicherte, nicht gewußt zu haben, wohin die Transporte wirklich gingen. Das Landgericht Hamburg stellte sogar fest, daß sich Pastor Lensch bemüht habe, die Euthanasie zu verhindern! Die Staatsanwaltschaft legte im Eilverfahren Beschwerde ein. Das Oberlandesgericht entschied daraufhin mit Datum vom 18.12.9174 im Sinne des Landgerichtes. Es stellte fest, daß Lensch jede offene und sinnlose Konfrontation mit den Nationalsozialisten hätte vermeiden müssen, um einen nationalsozialistischen Kommissar in der Anstalt zu verhindern. Allein die Erwähnung der abgeschickten Fragebogen dienten nur der planwirtschaftlichen Erfassung – eine Formulierung aus dem ministeriellen Schreiben –, habe für die Behörden einen erkennbaren Widerstand signalisiert. Pastor Lensch war von 1948 bis Ende der 70er Jahre Gemeindepastor in Hamburg-Othmarschen.

Verharmlosung und Übergehen der eigenen Geschichte herrschen bis heute vor. In der Anstalt wurde noch nicht einmal eine Gedenktafel für die Opfer errichtet. Eine Erforschung der eigenen Geschichte, die z.B. auch möglichen Widerstand im Pflegepersonal aufdecken könnte, unterblieb. Die Anstalt existierte einfach weiter, zunächst beschäftigt mit dem Wiederaufbau, später mit dem Aufbau von Fördermöglichkeiten. Hier wie andernorts wurde ein wirklicher

Neubeginn in der Behindertenarbeit versäumt. In der schon zitierten *Geschichte der Alsterdorfer Anstalten* von 1977 heißt es denn auch:
„Hatte noch Direktor Herntrich, der nachmalige Hamburger Bischof (1946 bis 1955 Leiter der Alsterdorfer Anstalten) in erster Linie damit zu tun, die zahlreichen Kriegsschäden aus dem zweiten Weltkrieg in unseren Anstalten wieder zu beseitigen, o begann (...) Julius Jensen, 1955 - 1968 Leiter der Alsterdorfer Anstalten, ganz gezielt die beschäftigungstherapeutischen Aspekte einer Anstaltsarbeit in den Vordergrund seiner Bemühungen zu stellen und damit im Grunde Sengelmannsche Prinzipien erneut mit Leben zu erfüllen." (42)
Immerhin wurden von der Anstalt ab 1980 für die heute noch lebenden Opfer der Zwangssterilisationen in 111 Fällen Abfindungsanträge gestellt. Die Anerkennung der Opfer als Verfolgte des Nationalsozialismus ist aber noch nicht einmal in diesen Fällen geschehen. Die bundesdeutsche Rechtssprechung geht von der Legalität der „Erbgesundheitsgerichte" aus, so daß Opfer der Zwangssterilisationen nur nach dem „Allgemeinen Kriegsfolgengesetz" durch eine einmalige Zahlung von 5000.— DM abgefunden werden können. Eine Behandlung nach dem Bundesentschädigungsgesetz und damit die Anerkennung als Verfolgte mit wirklichen Entschädigungsansprüchen (z.B. Rente) wird diesen noch heute lebenden Opfern nach wie vor vorenthalten.

Dieser Artikel wurde im Mai 1982 dem Vorstand der Alsterdorfer Anstalten vorgelegt. Michael Wunder, der Mitarbeiter der Alsterdorfer Anstalten ist, wurde verboten, diesen Artikel als Co-Autor zu publizieren. Im Juni 1982 beschloß der Vorstand der Alsterdorfer Anstalten, endlich das offizielle Schweigen über die Vergangenheit zu brechen. Prof. Jochmann von der Forschungsstelle für die Geschichte des Nationalsozialismus in Hamburg wurde mit einer Dokumentation beauftragt. Eine Gedenktafel soll 1983 zum 40. Jahrestag des großen Abtransports errichtet werden.

Augenzeugenbericht eines Bewohners

Aus dem Tagebuch von Albert Huth

Zusammengestellt von Udo Sierck

Was sich mit den Augen eines betroffenen Bewohners in den Alsterdorfer Anstalten abgespielt hat, geht aus den später angefertigten Tagebuchaufzeichnungen von Albert Huth hervor. Er wurde am 1.3.1940 als 17jähriger in Alsterdorf aufgenommen. Der damalige Chefarzt, Dr. Kreyenberg, bescheinigte ihm „totalen Schwachsinn". (1) Albert Huth wurde Opfer der Zwangssterilisation und Zeuge des unmenschlichen Umgangs mit den Pfleglingen in der nationalsozialistischen Zeit und der Abtransporte. Seine Protestbriefe nach 1945 führten schließlich zu der staatsanwaltlichen Ermittlung und zum Abfassen der Anklageschrift gegen Dr. Struve und Pastor Lensch. Der damals ermittelnde Staatsanwalt, Dr. Dietrich Kuhlbrodt, kam im Gegensatz zur Anstalt zu dem Schluß, daß Albert Huth ein normales Erinnerungsvermögen habe, präzise Angaben gemacht habe, die wahrscheinlich unwiderlegbar seien (2). Vergleicht man die tatsächlichen, vom Staatsanwalt ermittelten Fakten und die Angaben aus Albert Huths Tagebuch, so ergibt sich trotz Abweichungen in Einzelheiten eine erdrückende Übereinstimmung. Albert Huth lebt auch heute noch in den Alsterdorfer Anstalten, er hat eine *Abfindung* für seine Zwangssterilisation bekommen.

Das Tagebuch Albert Huths zeigt in erschreckender Art und Weise auf, welches Milieu innerhalb der Anstalt im Nationalsozialismus herrschte. Es legt klar Zeugnis darüber ab, wie genau Pfleger wie Pfleglinge wußten, wohin die Transporte gingen. Die Veröffentlichung des Tagebuches hier in Auszügen soll auch dazu dienen, diesen heute noch lebenden Augenzeugen, Albert Huth, ernst zu nehmen, und die Leichtfertigkeit bis hin zur sozial diskriminierenden Absicht, mit der solche Diagnosen hier und in anderen Fällen — heute wie damals — gestellt werden, aufzuzeigen.

Die Packung

„Wenn ein Junge im Bett eingepinkelt hatte, wo er nicht dafür konnte, der wurde mit dem Knüppel geschlagen und nicht gebadet. Die ganze Urinsäure fraß sich in den Körper ein und es war am Tisch sehr unangenehm, wenn andere Kameraden den Geruch einatmen mußten. Um Ekzeme heraufzubeschwören, bekam der Junge den eingenäßten Spreusack um den Rücken gebunden und mußte damit auf dem Hof herumlaufen, bis der Sack trocken war."

An einer anderen Stelle des Tagebuchs wird diese Methode, die in den Alsterdorfer Anstalten auch „Packung" hieß, anhand eines tödlich ausgehenden Einzelfalles deutlicher beschrieben: *„Zu Hitlers Zeiten wurde der Pflegling Willy B. in den Wachsaal eingeliefert. 2 NS* (Nationalsozialisten, U.S.) *hatten im Wachsaal Abenddienst. Der Pflegling mußte sich ganz nackend ausziehen und die Hände verschränkt auf den Rücken legen, damit er die Schmerzen auch*

spüren soll. In einer Badewanne befanden sich zwei Bettlaken, die in kaltes Wasser eingetaucht waren. Diese zwei Bettlaken wurden übers Kreuz um den nackten Körper umwickelt. Danach folgten drei Wolldecken und wurden mit vier Riemen festgeschnürt. Wenn es für den Pflegling nicht stramm genug war, dann wurde mit dem Fuß nachgeholfen. Durch die Hitze ziehen sich die Laken zusammen, schnüren die ganzen Blutgefäße ein und unterbrechen das Atmungsorgan. Danach kam der Pflegling für 8 bis 9 Stunden in die Zelle. Nach der Packung war der Pflegling völlig matt. Da rissen die NS Fenster und Türen auf, so daß der Pflegling im Durchzug lag und starb in Folge einer Lungenentzündung."

Das Bad

Eine weitere der bestialischen Bestrafungsmaßnahmen für mißliebige Bewohner war das im Anstaltsjargon genannte „Bad".
„Auf der Wanne waren die Hölzer daran befestigt, wo sich daran Riemen befanden, um den Kopf des Pfleglings festzuschnallen, um somit das Aussteigen zu unterbinden. An der Badewanne war ein Wasserhahnthermometer angebracht, um beim Einlaufen des Wassers in die Wanne zu regulieren. Bedient wurde das ganze mit einem Vierkantschlüssel. Aber die Nazis brachten das Thermometer zum Platzen, so daß sich die Pfleglinge daran verbrühten. Die Badewanne war aus Stein, die nicht so schnell abkühlen taten. Am ganzen Körper hatten die Pfleglinge Brandblasen und durften nicht zum Arzt gehen. Sie bekamen dann drei Tage Wasser, die sog. Flüssige Kost..."

Lieber Gott, gib dem Führer Weisheit!

Im April 1941 wird Alberth Huth in das Haus Heinrichshöh verlegt. Er schreibt:
„Hauspfleger war Otto A. (3). Otto A. war ein großer NS und hatte für die Kirche nichts über. Was Otto A. getrieben hat, war immer nur Hohn und Spott. Zu meinem Erstaunen kam ich nicht mehr zur Schule und blieb immer mehr im Rückstand. Otto A. hatte mit einem Knüppel, den er Onkel Lehmann *nannte, auf die Kinder geschlagen, die ein Blasenleiden hatten. Auch da hatte man die Jugendlichen nicht gebadet. Freizeit hatte man dort sehr wenig. Am meisten mußten wir Jugendlichen auf dem Hof marschieren. Wenn z.B.* still gestanden *ertönte und ein Epileptiker bekam einen Anfall, dann tat er ihn fallen lassen ohne eine Hilfe zu gewährleisten. Am Abend mußten die Jugendlichen auf dem Flur antreten und dann wurde das Lied gesungen* Breit aus die Flügel beide, oh Jesu meine Freude. *Danach folgte ein Abendgebet* Lieber Gott mit starker Hand, schütze unser Vaterland, gib' dem Führer Weisheit, Stärke; segnet ihn bei seinem Werke, auf das Deutschland wieder werde groß und mächtig auf der Erde. Amen. *Kannten die Jugendlichen nicht diesen Spruch, dann wurden sie dazu gezwungen. Hatte ein Junge nach dem gesprochen, der mußte auf dem Flur Liegestütze und Kniebeuge machen. Waren die Jugendlichen krank und hatten eine Erkältung, dann gab er sie Rizinusöl ein, um die Erkältung zu unterdrücken... Zu der Zeit hatte Oberarzt Dr. Kreyenberg zwei Häuser in Beschlag genommen. Haus Bodelschwingh und Schule wurde Krankenhaus....* (unleserlich, U.S.) *Pfleglinge wurden verschleppt, die die Anstalt nicht mehr wiedersahen."*

Aus: Neues Volk, 2 (1934) Heft 1, Seite 16 (Quelle: Volk & Gesundheit, a.a.O., Seite 141)

Antreten vor der Arbeit

Unter der Jahreszahl 1942 beschreibt Albert Huth in seinem Tagebuch den üblichen Tagesablauf damals:
„Die Arbeitseinrichtung war so: Um 7.00 Uhr standen die Pfleglinge auf, wuschen sich und bauten ihre Betten. Um 7.30 Uhr bis 7.55 Uhr war Kaffeezeit. Um 8.00 Uhr wurden die Pfleglinge zur Arbeit geläutet. Vor Haus Bismarck war Antreten. Das Personal war mit daran beteiligt. Otto B. (3) teilte die Arbeit ein, die gemacht werden mußte. Um 9.15 Uhr bis 9.30 Uhr war Frühstückszeit. Von 9.30 Uhr bis 12.00 Uhr war wieder Arbeitszeit... Die Zeitungen schrieben, daß die Pfleglinge in der Anstalt beschäftigt seien. Aber zwischen einer Beschäftigung und Arbeit ist ein Unterschied. Es wurde nicht gesagt, daß die Pfleglinge ausgenutzt wurden, für ein billiges Monatsgehalt und Dampfessen. Wieviele Pfleglinge liegen unter der Erde auf dem Ohlsdorfer Friedhof, die für die Anstalt gearbeitet hatten? Die Pfleglinge mußten Wege ausbessern, Aufgrabungen machen, ausschachten, Kohlen schleppen usw. Von um 13.30 Uhr, wobei wieder geläutet wurde, bis um 18.00 Uhr war wieder Arbeitszeit. Von um 18.00 Uhr bis nach Abendbrotszeit konnten sich die Pfleglinge mit Eigentumssachen bis um 20.45 Uhr beschäftigen, Bettzeit. So verging ein Tag nach dem anderen..."

Der Abtransport von 1943

„Oberarzt Dr. Kreyenberg und Pastor Friedrich Lensch drangen auf die Verschleppung der Pfleglinge. In der Nacht zum Dienstag, den 27. auf Mittwoch, den 28. Juli kam der zweite Luftangriff auf Hamburg. Ich befand mich zu der Zeit im Luftschutzkeller im Paul-Stritter-Haus. Plötzlich setzte die Flag ein, und ein mörderisches Schießen begann. Deutlich hörte man das Mahlen der Fliegermotoren, dann ein Krachen und Bersten der Bomben. Dann war wieder alles ruhig. Plötzlich gab es eine Explosion. Die ganzen Pfleglinge hatten einen Schreck bekommen. Kurz danach kam ein Pflegling die Treppe hinuntergelaufen und sagte Paul-Stritter-Haus brennt. *Als ich nach draußen kam, war es so hell, daß man eine Zeitung lesen konnte. Der ganze Dachstuhl stand in hellen Flammen... Überall brannte es. Die verursachte Explosion stammte aus der Autogarage. Auf das Dach von Gottesschutz waren die Pfleglinge mit Sand beschäftigt, damit die Flammen nicht hinüberschlugen. Dadurch konnte das Haus gerettet werden. Schuhmacherei und Wäschegarderobe brannten auch. Der Schaden für die Pfleglinge war sehr hoch. Viele Pfleglinge hatten von der Anstalt die Flucht ergriffen. An der Alster hatten sich die Pfleglinge und Mündel versammelt. Im Laufe des Vormittags ging es wieder nach oben. Sie brachten Holländer, Dänen, Belgier und Franzosen, die in der Anstalt mit der Aufräumung begannen. Am Donnerstag, den 29. Juli kamen 6 Autobusse und hielten in der Anstalt an, 3 auf dem weiblichen und 3 auf dem männlichen Gebiet. Herausprangen aus dem Bus die Gestapo* Wieviel Vögel habt ihr hier? Es befinden sich hier eine ganze Portion, *sagte einer zu seinem Kollegen.* Dann her mit die Schweine. *Insgesamt waren es 478 Pfleglingsinsassen, darunter Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker, Krüppel, Frauen und Kinder. Fast alle Pfleglinge trugen vorne vor der Brust ein Schild. Darauf stand geschrieben* Sklaven, gestorben am 3.8.1943, Heil Hitler. *Wirklich, wie Schweine wurden die Pfleglinge in die Busse verladen. Viele Schwestern hatten sie noch zurückhalten*

Aus: Volk und Rasse, 1936 (Quelle: Äskulap & Hakenkreuz, a.a.O., Seite 6 (oben) und Seite 17)

Das letzte Kriegsjahr in der Anstalt

Unter der Jahreszahl 1944 schreibt Albert Huth:
„Die Verpflegung wurde von die Pfleglinge rationiert und bekamen manches nicht zu sehen. Zur gleichen Zeit wurden ehemalige Pfleglinge zum Hilfsangestellten befördert, nur um billige Arbeitskräfte zu gewinnen. Wenn Fliegeralarm gewesen war, mußten die Pfleglinge, die im Einsatz standen, die Privatpatienten in den Luftschutzkeller transportieren, während für die übrigen Pfleglinge nicht in Frage kamen. Öfters kamen die Pfleglinge nicht zu Ruhe, aber eine Anerkennung bekamen sie nicht. Des Sonntag vormittags ging es in die Kirche und am Nachmittag in die Ortsgruppe. Otto B. war SA-Amtmann... In schweren Regengüssen mußten die Pfleglinge schwer arbeiten. Eine Unterstellung gab es nicht. Viele Pfleglinge waren völlig durchnäßt und bekamen später eine Lungenentzündung... In diesen Tagen war Erwin A. (3) in Carlsruh beschäftigt und hatte die Tiefstehenden mit Knüppel und Spannriemen geschlagen. Diese Mißhandlungen gingen auch nach dem Krieg weiter... Über 40 Pfleglinge hatten aus Verzweiflung Selbstmord verübt. Einige sprangen in die Alster, einige von der Hochbahnbrücke..."

Nach dem Krieg: Albert kommt in den Wachsaal

1945: *„Am 6. Mai war die bedingungslose Kapitulation. Weil die Anstalt es mit der Angst bekam, hißte sie zum Schein die Rote Kreuz Flagge, nur um den Engländern vorzutäuschen, daß hier keine NS seien. Dabei befinden sich hier eine ganze Portion. Die Säuberungsaktion der Anstalt wurde nicht ausgeführt, sondern man tat sie der Anstalt vorbehalten. Denn es sollte somit keine Aufregung unter der Bevölkerung geben und auch keine Veröffentlichung in Zeitungen. Es wurden zwar einige Pastoren aus der Anstalt entlassen, aber nicht Ärzte und Personal... Um 8.00 Uhr mußte ich zum Verhör, denn es war in der Anstalt ein Kriminalbeamter erschienen. In dem Konferenzzimmer saßen Pastor Friedrich Lensch und Dr. Lindner. Allerdings hatte ich alleine nichts machen können. Sie hatten meine Akte mit der Intelligenzprüfung hervorgeholt und heuchelten:* Ich bin kein Nazi gewesen. *Sie konnten sich stützen auf die Intelligenzprüfung. Der Kriminalbeamte fiel auf den Schwindel der Anstaltsleitung herein. Die NS konnte sich in die Hände reiben, wo ich dafür in den Wachsaal ging. Ich war so in Verzweiflung, daß ich einen Nervenzusammenbruch bekam und beleidigte einen Pfleger. Daher kam ich am 17. November in die Zelle, wobei ich 5 Tage nichts gegessen hatte. So konnte ich mein erstes Weihnachten im Wachsaal verbringen."*
1946: *„Ständig wurde ich in Begleitung eines Pflegers zur Arbeit hingebracht. Weil die Angst bekommen hatten, daß ich eine Anzeige riskieren würde und es würde ein Aufsehen der Bevölkerung erregen."*
1947: *„Weil diese Brüder noch weiter eine Angst gehabt hatten, wurde ich sogar in Begleitung eines anderen Pfleglings nach meiner Tante gebracht. Da ich im Wachsaal immer noch verloren war und nichts gegen machen konnte, hatte die Sozialbehörde am 6. August 1947 mir einen Vormund aufgezwungen ohne Wissen meiner Angehörigen und alle Rechte in der Anstalt entzogen. Nur um mich weiter in der Anstalt zu denunzieren, wurde ich für §51 Abs. 2 erklärt. Damit ist gesagt, daß die Leute von draußen von mir nicht glauben sollen, weil ich die Wahrheit sage und weiß so viel."*

68

wollen, aber die Gestapo hatte mehr Macht... Als ich um 12.30 Uhr im Lindenhof 2 und im Eichenhof sowie in den Knabenhort kam, waren alle Räume leer. Nicht einen einzigen Pflegling hatte sie hierbehalten. Dafür blieben in der Anstalt einige Häuser frei bis nach dem Krieg 1945... Sie kamen mit der Begründung, wegen der pausenlosen Luftangriffe müßten die Pfleglinge in Sicherheit gebracht werden. Diese Sicherheit endete im Konzentrationslager."

Verzweiflung und Hunger

„Diese Aggression, was die NS taten, führte bei einige Pfleglinge zum Selbstmord und es kam zur Panik, was die NS verschwiegen und nicht hindern konnte, weiter zu tun..."
„Aus Hunger aßen die Pfleglinge Drang, wo sie drin starben. („Drang' sind Küchenabfälle, die im „Schweineeimer' gesammelt werden, U.S.) *Einige konnten gerettet werden. Am Gesicht des Pflegligs traten schwere Veränderungen ein. Von dem Drang, was der Pflegling aß, bekam er ein aufgeschwemmtes Gesicht, hervorgequollene Augen und einen dicken Bauch..."*

Arbeiten bis zum Krepieren

„Manche Ärzte haben bei Pfleglingen operative Eingriffe verweigert, die sich rechtzeitig gemeldet hatten. Sie ließen deshalb die Pfleglinge krepieren, weil die Ärzte nur die Privatpatienten bevorzugt hatten. Daher hatten die Ärzte die Operationen bei Pfleglingen hinausgezögert bis es zu spät gewesen war. Das habe ich gesehen mit dem Pflegling Adolf N. Deshalb darf ich in der Anstalt nichts sagen, weil diese Brüder alles abstreiten und lügen... 250 Pfleglinge starben an Lungen-Tbc, weil bei die Ärzte keine Röntgenkontrolle unterzogen hatten. Wieviele Epileptiker lagen auf dem Terrain. Aber keine von die Angestellten bemühten sich darum, diesen Menschen zu helfen... Krank durften die Pfleglinge in der Anstalt nicht sein. In der Anstalt hieß es nur Arbeiten bis zum Krepieren. *Wer nicht gearbeitet hatte oder krank gewesen war, bekam kein Taschengeld.*

Zwangssterilisation

Zu seiner Sterilisation schreibt Albert Huth folgendes:
„Bei einer dritten Intelligenzprüfung, die ich nicht bestehen konnte, am 18.12. 1943, ging es hierbei um die Sterilisierung. Am 20.12. sagte Otto C. (3) zu mir Du gehst jetzt in den Keller und badest, aber nur halb voll Wasser in die Badewanne. *Aber warum ich baden mußte, das sagte er mir nicht. Otto C. und Otto B. besprachen sich gegenseitig. Als ich damit fertig war und in die Schreibstube kam, war noch ein Pfleger, Albert S. (3) mit im Spiel. Otto B. sagte zu Albert S.* Bringen Sie diesen Jungen nach Krankenhaus Barmbek *und da war es geschehen. Ohne Mutters Genehmigung brachte man mich nach Krankenhaus Barmbek. Damals war ich 17 Jahre alt. Am 23.12. hatten die Ärzte mich unfruchtbar gemacht. Erst wie es mit mir geschehen war, am 25.12., kam meine Mutter...*
Weil die Anstalt keine Spezialgeräte dafür hatte, kamen die Pfleglinge nach Eppendorf oder Barmbek, wo sie unfruchtbar gemacht wurden."

Geschäft mit der Krankheit –
Lebensgefahr!

Teil II
Wider die Therapiesucht!

Der allseits beschriebene Therapieboom sowie der inflationäre Gebrauch des Wortes Therapie hat den Bereich der behinderten Menschen voll erfaßt. Aus Musizieren wird Musiktherapie, aus Turnen Sporttherapie, aus Malen und Basteln Beschäftigungstherapie, aus Tanzen Motopädie, aus Freizeit Freizeittherapie usw. Der Alltag wird zur Therapie erklärt. Aber es handelt sich nicht nur um Wortgeklingel. Die Therapeutisierung des Alltags ist hier wie anderswo Ersatz für wirkliches Leben und gleichberechtigten normalen Umgang zwischen Menschen.

Die soziale Behinderung durch Herabwürdigung und Ausgrenzung vollzieht sich heute vielfältig und oft schwer durchschaubar. Die räumliche, sichtbare Ausgrenzung geschieht durch Heime und Anstalten, durch Sonderkindergärten, Sonderschulen und Werkstätten für Behinderte. Nicht direkt sichtbar, dafür aber um so spürbarer für die Betroffenen, geschieht Ausgrenzung durch die ständige und mit System betriebene *Sonderbehandlung*, durch die Therapeutisierung des Alltags. Warum muß mit Heiminsassen *Kommunikationstraining* gemacht werden? Wären die gleichen Menschen in einer anderen Umgebung, z.B. in einer Wohngruppe im Stadtteil und könnten den Nachbarn zugucken, in die Eckkneipe gehen und die normalen Geschäfte, kurz: am alltäglichen Leben dort teilnehmen, dann *könnten* sie kommunizieren und *täten* dies wahrscheinlich auch.

Hinter der Therapeutisierung, hinter dem krankhaft gesteigerten Bedürfnis (sprich Sucht), den gesamten Alltag des behinderten Menschen zu therapieren, steht Hilflosigkeit, Distanzsuche und vor allem auch, die so vorgefundene Strukturen nicht grundsätzlich anzutasten. Die Therapiesucht im Bereich der behinderten Menschen ist, wie anderswo auch, erstmal das Problem der Dealer, d.h. der Gesundheitsarbeiter, die ihre eigene Unentbehrlichkeit durch immer wortgewaltigere und noch mehr heilversprechende herapien beweisen wollen. Gleichzeitig festigen sie damit das Prinzip der institutionellen Verwahrung und die dazugehörige Denkweise, die Behinderung in eins setzt mit *Krankheit* und *therapiewürdig*.

Milani und Roser kritisieren in ihrem Artikel die emendierende (verbessernde) Therapie. Sie machen damit deutlich, wie eng so geartetes therapeutisches Denken mit der Nicht-Anerkennung des Anders-Seins des behinderten Menschen verwandt ist. Verändern wollen, weg machen wollen, ungeschehen machen wollen liegt diesem Denken zu Grunde. Die Anleihe für ein solches Denken ist bei der Medizin gemacht – wie die Italiener ausführen, bei der Medizin der Krankheit. Das medizinische Denken zerlegt den Menschen in seine Funktionen und be- und *ver*urteilt ihn nach statistischen Standardnormen. Milani und Roser stellen eine „minuziöse und fast zwanghafte Suche nach dem Defekt" fest, auf die ein ebenso zwanghaftes Bemühen um eine „verbessernde" Therapie folgt.

Diese medizinische Denkweise, von der auch längst Psychologie und Pädagogik angesteckt sind, würdigt die Betroffenen herab, erniedrigt sie zu Objekten, zerstört ihre Identität und entmündigt sie letztlich. Die medizinische Denkweise ist auch durch jene Maßlosigkeit gekennzeichnet, alles menschliche Verhalten in ihr System einordnen zu wollen, und legt damit den Grundstein für die verhängnisvolle Entwicklung von der Therapie zur Therapeutisierung. Nicht ohne Grund zog sich deshalb die Auseinandersetzung über den Therapiebegriff und das dahinterstehende Denken wie ein roter Faden durch viele Veranstaltungen des Gesundheitstages 1981 im sogenannten *Behindertenbereich.* Die Gleichsetzung von Behinderung mit *Krankheit* und *therapiewürdig* ist heute auch ins Alltagsbewußtsein übergegangen und ersetzt da das alte Euthanasie-Denken. Ob es sich tatsächlich um ein neues und anderes Denken handelt, bleibt zu fragen. Die Diskussionen auf dem Gesundheitstag haben diese wie viele andere wichtige Fragen aufgeworfen, ohne sie zu beantworten.
Erinnert werden kann in diesem Zusammenhang an Diskussionen auf dem ersten Gesundheitstag 1980 in Berlin, wo Ulrich Schultz ausführte, daß eine der Bedingungen medizinischer Verbrechen im Nationalsozialismus „die emotionale Distanz von Medizinern zu kranken Menschen" sei, und die „‚Objektivität', die es den Ärzten damals nicht verwehrte, experimentell zu verstümmeln und zu töten..." (1). Emotionale Distanz und Objektivität liegen auch dem heutigen Therapiedenken zugrunde – vielleicht konnte es deshalb so gut das Euthanasie-Denken überlagern.

Was ist gegen dieses sich mit Allmacht durchsetzende Therapiedenken zu setzen, ohne in das fatale Fahrwasser zu geraten, notwendige Therapie, Hilfe und Förderung zu verweigern?
Milani und Roser fordern in ihrem Artikel *Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation* das radikale Umdenken der Gesundheitsarbeiter selbst. Sie wollen kein Übel kurieren, sondern dem behinderten Kind Erfahrungen ermöglichen und ihm so helfen, seine eigene Normalität aufzubauen. Da ich selbst in Florenz war, kann ich sagen, daß mich die beobachtende, der Persönlichkeit des behinderten Menschen zugeneigte Grundhaltung bei Milani am meisten beeindruckt hat. Diese Grundhaltung schützt nicht nur vor vorschnellen Überstülpungen angelernten Therapiewissens auf die Realität, sie ist gleichzeitig Ausdruck, das Anders-Sein des Gegenübers grundsätzlich zu akzeptieren. Keine Abwertung durch geeichte Beobachtungsskalen, kein sonst so oft zu hörendes: „Typisch für diese Behinderung...!" In dieser Situation geschieht wirklich ein Teil Entprofessionalisierung, wenn auch die Notwendig-

keit von Fachwissen nicht geleugnet wird. Therapie wird auf eine Dienstleistung reduziert, die individuell und knapp verordnet sinnvoll sein kann, aber nicht das Leben beherrscht oder gar ersetzt.
Monika Aly schließt sich hier in ihrem Artikel *Probleme behinderter Kinder – Therapie als Hilfe oder Hindernis* an. Sie fordert, daß nicht der Therapeut bestimmen darf, was das Kind lernen soll, sondern ermöglichen soll, daß das Kind einen jeweils eigenen Weg findet. Der Therapeut soll dazu „die Fäden der (vorhandenen) Normalität aufgreifen".
Cornelia Bliesner und Uta Lamprecht, betroffene Mütter behinderter Kinder, schildern ihren Alltag und ihren Umgang mit dem Therapieproblem.

Auf der großen Podiumsdiskussion mit Roser, Aly und anderen wurde auf dem Gesundheitstag 1981 von Vertretern der Krüppelgruppen diesem neuen Ansatz *therapeutischer Bescheidenheit* und *selbstkritischer Rücknahme der Helfer-Ideologie* die Feststellung „Schöne Theorien!" entgegengesetzt. Entmündigung drücke sich auch darin aus, daß – in diesem Falle fortschrittliche – Planer über die Köpfe der Betroffenen hinweg planen und machen. Diese Argumentation der Krüppelgruppen wirft ein Schlaglicht auf die ganze Therapiediskussion: die kritischen Gesundheitsarbeiter können diese zwar anreißen, nicht aber lösen. Nur der Kampf der Betroffenen selbst sowie die politische Auseinandersetzung um die Behindertenpolitik wird zu einer wirklichen Veränderung führen.
Die Betroffenheit von Gesundheitsarbeitern, sich selbst an Besonderung und Ausgrenzung zu beteiligen, kann in solche politische Aktivität umschlagen. Davon handelt der Artikel *Frühförderung und Sonderkindergarten – Der Anfang vom Ende* der Arbeitsgruppe Integration. Hier beginnt, angestiftet durch die Diskussion auf dem Gesundheitstag 1981 der anti-institutionelle Kampf von Eltern und Gesundheitsarbeitern, allerdings in der minuziösen, aber sehr realen und redlichen Form des täglichen Kleinkrieges gegen die Misere.

In Dänemark ist der Kampf gegen Sonderbehandlung und Aussonderung sehr viel weiter vorangetrieben als bei uns. Henning Seltved vom Erziehungsministerium in Kopenhagen schildert in seinem Beitrag *Deinstitutionalisierung in Dänemark,* wie kompliziert und widersprüchlich die Durchsetzung des Normalisierungsprinzips verläuft. Fachwissen wird hier wie in Italien nicht einfach über Bord geworfen, sondern bewußt in die Allgemeinpädagogik aufgenommen, so daß aus Sonderpädagogik nicht Sonderbehandlung werden kann.

Mitten in die Wirklichkeit der großen Anstalten für geistig behinderte Menschen führen die Artikel von Rainer Nathow *Die Entsorgung findet in den Anstalten statt* und von Heike Kühn (Kollegenkreis der Alsterdorfer Anstalten) *Löst die Anstalten auf!.* Die Diskussionen über Therapeutisierung und Therapieboom können sich gegenüber der in diesen Artikeln aufgeführten Unterversorgung wie Luxusgeplänkel ausnehmen. Die Therapiefrage ist aber eng mit der Frage der Abschiebung in die großen Anstalten verbunden. Die Ineinssetzung von Behinderung gleich Krankheit gleich therapiewürdig produziert schnell eine große Gruppe von behinderten Menschen, die nicht mehr als therapiefähig eingestuft werden. Die große Gruppe von „Langzeitpatienten", von „Defektkranken", von „Dauerliegern" wird so auch ideologisch gerechtfertigt. Bei dieser Gruppe der „Ärmsten der Armen" wird ein vielleicht im Reformeifer schnell gezimmertes *Förderprogramm* gerade im Zeitalter der Sozialkürzun-

gen gestrichen und nackte Verwahrung kommt wieder zum Vorschein. Der „nucleo duro" der Anstalten, der angeblich jeder Eingliederung in die Gesellschaft entgegensteht, wird so erst produziert. Anti-institutioneller Kampf heißt hier Auflösung durch Wohngruppengründungen im großen Stil bei gleichzeitiger ausreichender Versorgung mit Therapie und Förderung innerhalb der Anstalten. Auch hier gilt: normales Leben im Stadtteil soll ermöglicht werden, kein Ersatz für solches Leben durch lebenslange Therapie in der Anstalt.
Zum Abschluß gibt Manfred Schmidt einen Erfahrungsbericht aus dem *Selbsthilfezentrum für Anfallskranke* in Berlin. Ähnlich wie bei anderen Selbsthilfegruppen im Behindertenbereich stehen hier Prinzipien wie selbständige Organisierung der Betroffenen, gegenseitiger Erfahrungsaustausch, gleichberechtigtes Von-Einander-Lernen im Vordergrund. Die Selbsthilfegruppe ermöglicht es dem Einzelnen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen. Probleme werden an keinen Experten, keinen Therapeuten mehr delegiert: Das Leben wird in die eigene Hand genommen.

Michael Wunder, Mai 1982

(Der Verlag empfiehlt den Gesundheitsarbeiter(inne)n aus Band 6 der Dokumentation Gesundheitstag 1980, „Versuche gegen die Hilflosigkeit" besonders den dritten „Knoten im Taschentuch": „Nachgedanken zum Helfersyndrom" von Wolfgang Schmidbauer.)

Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation

Voraussetzung für die reale Anpassung behinderter Menschen

Adreano Milani-Comparetti, Arzt und
Ludwig O. Roser, Psychologe, Florenz (1)

Die neuen Vorstellungen von Gesundheit und Normalität, von Rehabilitation und Behindertenversorgung, von Behandlung und Vorbeugung, die in den letzten fünfzehn Jahren viele italienische Fachleute aus den verschiedensten Bereichen sowie weite Kreise aller politischen Richtungen beschäftigt haben, werfen im Ausland immer mehr Fragen auf, aus denen nicht nur Interesse, sondern weit häufiger Furcht, Skepsis und Unkenntnis herausgelesen werden können. Politisierung der Wissenschaft, einseitige Bevorzugung des sozialen Aspektes, Abwertung des kognitiven Lernens und demzufolge Senkung des allgemeinen Bildungsstandes, mediterrane Oberflächlichkeit, Süd-Nord-Gefälle eines gewissen Fatalismus, mangelnde Bereitstellung der notwendigen Geldmittel für den Ausbau von Institutionen usw. sind Befürchtungen, die nicht nur im Ausland, sondern auch in Italien selbst immer wieder laut werden. Vor allem die Integration behinderter Kinder in die normale Regelschule hat viel Staub aufgewirbelt, weil durch diese Aktion fast die ganze Bevölkerung an die Probleme der Behinderten herangeführt worden ist.

Das *wilde*, scheinbar nur politischen Kriterien folgende Eingliedern der Behinderten, der Rausch des Erlebnisses von Solidarität und Gemeinsamkeit, die Popularisierung der existentiellen Werte des Pathologischen (die nicht nur in der Rauschgiftphilosophie enthalten sind) schienen das Rationale, das Wissenschaftliche, das Überkommene beiseite gedrängt zu haben. So wie dies von den Italienern empfunden wurde, so nährt es heute im Ausland die Vorstellung einer gefährlichen Entwicklung.

Es ist bezeichnend, daß diese in bestimmten Kreisen mit einer linksgerichteten Politik identifiziert wird. Daß die 68er Bewegung mit von dem Kampf gegen das Abdrängen in Randpositionen getragen worden ist, daß die italienische „psychiatria democratica" sich stark im politischen Leben engagiert hat, daß Männer wie Franco Basaglia (2) gegen das Autoritätsprinzip und die Gewalt der Institutionen auch ideologisch vorgegangen sind (wenngleich gerade Basaglia dies durch die Erhaltung menschlicher und fachlicher Kompetenz zu erreichen suchte), daß in dieser, sagen wir ruhig, revolutionären Entwicklung das Ideologische viele Anstöße gegeben hat, darf nicht davon Ablenken, daß im Grunde die Frage *Was ist Gesundheit?* in der Luft liegt. So war die italienische Gesundheitsreform ein Anliegen fast aller Parteien, so ist es in Deutschland 1980 zum ersten Gesundheitstag gekommen, so empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation eine neue Sicht: „From cure to care" (Von der Pflege zur (Vor-)Sorge!). In der Tat wäre der italienische Versuch, Behinderte in einer neuen Weise zu fördern, nichts weiter als eine ideologische Seifenblase, ließe sich nicht erweisen, daß die diesem Versuch zugrundeliegenden Überlegungen einer wissenschaftlichen Wahrheit gerecht werden. „From cure to care", d.h. die Verpflichtung, von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um die Gesundheit überzugehen, ist in der Tat sehr viel mehr als ein elegantes Wortspiel und sehr viel

mehr als ein dahergeworfener Slogan. Diese Verpflichtung erfordert ein durchgreifendes, die gesamte menschliche Kultur und Wissenschaft erfassendes Umdenken. Sie verlangt die Bereitschaft zur Revision der fundamentalen theoretischen Aspekte, die die Methodologie und Struktur des Gesundheitswesens bestimmen. Es handelt sich um eine kulturelle Erneuerung, die zur Grundlage einer Reform aller die Gesundheit betreffenden Maßnahmen der Vorbeugung, der Behandlung und der Rehabilitation wird. Wenn wir aber wollen, daß sich die Medizin der Gesundheit zugunsten der Medizin als Wissenschaft entwickelt und sich nicht *gegen* die Medizin wendet, wie es in den ideologischen Theorien Ivan Illichs (3) vorgeschlagen ist, muß der Unterschied zur traditionellen Medizin theoretisch korrekt erarbeitet werden, damit die fachliche Kompetenz nicht im rein Humanitären und in der oft verschwommenen Ideologie des Sozialen versinkt. Am Beispiel der Rehabilitation im Bereich der Zerebralparese (4) läßt sich dieses Konzept besonders klar erläutern.

Der vor dreißig Jahren als Verpflichtung der Gesellschaft begonnene Einsatz zur Behandlung und Betreuung der durch Zerebralparese Behinderten hat das heute bekannte, unglaubliche Gewirr inadäquater Bemühungen produziert und zwar in einem solchen Maße, daß, wenn wir eine rationale und maßvolle Bewertung ansetzen wollen, dem Behinderten mehr geschadet als geholfen worden ist. Erst heute sind wir vielleicht durch die erneuernde Dimension einer Medizin der Gesundheit, in der Lage zu erkennen, welches der eigentliche Sinn des antiken Gebots „primum non nocere" (Zuerst soll es nicht schaden) ist. So wird es unerläßlich herauszufinden, welches die oft listigen und perversen Gefahrenmomente sind, die die Medizin der Krankheit hervorruft, und welches dagegen die fördernden Mechanismen des Wohlergehens im Dienst der Gesundheit sein sollten.

Die möglichen Schäden der Medizin der Krankheit lassen sich im Begriff *Mißbrauch* (italienisch: abuso) kondensieren. Niemand will der traditionellen Medizin ihre Gültigkeit als Wissenschaft mit ihren Kenntnissen im Kampf gegen die Krankheit streitig machen, aber ebenso absolut muß der Mißbrauch verdammt werden, der durch den irrigen und ungerechtfertigten Gebrauch des Instrumentariums der Medizin entsteht. *Abuso* hat vor allem in den angelsächsischen Ländern als „abuse" die Bedeutung von Mißhandlung und Gewalt angenommen, besonders was die Mißhandlung des Kindes anbetrifft. Der italienische Verein für die Bekämpfung von Kindesmißhandlung erweitert den Begriff: man solle, wie es auch Renata Gaddini vorschlägt, unter *abuso* nicht nur die physische Gewalt verstehen, sondern alle *„auch unwillentlich fortdauernde Situationen, die aktiv oder passiv von Einzelnen oder von den Institutionen ausgehen, von denen das Individuum, das noch nicht die Kraft besitzt seine Rechte geltend zu machen, überrannt wird"*. Diese Definition scheint eigens für die Rehabilitation formuliert, so wie sie heute praktiziert wird.

Um besser zu verstehen, was Gewalt gegen das Kind ist, muß man versuchen, seine Bedürfnisse zu analysieren. Um dies zu vereinfachen, könnte man von der Unterscheidung der drei interaktiven (zu einander in Beziehung stehenden) Dimensionen ausgehen, in denen es lebt:

1. die ganzheitliche Dimension seiner *Person,*
2. die Dimension seiner *Zugehörigkeit* im Verhältnis zur physischen und menschlichen Außenwelt,
3. die Dimension seiner *Entwicklung,* die seine Zukunft betrifft.

Die traditionelle Medizin, die wir anfechten, und ganz besonders die rehabilitative Medizin, stellte wegen ihrer Kontinuität einen Mißbrauch, eine Gewaltak-

tion dar, weil sie das reale, in diesen drei Dimensionen lebende Individuum zerbricht und stattdessen die Vorstellung eines nicht-existierenden Wesens anbietet. Die Medizin der Vergangenheit ist in der Tat

1. charakterisiert durch fachliche Teilhaftigkeit (ital. settorialità), d.h. sie sieht und behandelt das Kind in der Unterscheidung von gesunden und kranken Teilen,
2. isolierend, denn sie behindert seine sozialen Beziehungen und
3. entwicklungs-feindlich, weil es seine Zukunft nicht einbezieht.

Dies gilt für die sogenannte Heilpädagogik, ebenso wie für die Bereiche der Psychologie und der Pädagogik, die dieser die Hand reichen: der mit dem Ausdruck *defektbetont* charakterisierte Einsatz, der dem Reparaturbedürfnis und dem Erziehungswillen des Erwachsenen gegenüber dem Kinde entgegenkommt, zerstört im allgemeinen die Harmonie im Zusammenspiel der drei genannten Dimensionen mehr als es der Defekt selbst getan hätte. Noch allgemeiner könnte man sagen, daß es typisch für unsere Kultur gewesen ist, die Erziehung des Kindes auf dem Mißtrauen für das Gelingen seiner Zukunft aufzubauen. Die Projektion entsteht fast immer durch die Zukunftsvorstellung des Erwachsenen, durch welche das Kind nicht in seinen realen Möglichkeiten gesehen wird, sondern in seinem Unvermögen, die in es gesetzten Erwartungen zu erfüllen.

Vielleicht ist aber auf keinem anderen Gebiet, selbst nicht in der Medizin, soviel Gewalt auf Kinder ausgeübt worden wie im Bereich der Rehabilitation. In der Tat sind Eltern und Ärzte in ihrer Angst und im Bedürfnis, Abhilfe zu schaffen, eine so perverse Allianz eingegangen, wie es Winnicott so gut beschreibt, daß sich die unwahrscheinlichsten und mystifizierendsten Aktionen der Rehabilitation vervielfältigt haben und zwar mit der erwähnten Kontinuität, in der die Ganzheitlichkeit des Kindes sowie die Dimension seiner Entwicklung verneint werden und die das Wesen des *abuso*, der mißbrauchenden Gewalt darstellt.

Gegenüber dem hirngeschädigten Kinde sich beispielsweise nur mit der Motorik zu befassen oder schlimmer noch mit seinem motorischen Defekt bedeutet eine Skotomisation, eine Verdunklungsaktion, gegenüber dem nicht-so-gewollten Kinde und führt zur Negation seiner Persönlichkeit, seiner mitmenschlichen Beziehungen und seiner Zukunft. So ist die totalitäre und betrügerische These entstanden: *mehr Therapie = mehr Resultate*, während in jedem anderen, verantwortungsbewußteren Bereich der Medizin Therapie in dem Maße verabreicht wird, das der Notwendigkeit entspricht. So ist auch die Zwangsvorstellung aufgekommen, daß für den Behinderten alles *besonders* sein muß, die zur Absurdität der Institutionalisation geführt hat, wobei die eigentlichen Probleme des durch den Defekt seines Kindes in Angst versetzten Erwachsenen maskiert werden konnten.

Alles wurde *besonders* — von der Schule zum Spielzeug, von der Behandlung zur pädagogischen Förderung, vom Schonraum zum Personal, das allein nur das *besondere* Kind zu verstehen in der Lage war. Das behinderte Kind war dazu verdammt, bei allem was es tat und was es berührte, dem besonderen zu begegnen; König Midas aber starb schließlich daran, daß alles zu Gold wurde, was er berührte.

Infolge des Mißbrauchs der Medizin und der Pädagogik durfte also das Kind nicht mehr am täglichen Leben teilhaben, wie es sich durch das Spiel, durch die Gemeinschaft der Gleichaltrigen, durch Musik, durch Bewegung, durch Schwimmen usw. ergibt, denn all dies wurde verwandelt in Beschäftigungsthe-

Grundschule in Florenz: „Kußtherapie" – ein spastisch gelähmter und geistig behinderter Junge inmitten der anderen Schüler.

rapie, in Spieltherapie, in Heilgymnastik, in Sonderschule, in Physio-, in Musik-, in Wassertherapie. Jede dieser Aktionen wurde aus dem natürlichen Lebensraum herausgelöst und einem Fachmann anvertraut.

Aber wenn wir von der Rehabilitation nur als von einem Mißbrauch im Gegensatz zum Respekt der realen Bedürfnisse des Kindes sprechen, müssen wir uns wieder darüber im Klaren sein, daß wir damit nur auf moralischer und politischer Ebene argumentieren. Diese Beschränkung muß, wie gesagt, überwunden werden, damit diese Aussagen nicht als ein simpler Angriff auf die Medizin erscheinen. Das wirklich Neue, das die Medizin der Gesundheit als eine kulturelle Revolution qualifiziert, liegt nicht einfach in der Anpassung an moralische und politische Sensibilität, die sicherlich von größter Bedeutung ist, sondern wurzelt im wissenschaftlichen Fortschritt, von dem hier die Rede ist.

Als Alternative zur mißbrauchenden, traditionellen Medizin muß die Medizin der Gesundheit per definitionem durch den Respekt der menschlichen Persönlichkeit bestimmt sein, und es scheint uns, daß vom wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus dieser Respekt von der Erkenntnis einer fundamentalen Seinsqualität der menschlichen Person auszugehen hat, die in ihrer *Fähigkeit zum Handeln* zu suchen ist.

Das Individuum ist vornehmlich ein „problemlösendes und die Welt explorierendes Wesen", wie Popper in seiner Kritik der Verhaltenslehre und der Reflexologie sagt, und wir glauben, daß in diese erneuerte Würdigung der Fähigkeit zum Handeln weitere Aspekte einbezogen werden müssen, nämlich die Fähigkeit des Vorwegnehmens, die kreative Kraft des Denkens und des Wünschens, jene Qualitäten also, die wir als *proponetische Kompetenz* (beurteilend-vor-

schlagende Fähigkeit) bezeichnen könnten in der Gegenüberstellung zum verhaltenstheoretischen Modell, das die Umwelt privilegiert und zur Vorstellung einer Menschmaschine geführt hat, die lediglich aus Reflexen besteht und nur die Fähigkeit zur Antwort besitzt. Die wissenschaftliche Erkenntnis der Fehlerhaftigkeit dieses Modells führt zur Überwindung der Reflexologie und der Verhaltenstheorie sowie zur Einsicht, daß uns vor allem die *Interaktion* zu interessieren hat. Die Reflexologie bildet immer noch die Grundlage der neurologischen Diagnostik und der physiotherapeutischen Behandlung der Zerebralparese, deshalb muß dieses Problem auch in seinen praktischen Konsequenzen vertieft werden.

Selbst Sherrington, dem wir das Modell des Reflexbogens zu verdanken haben, spürte, daß es sich um eine unwahrscheinliche, wenn auch vorteilhafte Fiktion handelte. Aber gerade der Mißbrauch dieses Modells hat jahrzehntelang verhindert, die prerationalen (vor dem ‚vernünftigen' Denken liegenden) und schöpferischen Ausdrucksgegebenheiten des Individuums wahrzunehmen, die vorhanden sind, noch bevor es der Sprache mächtig ist. Das mißverstandene Reiz-Antwort-Schema der Verhaltenstheoretiker und die Herrschaft des Reizes gegenüber der Antwort ist Schuld an so umfangreicher pädagogischer und rehabilitativer Gewalt. Heute dagegen wird wieder in den Vordergrund gerückt, was das Kind an Eigenem und Selbständigem besitzt, seine schöpferische Fähigkeit, sich selbst zu konstruieren und auf die Umwelt Einfluß zu nehmen, seine Möglichkeit, Vorschläge zu machen, als Basis eines Dialogs und einer menschlichen Beziehung. Auf unserem Gebiet ist es vor allen Dingen die Beobachtung des motorischen Verhaltens des Neugeborenen und das faszinierende Schauspiel der fetalen Motorik gewesen, die uns dazu geführt haben, die Botschaften, die das Kind so reichlich anbietet, zu erkennen und zu respektieren.

Kindergarten in Florenz: Auf einen normalen Kinderstuhl gestützt bewegt sich ein spastisch gelähmter Junge fort.

Unsere Aufmerksamkeit ist also nicht so sehr auf das Studium der *Antworten* als auf das Studium der *Vorschläge* zu lenken, und das bedeutet, die reizgebende Arbeitsweise zu verlassen. Reize gibt man Versuchstieren, aber nicht Kindern; denn die reflexen Mechanismen und Antworten sind gerade die Negation der Botschaft, die wir erhorchen, und der Mitteilung, die wir fördern und des Dialogs, den wir beginnen wollen. Reiz und Antwort erschöpfen sich gegenseitig und schließen einen Kreis, der zweidimensional bleibt und die dritte Dimension der Entwicklung und des Schöpferischen ausschließt. Diese dritte Dimension existiert nur, wenn mehr vorliegt als nur ein Reiz-Antwort-Verhältnis. Dieses *Mehr* nennen wir „parametro positivo". Seine Beachtung allein erlaubt einen positiven Dialog, durch den dialektisch aufbauende Vorschläge produziert werden können (vgl. Tab. 1).

Das Lesen der motorischen Botschaft ist uns erleichtert durch das Funktionsverständnis der fetalen und postnatalen Bewegungen. In der Tat sind die „primären pattern" (ersten Muster) des motorischen Verhaltens, die in dieser Entwicklungsphase in ihrer genetischen Bestimmung und Artentsprechung vorherrschend sind, charakteristisch für ihre Möglichkeit des „feed-forward" (Vorwärts-Koppelung), das es ihnen erlaubt, als Organisatoren der Ontogenese (5) der motorischen Entwicklung tätig zu sein. Der unglaubliche Reichtum des Repertoires der Bewegungspatterns, wie ihn Janniruberto und Tajani im Fötus zwischen der 10. und der 20. Woche aufgezeigt haben, stellt das Alphabet dar, durch welches sich, mit sukzessiven Interaktionen und Integrationen, in der Gegenüberstellung mit der physischen und menschlichen Umwelt, die gesamte Sprache der Motorik entwickelt.

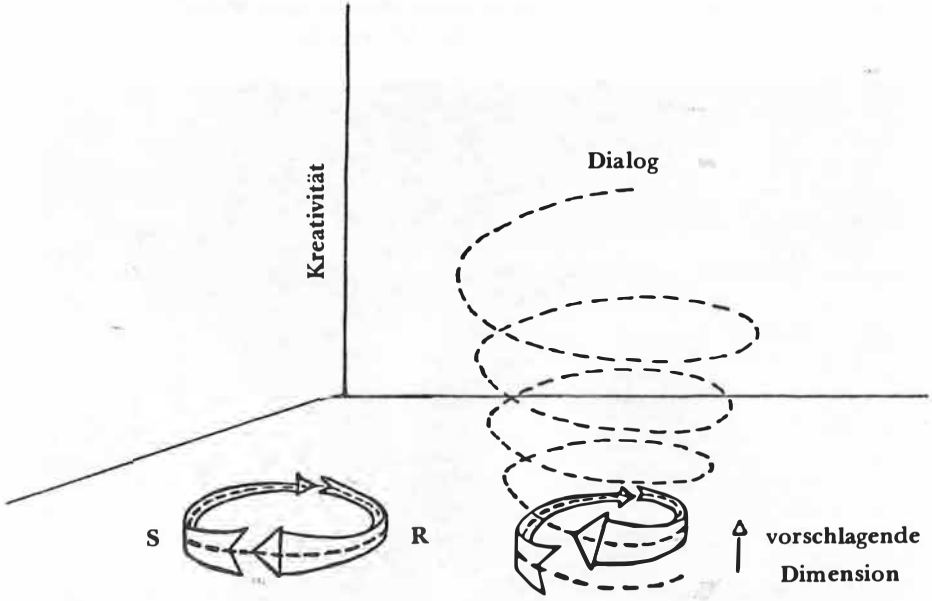


Tabelle 1

Unser theoretisches Modell, das wir aus der *Patternanalysis* entwickelt haben, erlaubt uns, zu diesen ersten alphabetischen Elementen vorzustoßen, sie im Fötus zu erkennen, ihre Entwicklung zu verfolgen und so ihren Sinn zu erfassen. Auch das Alphabet der Mitteilung des noch zur Sprache unfähigen Kindes ist heute durch Ultraschall in der Fetalphase zu erkennen. Beobachten und diese Sprache verstehen war schon ein Vorschlag Brazeltons, als er den Einfluß des Kindes auf seine Bezugsperson darstellte und in den jüngsten semantischen Untersuchungen zum kindlichen Verhalten im Dialog aufzeigte, wie selbst die einfache Beobachtung der *Mimik* des Fußes eines drei Monate alten Kindes festzustellen erlaubt, ob das Kind seine Mutter, den Vater oder einen leblosen Gegenstand vor sich hat.

Gerade aus der vertieften und vor allem respektvollen semantischen Analyse der *Vorschläge* des Kindes ergibt sich durch die Prägnanz seiner provokatorischen Erfindungsgabe und durch sein reiches Beziehungs-Appeal ein wunderbares Verständis seiner Botschaft, wie es auch in der wieder von Brazelton so definierten „cuddlines" (etwa: Umarmungsverhalten) des Neugeborenen sichtbar wird. Unübersetzbar, weil es viel mehr als *passive Bereitschaft zum Schmusen* bedeutet, ist der japanische Begriff *amae;* man könnte von *aktiver Suche nach passiver Liebe* sprechen.

Das Kind verstehen und kennenlernen bedeutet gegenseitige Mitteilung ermöglichen, und je weiter man zu den Quellen der Ontogenese aufsteigt, desto unpassender und einschränkender erscheint die Trennung in Sektoren, wie sie Neurologen, Psychiater und Psychologen produzieren, wenn es sich darum handelt, Kenntnisse der psycho-biologischen Ganzheit des Kindes zu erhalten. Die Hypothese vom passiven Individuum, das wie eine Maschine auf die Umwelt antwortet, korreliert paradigmatisch mit dem Ansatz der Medizin der Krankheit: von ihm ausgehend stützt sich die neurologische Semeiotik (6) fast ausschließlich auf die Suche nach dem Defekt. Die minuziöse und fast zwanghafte Suche nach dem, was dem Kind fehlt, bestimmt das ebenso zwanghafte Bemühen der verbessernden (emendierenden) Therapie bei der völlig irrigen Voraussetzung, daß der Defekt im neurologischen Bereich heilbar ist. Aus diesen Gründen bekamen nämlich die Diagnose und das emendierende Verhalten die Oberhand.

Wir halten es dagegen für unerläßlich, der Suche nach den positiven Zeichen den Vorrang zu geben, d.h., all das hervorzuheben, was das Kind tun kann, nicht aber der Suche nach seinen Defekten. Es soll der Prognose statt der Diagnose, der Förderung der Normalität statt der Behandlung der Krankheit der Vorrang gegeben werden. Abgesehen von dem menschlichen Positivum, das durch diese Einstellung der Familie des behinderten Kindes zu gute kommt, ist sie auch vom neurologischen Gesichtspunkt her korrekter, wie dieses Beispiel zeigen soll: Wir wissen, daß die Physiotherapie der Neuromotorik keine heilende (verbessernde) Wirksamkeit gegenüber dem Defekt besitzt, sondern nur auf die Konstruktion von Alternativen zum sog. pathologischen Pattern Einfluß haben kann. Im Repertoire der im Zentralnervensystem existierenden Automatismen, die wir benutzen, um das tägliche Leben zu meistern, gibt es aber keine pathologischen Patterns. Z.B. das Pattern der typischen Haltung des Armes eines halbseitig gelähmten Menschen ist als solches nicht pathologisch, denn es wird im Alltagsleben dazu benutzt, eine Tür aufzuziehen. Es handelt sich nicht um ein pathologisches Pattern, sondern um eine Reduktion des Patternrepertoires, um ein Fehlen von Pattern, durch das keine funktionalen Alternativen möglich sind. Aus dieser Feststellung geht klar hervor, daß

die Physiotherapie nicht ein Übel kurieren kann, das nicht vorhanden ist, sondern daß sie nur Alternativen liefern kann. Mit anderen Worten: auch die Physiotherapie wie die neurologische Semeiotik kann nur das Positive wollen; sie hilft aufbauen, was das Kind tun kann, und zwar durch Förderung von Normalität, während es nicht möglich ist, den Defekt zu eliminieren. Der in diesem Sinne arbeitende Therapeut muß geschult werden, die erwähnten drei Dimensionen des Kindseins zu respektieren, aber dann auch weiterhin kohärent so zu handeln, d.h. nicht so zu tun, als könne der Defekt weggeturnt werden.
Wenn man es recht bedenkt, so gilt dies ebenso für die Denkleistungen, deren Substrat aus den gleichen Gründen des neuro-motorischen Defekts oder aus degenerativen Gründen verschiedenster Art vermindert sind. Merkwürdigerweise nimmt man es einem Blinden ab, daß er nicht sehen kann und hilft ihm, Alternativen zu finden (wenn er nicht von selbst auf sie stößt), die ihm ein möglichst normales Leben erlauben; dies geschieht aber nicht beim geistig behinderten Kind, dessen korrekte Antwort auf den gegebenen Reiz oder auf die zu leistende Aufgabe immer als eine Frage der Intensität, der besseren Sinnesvermittlung (im sensualistischen Sinne) oder der geschickteren Motivation angesehen wird, auch hier nach dem Motto: je mehr Behandlung desto mehr Resultate. Wir wissen ja, was die Verhaltenspsychologie in dieser Beziehung aus den Primaten herauszuholen im Stande ist. Dabei geht man daran vorbei, daß zum Beispiel Lesen und Schreiben nicht eine für sich stehende, isolierte Funktion darstellen, durch die Autonomie verbrieft wird, sondern nur im Zusammenhang mit dem täglichen Leben gesehen werden kann (um es überspitzt auszudrücken kann man einen durch geistige Behinderung nicht zum Lesen und Schreiben fähigen Menschen gut zu einem normalen Leben führen, wenn man die Bedeutung dieser Funktionen verschiebt, während die zum Ziel des Lesens und Schreibens geführten sonderschulischen Bemühungen niemand nützen, der im Heim lebt). Heilpädagogik sollte (wenn man diesen Fachbereich überhaupt bestehen lassen will) also genau wie die Physiotherapie nicht nach den unmöglichen Zielen drängen, sondern nach dem Möglichen suchen, d.h., auch hier wieder die Prognose bevorzugen. So könnte vermieden werden, daß man jahrelang hinter Zielen herrennt — und der behinderte Mensch mit, um dem Erzieher oder dem Therapeuten nicht zu mißfallen —, die andressierte Normalität darstellen, sich aber nie zu wirklichen Alternativen, z.B. beruflicher Art, im normalen Lebensraum auswachsen. Ein bezeichnendes Beispiel ist die alphabetische Schulung bei behinderten Menschen mit einer Trisomi 21 (7), die nur eine Illusion für die Eltern darstellt und die eigentliche Leistungsfähigkeit nicht im geringsten beeinflußt.

Wie sieht dies alles nun in der Praxis aus?

A.
Was den Respekt des ganzheitlichen Zusammenhangs anbetrifft, soll

1. der therapeutische oder der pädagogische Ansatz durch eine strategische Beurteilung der im Längsschnitt sich darbietenden Möglichkeiten vollzogen werden und zwar vornehmlich in der Achtung des Kindes und seiner Fami-

lie in ihrer Ganzheit. Dies bedeutet, ein Kind mit Behinderung und nicht einen Behinderten behandeln, d.h. ein Kind, das handeln, geben und schöpferisch tätig sein kann;

2. die Rehabilitation von ihrem medizinischen Heilungsbegriff befreien, jede Behandlung auf das unbedingt Unerläßliche reduzieren und auf den geringsten Zeitraum beschränken (genau das Gegenteil der Vorstellung Mehr Therapie = mehr Resultate). Jeder übertriebene, nicht unbedingt notwendige ärztliche, psychologische oder pädagogische Eingriff erhöht die Gefahr der inneren und äußeren Isolierung des Individuums;
3. die therapeutische Übung, die therapeutische *Sitzung* vermeiden in der Überzeugung, daß vor allem im Kleinkind, das schwer durch Zukünftiges zu motivieren ist, es sehr viel konstruktiver und weniger schädlich ist, so zu handeln, daß an Stelle der Übung die Erfahrungen im täglichen Leben vorgezogen werden, deren Zusammenhang und Motive ihm ohne weiteres zugänglich sind und es befriedigen. Dies bedeutet fast immer, das fachliche Soll zu dekodifizieren, um das therapeutische Anliegen in das Leben des Kindes und seiner Familie einzuführen. So werden der Therapeut, der Neuropädiater, der Psychologe und der Pädagoge nicht zu Alleinwissenden und Alleinhandelnden, sondern Berater in der Übersetzung bestimmter fachlicher Kenntnisse in die Sprache des täglichen Lebens, d.h. er wird Förderer von Normalität und Autonomie. Ebensowenig wie der Therapeut die Delegierung der Aufgabe zu behandeln annehmen sollte, ebensowenig wird er sie der Familie übergeben, denn nichts ist gefährlicher für die Kind-Eltern-Beziehung, als Mutter und Vater zu Therapeuten zu machen. Der zur Bewegungsprothese oder zur geistigen und seelischen Stütze abgestempelte Therapeut oder Heilpädagoge verdammt den Patienten zur lebenslänglichen Therapie.

B.

Was speziell den Fachbereich Physiotherapie anbetrifft muß unterstrichen werden,

1. daß sich die physiotherapeutische Wirkung nicht auf die Fähigkeit der Heilung des Defekts aufbaut, sondern auf den Versuch, Normalität zu fördern. Wir sagten schon, daß es in der organischen Struktur keine pathologischen Pattern gibt. Was z.B. in der speziellen Motoskopie (8) als solche erscheint, ist in Wirklichkeit eine Pathologie von Pattern, die an sich normal sind. Der Defekt besteht im Fehlen von Alternativen oder im Fehlen einer funktionellen Organisation. Die Behandlung fußt deshalb nicht auf der Inhibition (Hemmung) oder der Heilung des pathologischen Phänomens, sondern in seiner *Überwindung* durch den Aufbau eines weitläufigeren und besser organisierten Repertoires, das für eine größere Freiheit der operativen und funktionalen Entscheidungen gebraucht werden kann. Dies geschieht aber nur durch das Hervorheben der Handlungen, die möglich sind. Semeiotik der positiven Aspekte ist zugleich Semeiotik der Prognose, auf der die therapeutische Entscheidung aufbaut. Neuromotorische Physiotherapie, in der wir lange Erfahrung haben, ist deshalb per definitionem Teil der Medizin der Gesundheit, weil sie nicht die Krankheit heilt (den Defekt), sondern das Individuum — im Sinne von „from cure to care". Das Resultat wird durch den Umfang der im Gesamtbild der Persönlichkeit gebildeten Fähigkeiten und nicht durch die Reduzierung der Pathologie ermessen.

2. daß der Therapeut, der auf diese Weise aufbauend handeln will, versuchen muß, eine Situation entstehen zu lassen, in der auch unter fachlichem Aspekt ein therapeutischer Dialog entsteht. Dazu muß er überzeugt sein, daß das Kind Hauptperson seiner eigenen Entwicklung ist. Dialog heißt aber Handlungen vermeiden, die nur den Charakter des Reizes haben.

Man kann behaupten, daß es fast immer möglich ist, im Alltag und in den normalen Lebenssituationen Gelegenheiten zu finden, die die Wiederholung einer

Allgemeine Gegenüberstellung	
Medizin der Krankheit	**Medizin der Gesundheit**
Der Defekt	Die Kompetenz
Gegenstand der Behandlung: der Kranke, der Behinderte, der nach Behandlung Suchende	Der Bürger
From cure...	...to care
Aufteilung in Fachbereiche	Ganzheitliche Dienstleistungen
Modelle des teilhaften Handelns: Reflexe, Tests, Entwicklungsphasen.	Modelle des strukturellen Handelns: Ganzheit des Individuums in Bezug auf seine physische und soziale Umwelt
Gegenwart	Zukunft
Erwarten von Antworten (Reize)	Beobachten von schöpferischen Vorschlägen; Dialog. Amae.
Negative Semeiotik (Screening der Pathologie) Analytische Erfassung	Positive Semeiotik (Screening der Gesundheit) Strukturelle Erfassung
Vorbeugung der Krankheit Therapie des Defekts	Förderung der Gesundheit

...und in der Rehabilitation

Therapeutische Übung Die therapeutische Sitzung (die Behandlung wird dem Therapeuten delegiert)	Erfahrung Beratung (der Therapeut steht mit seinen Kenntnissen zur Verfügung)
Kenntnis von Methoden	Fachkenntnis
Isolierung Trennung vom eigentlichen Lebensraum	Teilnahme und Leben in der sozialen Umwelt

Tabelle 2

gewünschten Bewegung begünstigen, so auch Übung in der Erfahrung und durch Handeln in der Normalität in allen Bereichen möglich ist, in denen es *notwendig* wird, Schwierigkeiten zu kompensieren oder Alternativen zu erarbeiten.

Der Vorschlag, so vorzugehen, daß die Normalität übt, ist so verstanden worden, daß es genüge, einfach mit dem Kinde zu spielen. Aber das geht am Problem vorbei: es handelt sich vielmehr darum, *in der normalen Tätigkeit des Kindes die therapeutischen Qualitäten zu erspüren* und sie so zu leiten, daß sie zu Gewohnheiten werden. Nur so können die alternativen Fähigkeiten im pathologischen Grenzbereich gefördert und die Prepotenz der pathologischen Entscheidungen gemildert werden.

Diese Einstellung verlangt ein weitaus größeres Fachwissen, als die Kenntnis der einen oder der anderen Methodik vorschreibt, weil sie die einfühlende Fähigkeit des Beraters erfordert. Aber noch rigoroser kommt es zur Aufwertung der medizinischen und überhaupt der fachlichen Kompetenz und damit zur Fähigkeit, für die *Gesundheit* richtig zu handeln, wenn man den so stark verschwommenen Begriff der Rehabilitation schärfer definiert. Z.B. *Demedikalisierung der Gesellschaft*, wie man es im Italienischen ausdrückt, kann in der Tat nicht ein Verzicht auf die Leistungen der Medizin bedeuten. Es geht vielmehr darum, herauszuarbeiten, was wirklich Sinn und Aufgabe der Medizin oder der Psychologie oder der Pädagogik ist (vgl. Tab. 2). Therapie ist dann der fachliche, spezifische Einsatz, um ein funktionelles Defizit in der oben vorgeschlagenen Weise zu reduzieren. Rehabilitation ist dagegen jeder nicht-medizinische Einsatz der Gemeinschaft, um die Isolation der Behinderten zu vereiteln. Deshalb sollte man nicht von rehabilitativer Therapie sprechen.

Die Erreichung der persönlichen Autonomie ist das individuelle Korrelat der Rehabilitation und diese ist Aufgabe der Gemeinschaft. Eine solche Klarstellung ist unerläßlich, denn der Medizin aufzutragen, die Ängste zu lösen, die der Behinderte im Bürger, in der Familie und in der sozialen Umwelt produziert, bedeutet, die Medizin ihrer eigentlichen Aufgabe zu entfremden. Rehabilitation hat pädagogische, psychologische und sozialfördernde Aufgaben; Medizin beschäftigt sich, in der Bemühung um den Behinderten, mit seinen funktionellen Möglichkeiten. Die in dieser Weise zum Ziel gesetzte Integrierung

Maßnahmen zur Förderung Behinderter				
Erlangung von Funktionen (Individuum)			Integration	**Rehabilitation** (Gemeinschaft)
Therapeutischer Einsatz		Für die Autonomie des Patienten		Verhinderung von Isolation
Direkter Einsatz des Therapeuten	Verschreibungen			
Physiotherapie Sprachtherapie Therapeutische Übungen	Korrekte Haltungen und Bewegungsweisen Therapeutische Apparate	Prothesen und andere technische Hilfsmittel		Abbau von psychologischen, sozialen und architektonische Barrieren Fürsorge

Tabelle 3

Behinderter ist aber nicht logische Folge der Therapie, sondern geht ihr voraus. Genauer noch: um Therapie wirksam sein zu lassen, muß von vornherein verhindert werden, daß Integration notwendig wird, denn der Begriff setzt ja eine vorangegangene Isolation voraus. Rehabilitiert ist der Behinderte aber nicht, wenn er durch Therapie von seinem Defekt befreit ist, sondern wenn ihm von vornherein dazu verholfen ist, mit seinem Defekt in der Gemeinschaft zu leben, in der Normalität, durch die allein seine Rehabilitation Wahrheit wird (vgl. Tabelle 3). In diesem Sinne dürfte es den Begriff der Rehabilitation gar nicht geben, und viel korrekter wäre es, von all den Initiativen zu sprechen, die verhindern, daß schon das behinderte Kind — etwa durch falsch verstandene Therapie — an den Rand gedrängt wird.
So ist zu verstehen, daß man in Italien versucht, eine Art der Behandlung des behinderten Kindes durchzusetzen, die es nicht sich selbst entfremdet, die es im Bereich der Familie nicht zu etwas Besonderem abstempelt und die es nicht von den anderen Kindern im Recht des gemeinsamen Lebens und Lernens unterscheidet.
Daher die Eingliederung aller behinderten Kinder — möglichst von den ersten Lebensmonaten an — in die Kinderkrippen und später in die Kindergärten, daher die vom italienischen Gesetz sanktionierte Aufnahme aller behinderten Kinder in die Regelschule. Schule ist dann nicht mehr das Sieb, durch dessen willkürlich bestimmte Maschen nur die sogenannten Guten fallen, sondern soll zu einem der vielen Lebensbereiche werden, in denen Kinder im engsten Kontakt mit der sozialen und kulturellen Realität ihres Lebensbereiches spielen und lernen.
Schon vor dem Schulbesuch wird das behinderte Kind die therapeutische Hilfe erfahren haben, die seinen wirklichen Bedürfnissen gerecht wird und seine Persönlichkeit sowie die zukünftige Realität seiner vielleicht nicht reduzierbaren Behinderung in Betracht zieht. Der frühe Kontakt der nichtbehinderten Kinder mit den behinderten vermeidet die Isolation des erwachsenen Behinderten weit besser als z.B. der im Grunde sehr formale und vom mitmenschlichen Gefühl weitentfernte Abbau architektonischer Barrieren oder die Linienbusse für Behinderte.
Gesundheit fördern heißt also für den Bereich der behinderten Menschen: nicht krank werden lassen, was nicht krank, was nur fremder und manchmal mühevoller ist.

Verwendete Literatur:

Brazelton, T.B., Koslowski, B., Main, M.: The effect of the infant on its caregiver, in: Lewis, M./Rosenblum, L.: The Origins of Reciprocity. J. Wiley & Sons, New York 1974

Gaddini, R.: Abuso e riabilitazione — Relatione al convegno „Aspetti psicologici della riabilitazione infantile". Firenze, novembre 1981

Ianniruberto, A., Tajani, E.: Ultrasonographic study of fetal movements. Seminars in Perinatology, Vol. 5, Nr. 2, 1981

Popper, K.R., Eccles, J.C.: L'io e il suo cervello. Armando Armando. Roma 1981

Sherrington, C.: The integrative action of the Nervous System. Cambridge University Press 1947 (Erstausgabe 1906)

Winnicott, D.W.: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli. Firenze 1975

Probleme behinderter Kinder – Therapie als Hilfe oder Hindernis

Monika Aly, Krankengymnastin, Berlin

Es wird heute viel von Integration behinderter Kinder geredet und praktiziert. Integriert werden kann aber nur jemand, der vorher ausgesondert wurde. Und diese Aussonderung geschieht in erster Linie durch eine scheinbar genaue diagnostische Eingrenzung der Probleme und einem darauffolgenden Therapiesturm; in zweiter Linie vollzieht sich die Aussonderung institutionell. Ich möchte hier nicht auf die Frage der staatlichen Aussonderung und Regeleinrichtung eingehen, sondern auf das Therapieproblem.

Bei der Therapie steht meist nicht das ganze Kind im Mittelpunkt, sondern nur ein Aspekt oder ein defektes Teil. Für Eltern behinderter Kinder stellt sich die Frage der Therapie oft schon sehr früh; darin wird ein ganz besonderer Fortschritt gesehen. Durch eine ständige Ausweitung der Früherkennungs- und Risikoberatungsstellen, die oft längst durch ihr Spezialwissen den Blick für das gesamte Kind in seinem sozialen Umfeld verloren haben, steht der einzelne Defekt, den es therapeutisch zu bearbeiten gilt, im Vordergrund. Es wird versucht, die Probleme diagnostisch einzugrenzen; Gesundheit und Individualität werden dabei eingeengt. Die Diagnosen sind aufgrund des sehr jungen Gehirns ungenau, dienen aber als Rechtfertigung therapeutischer Maßnahmen. Insbesondere haben diese Spezialberatungsstellen ihre Rückwirkungen auf die *einfachen* Praktiker, die nur – um eben nichts falsch zu machen – das Risiko sehen und dann prophylaktisch und pauschal mal eben Therapie verordnen. Ob Spezialist oder nicht, ob die Diagnose sicher oder unsicher ist, Behandlung wird auf jeden Fall angeordnet, nach dem Motto: „Schaden kann Therapie jedenfalls nicht". Das geht schnell von den Lippen der Spezialisten und rechtfertigt eine oft jahrelange Therapie nach bestimmten Methoden; zur Zeit eben Bobath (1) oder Vojta (2). Für uns Therapeuten führt eine Ausweitung therapeutischer *Fälle,* die auch z.B. retardierte, in der Entwicklung *verspätete* Säuglinge betrifft, zu einer scheinbar höheren Erfolgsquote und damit auch zu einer größeren Selbsteinschätzung therapeutischer Möglichkeiten. Das extremste und gleichzeitig lächerlichste Beispiel ist Vojta, dessen berühmte 96% Erfolgsquote ganz einfach nur auf der Basis krankbefindender Fehldiagnosen eigentlich gesunder Säuglinge zustandekommt. Den Eltern wird Panik eingejagt. Sie haben nicht mehr zu entscheiden, ob Therapie oder nicht, welche Methode etc.

Versäumen wir denn etwas, wenn die Therapie nicht früh genug anfängt? Es ist richtig, daß ein sog. „plastisches" Hirn eher mit Reizen und Anregungen gefüttert werden, es daher mehr aufnehmen und lernen kann. Aber ein kleiner – vielleicht cerebral geschädigter Säugling – hat doch nicht nur ein bewegungstechnisches Problem. Gerade wenn er aufgrund einer Frühgeburt länger im Krankenhaus bleiben mußte, muß er in erster Linie das nachholen, was jeder gesunde Säugling bis dahin erlebt hat: Eine angstfreie Beziehung zu seiner Umwelt, insbesondere seinen Eltern, einen ruhigen übersichtlich geordneten Tagesablauf und eine *Stillung seiner* Bedürfnisse. Dann erst hat ein Säugling die Bedingung und Möglichkeit, sich lustvoll und aktiv zu bewegen. Wenn wir aber sofort darauf starren, daß sich seine Bewegungen nicht im gewünschten Muster

vollziehen und sie durch geschickte Griffe versuchen zu korrigieren, so kann ihn dies in seiner Entwicklung mehr hemmen, als wenn wir das kleine Kind zu *eigenen* Bewegungen ermuntern. Es geht bei cerebralgeschädigten Kindern oder Erwachsenen in erster Linie um den Erwerb ihrer eigenen Körperbeherrschung. Auch ein Säugling mit motorischen Problemen darf nicht nur durch raffinierte Reizgriffe zu *normalen* Bewegungen angeregt werden, sondern muß unter günstigsten Umwelteinflüssen *seine* Bewegung selbst beherrschen lernen und die pathologische versuchen zu verhindern. Und das über den ganzen Tag und eben nicht nur in der einzelnen Therapiestunde. Nach der Bobath-Lehre werden durch die Hemmung der *Pathologie* normale Bewegungen angebahnt. Wie oft erleben wir es, daß die Bewegungen gar nicht wirklich angebahnt werden, das Kind von selbst nicht in die therapeutisch gewünschte Stellung kommt und unser Bemühen künstlich bleibt. Wir Therapeuten sind mit unseren Griffen schnell bei der Hand, bevor wir überhaupt wissen, was dieses Kind hindert, normale Bewegungen durchzuführen. Dies kann man in erster Linie durch ruhige und sorgfältige Beobachtung herausfinden — und nicht, wenn man selbst auch unter dem Streß von Therapiezwang und -erfolg steht.

Zunächst braucht ein Kind Umweltbedingungen, die ein reifungsadäquates Agieren ermöglichen. Jeder Lernprozeß ist nur möglich, wenn die morphologisch-strukturellen Voraussetzungen der Gehirnreifung dazu herangewachsen sind. Nicht ein einzelner Reiz setzt die Gesamtheit der Sensomotorik (3) in Gang, sondern eine Fülle von Umwelteinflüssen. Das Imitieren als normal erkannter Bewegungsmuster kann als Versuch zum Aufbau der Körperhaltung akzeptiert werden, durchgreifendes sog. „Bahnen" bedarf jedoch einer komplexeren Beeinflussung des Gesamtverhaltens und führt dann nicht zu *normalen* Haltungen und Bewegungen, sondern zu einer *optimalen*, vom Schädigungsgrad des Gehirns abhängigen Körperbeherrschung, die willkürlich kaum von der Behandlung noch vom Kinde kosmetisch modifiziert werden kann.

Die Meilensteine der Entwicklung, die Ärzte wie Hellbrügge aus München publizieren und die in den Bücherschränken vieler Eltern als wichtige Richtlinien stehen, sind gleichzeitig Grenzsteine. Sie lassen kaum eine individuelle Entwicklung zu und versetzen die Eltern eher in Unsicherheit, als daß sie hilfreich sind. Wir Therapeuten verbreiten durch den heutigen Methodenzauber allerdings — natürlich auch für uns — die Hoffnung, Krankheit und Behinderung im Griff zu haben. Spezialisierung führt bei uns nicht dazu, einen Mensch komplexer zu sehen *mit* seinen Problemen, sondern die Defekte abzutrennen und sie zur Krankheit zu ernennen. Die Analyse einer Störung ist die Analyse nur eines Faktors der Entwicklung. Sie stellt nicht das Potential des Kindes in Rechnung, mit dieser Störung in seiner Umwelt fertig zu werden.

Früherkennung darf also nicht heißen Jagd nach Krankhaftem, sondern zunächst Beobachtung des gesamten Kindes. Somit wird dann auch die Frühdiagnose der Cerebralparesen (Bewegungslähmungen aufgrund einer Hirnschädigung) zu einem Nebenprodukt der allgemeinen Untersuchung im Hinblick auf die normale Entwicklung. Wenn sich nun ein Kind aufgrund genauer und häufiger Beobachtung nicht zu entwickeln scheint oder Zeichen einer cerebralen Schädigung sichtbar werden, muß eine Therapie einsetzen. Dabei ist es wichtig, den Respekt vor dem Säugling oder Kind, seines Rhythmus', seiner Art und Weise, auf seine Umwelt zu reagieren, in den Vordergrund zu stellen. Wenn man diese Voraussetzungen im Kopf hat und weiter überlegt, daß Bewegung eine Grundausdrucksform des Individuums ist, das mit seinen zwischenmenschlichen Beziehungen auf die Gesellschaft bezogen ist, dann kann man auch von

krankengymnastischer Therapie sprechen. Diese sollte sich immer an den Ansätzen und Möglichkeiten des jeweiligen Kindes orientieren. Nicht der Therapeut darf bestimmen, was das Kind lernen soll, sondern wir müssen versuchen, die Fäden der Normalität aufzugreifen. Positive Zeichen – was das Kind schon kann – haben viel mehr prognostischen Wert als die negativen, der Defekt selbst. Das wird jeder einsehen. Die Schwierigkeit liegt aber gerade im abwar-

Übung nach Bobath

tenden Beobachten, was von uns viel mehr Erfahrung und Sicherheit verlangt, als die blinde Früh- und Frühsttherapie, deren diagnostische Grundlage immer fraglich ist. Die *Therapieerfolge* sind dann doch oft nur das einfache Ergebnis von Fehldiagnosen, die Defekte größer gemacht haben, als sie tatsächlich waren. Wir müssen dem Kind Gelegenheit geben, seinen Fähigkeiten entsprechende sinnvolle Bewegungsformen selbst zu finden, um *sein* Optimum erreichen zu können. Eine Therapie kann meiner Meinung nach bei einem hirngeschädigten Menschen dessen Bewegungsmöglichkeiten unterstützen, verbessern oder stabilisieren, aber nicht komplett korrigieren. Erfahrung ist immer der Übung vorzuziehen. Ein Mensch, der weder gelernt hat, sich mit seinen *falschen* Bewegungen zu bewegen noch mit den *richtigen* Bewegungen zurecht kommt, dem hat Therapie auf jeden Fall geschadet.

Ich möchte kurz auf die gängigen Methoden eingehen: Es sind die nach Bobath und nach Vojta. Beiden Methoden ist gemeinsam, daß die Pathologie im Vordergrund steht, daß sie nicht auf eine genaue und abwartende Beobachtung der Krankheit setzen, sondern auf überstürzte therapeutische Maßnahmen, um *richtige normale* Bewegungen *anzubahnen.*

Das Problem dieser Methoden liegt nicht darin, daß es sie gibt, sondern daß sie kritiklos von vielen Therapeuten als unanfechtbare einzige Möglichkeit an-

gewendet werden, um cerebralbewegungsgestörten Menschen zu helfen. Das geht soweit, daß sich Krankengymnasten minderwertig und unqualifiziert fühlen, wenn sie noch keinen *Kurs* haben. Der Run zu diesen Fortbildungen ist dementsprechend. Mir ging es auch so. Ich glaubte vor dem *Kurs* nicht meinen eigenen Beobachtungen, da ich meinte, zu wenig Pathologie zu sehen, somit unqualifiziert zu sein. Ich meine trotz meiner Kritik, die ich nicht falsch verstanden wissen möchte, daß wir uns als Krankengymnasten alle Techniken und auch eine Methode, wie die der Bobaths aneignen müssen, um aber dann nicht nach *Bobath* behandeln, sondern nach der uns eigenen immer neu durchdachten Weise. Das setzt viel mehr voraus, als nur richtig erlernte Griffe.
Die Methode Vojta lehne ich ab, weil das Kind hier nur als *Reflexmaschine* vorkommt und keine seiner Bewegungen selbst bestimmen kann. Eine Erfahrung der eigenen Möglichkeiten wird beim Kind unterbunden. Die Eltern werden zu Co-Therapeuten degradiert, die unter einem ständigen Leistungsdruck stehen. Dabei sind die ca. viermal pro Tag durchzuführenden Zwangsübungen meist auch noch vergeblich.

Behinderung wird heute oft als angeblicher Mangel rechtzeitiger und richtiger Therapie oder als Mangel elterlicher Mitarbeit bewertet. Am wenigsten will man sich vorstellen, daß sich die Behinderung trotz Therapie nicht ändert. Viele meiner Kollegen sprechen inzwischen gerade dann von „Elternanleitung", wenn sie selbst die Therapie für das Kind nicht mehr rechtfertigen können. Den Eltern werden die für ihr Kind angeblich richtigen *Griffe* für den Alltag beigebracht, hier und dort eine kleine Veränderung als Hilfe in der Wohnung. Man versucht — und mir geht das auch oft so —, krampfhaft am Problem Kind festzuhalten, ohne sich zu trauen, eine Entscheidung zu treffen. Trauen wir

Übung nach Vojta

uns wirklich nicht oder brauchen wir das *Problem* zur Aufrechterhaltung unserer Daseinsberechtigung als Therapeuten? Schwerwiegende Probleme, z.B. mit größeren Spastikern, verdrängen wir, uns fällt nichts mehr ein, die Eltern haben mehr oder weniger gelernt, alleine damit zurecht zu kommen. An kleinen Problemen bleiben wir aber gerne kleben, sie sind auch übersichtlicher und noch nicht so komplex.

Die viel besprochene, so schnell von der Hand gehende Elternanleitung, die Elternberatung, Elternarbeit, Elterntraining, Patientenführung oder gar die Schulung zum Co-Therapeuten beschreiben insgesamt eine Praxis, die ich ablehne, weil hier in freundlicher und gleichzeitig autoritärer Weise die Verantwortung für den Therapieerfolg auf die Eltern verschoben wird und darüberhinaus unter dem Vorwand therapeutischer Notwendigkeit, eine fast totale Einmischung in das Privatleben anderer Menschen gerechtfertigt wird. Unterstützung für die Eltern kann nützlich sein, wenn man mit ihnen z.B. Ernährungsprobleme bespricht, ihnen hilft, Hilfsmittel für das Kind zu Hause zu bauen — sie also nicht versucht unmündig zu machen, indem man ihnen einen supermarktartigen Hilfsmittelkatalog in die Hand drückt. Die Eltern zu anstehenden Arzt- oder Krankenhausbesuchen zu begleiten, kann sehr wichtig sein, setzt aber voraus, daß wir selbst souverän sind im Hinblick auf mögliche Operationen oder Medikamentierungen. Elternhilfe darf sich nicht dahin erstrekken, ihnen neurophysiologische Griffe beibringen zu wollen, um Übungen mit ihren Kindern zu machen oder auch zeitraubende sinnlose Gipsschalentorturen durchzuführen, die in keinem Zusammenhang stehen. Diese Art von Anleitung ist oft eher unser schlechtes Gewissen, die Krankheit nicht genügend im Griff zu haben oder sie nicht als Zugehörigkeit zum Kind akzeptieren zu können.

Wie geht es aber dann erst den Eltern, denen wir eigentlich helfen wollen? Sie müssen doch Eltern des ganzen Kindes bleiben und nicht nur des Problems.

Wie schnell erkennen wir alle Probleme, wie schnell lenken wir den Blick nur noch auf den Defekt und sind oft ganz versessen darauf, noch mehr davon zu erkennen bzw. uns auf andere normale Alltags- oder Erziehungsprobleme zu stürzen. Wir können schlecht akzeptieren, daß Eltern Probleme nicht oder anders sehen, sie nicht unseren guten hilfreichen Anweisungen Folge leisten, uns vielleicht trotz größter motorischer Schwierigkeiten gar nicht wichtig nehmen. Wir fragen uns dann: Können die Eltern vielleicht die Behinderung nicht überschauen? Überschauen nur wir es? Müssen wir sie deshalb entmündigen *für* ihr Kind? Müssen also *wir* an die Zukunft ihres Kindes denken? Müssen türkische Familien wegen ihrer behinderten Kinder ihre Kultur aufgeben und sich *unseren* Vorstellungen von therapeutisch vorgegebener Norm *für* ihre Kinder anpassen? Ich denke dabei an Forderungen wie sich an mehrere Bezugspersonen zu gewöhnen — also nicht nur an die Mutter. Eine Ärztin sagte mir neulich bei einem Hausbesuch bei einer türkischen Familie, die wie viele türkische Familien auf dem teppichbedeckten Boden leben: „Für Tesslime muß ein Tisch her, damit die Mutter in Eßtherapie eingeführt werden kann." Aussonderung noch innerhalb der Familie? In diesem Sinne wurde einer anderen Mutter geraten, ihr Kind auf der Rolle zu füttern. Sitzt die übrige Familie auch auf der Rolle oder am Tisch?

Ich habe einmal in einer Behinderteneinrichtung in Florenz gearbeitet und dort gelernt, was es heißt, Respekt gegenüber der Familie zu haben, sie zu achten in ihren Entscheidungen und Familienbräuchen. Es ist klar, daß die Eltern unsere Anregung brauchen. Sie brauchen diese Anregung und Unterstützung eigentlich gar nicht so sehr von uns professionellen Therapeuten, sondern sie

brauchen sie überhaupt von allen, ganz einfach weil ein behindertes Kind die Eltern auch frustriert und ihre Phantasie und Kraft erlahmen läßt. Daß diese anderen Menschen, die Nicht-Therapeuten, oft keine Unterstützung geben, hilflos wegblicken, die Verantwortung wegschieben oder mitleidig untätig sind, hat viele Gründe, aber ein wichtiger Grund ist der, daß es uns Therapeuten überhaupt gibt: Dadurch nehmen wir den ungelernten Menschen Mut, die selbstverständliche Verantwortung und ihre eigene praktische Phantasie. Wir machen sie durch unsere Techniken und Diagnosen zu verunsicherten *Laien*, die sich nichts mehr zutrauen. Das ist der Weg, über den wir *behandelten* behinderten Kindern mehr schaden als nützen können. Das heißt jetzt nicht, daß wir unsere Hände in den Schoß legen sollen. Es ist ein Denkanstoß, der uns über unsere negative Rolle als Therapeut zum Nachdenken zwingen soll.

In Therapie-Sondereinrichtungen, so wie der unseren in Berlin, wird die *gruppenintegrierte Therapie* diskutiert und auch praktiziert. Das heißt, daß die Kinder zur Therapie nicht mehr aus der Gruppe geholt werden, sondern in ihrem Gruppenalltag gefördert und therapiert werden sollen. Meiner Meinung nach kann es nicht Ziel sein, pädagogische Arbeit und Therapie miteinander zu vermischen oder gar das bißchen Alltag in der Kindergruppe einer therapeutischen Sondereinrichtung noch zur Therapie zu machen. Es ist viel wichtiger, die Eigenständigkeit und den Wert der pädagogischen Arbeit des Kindergartens, insbesondere in einer Sondereinrichtung, stärker herauszustellen. Das schließt eine Zusammenarbeit zwischen pädagogischen und therapeutischen Kräften nicht aus. Der Erzieher braucht sicher auch die Information und Beratung durch uns, die Therapie ist dem pädagogischen Alltag einer Kindergruppe jedoch immer unterzuordnen.

Wie sieht das aber in Sondereinrichtungen wie der unseren aus, in denen es fast nur Gruppen mit schwerbehinderten Kindern oder Jugendlichen gibt? Da geht

Übung nach Robath

und Vojta

es doch gar nicht wirklich um Therapie in der Gruppe, sondern um pflegerische, in den Alltag eingeordnete Maßnahmen. Niemand will unterscheiden, was Therapie und was pflegerische Hilfe ist – am allerwenigsten wir Bobath- oder Vojtatherapeuten. Wir verkaufen alles als Therapie, auch wenn sie keine Schritte in Richtung Heilung bewirkt. Deswegen ist das, was wir tun, nicht falsch – das Durchbewegen von Schwerbehinderten oder auch Atemübungen sind sehr wichtig –, aber es ist keine Therapie, sondern pflegerische Hilfe. Wir wissen auch, daß die gängigen Methoden weder für diese Kinder gedacht, noch überhaupt sinnvoll sind. Pflegerische Hilfen auch von uns sind im Gruppenalltag sehr wichtig im klaren Unterschied zu sogenannten gruppenintegrierten therapeutischen Maßnahmen.

Die Begriffe *Diagnostik* und *Therapie* gehörten ursprünglich zum medizinischen Bereich. Mit der Zeit wurde der Begriff Therapie auch für Tätigkeiten angewandt, die nicht unbedingt dem medizinischen Bereich zugehören. Inzwischen hat dies zu einer regelrechten Inflation von Diagnostik und Therapie im außermedizinischen Bereich geführt. Der diagnostische und therapeutische Anspruch ist von Berufsgruppen übernommen worden, bei denen im Grunde pädagogische Momente im Vordergrund ihrer Arbeit stehen.

Therapie und *Pädagogik* sind historisch gewachsene Begriffe, die beide neben dem stehen, was wir als die normale Entwicklung des Menschen bezeichnen. Therapie will Abweichendes *heilen*, um *Normales* möglich zu machen. Pädagogik will die normale Entwicklung auf ein Ziel orientieren. Statt sich dem obersten Ziel, der normalen, freien Entwicklung unterzuordnen, werden beide Absichten vermischt und es entstehen Absurditäten wie *therapeutische Pädagogik* bzw. *pädagogische Therapie.*

Eine Erzieherin einer Sonderkindergruppe machte mir dies an folgendem Beispiel klar: Bei einem spastischen Kind versuchte man in der Therapie, mühselig das Gleichgewicht herzustellen. In der Gruppe aber, wenn es am Tisch malte, nach Buntstiften griff, schien es dem Kind kein großes Problem zu sein, sein Gleichgewicht zu halten. Es *wollte* nämlich malen. Sie sagte, die Kinder machen vieles im Rahmen der Gruppe, auch ohne Therapeutin, was sie im Labor der Therapeuten nicht tun.

Gibt es einen Therapieerfolg? Jeder braucht für seine Arbeit gewisse Erfolge. Wir auch. Es ist schwer, bei hirngeschädigten Menschen zu wissen, worauf eine positive Weiterentwicklung zurückzuführen ist: Hat die Therapie Ersatzzellen mobilisiert? Waren es die adäquaten Umweltbedingungen? Brauchte dieses Gehirn einfach länger, um sich zu entwickeln? Hat es sich deshalb trotz oder wegen der Therapie weiterentwickelt? Unsere Therapieerfolge lassen sich meines Erachtens damit erklären, daß es zum einen vielleicht eine Fortentwicklung therapeutischer Möglichkeiten gibt, daß aber zum anderen durch den Frühbehandlungsboom von *Risikokindern* viel zu viele Kinder therapiert werden, die nichts haben.

Ich glaube in letzter Zeit immer weniger an einen wirklichen Therapieerfolg. Ich konnte oft feststellen, daß die Kinder auch nach längerer Urlaubszeit oder Unterbrechung nicht mehr Probleme hatten und sich durchaus, in ihrem Rahmen, auch ohne Therapie fortentwickelt haben. Es spricht viel dafür, die Therapie gelegentlich auszusetzen, um zu sehen, ob sie notwendig ist. Vieles, was wir machen, ist ja auch nicht Therapie, bzw. wir haben keine therapeutischen Ziele. Bei näherem Hinsehen handelt es sich oft um rein pflegerische Maßnahmen.

Es geht bei dauerhaft behinderten Kindern oft eben nicht um Therapie und das damit verbundene Heilungsziel, sondern es geht z.B. darum, Muskelkontrakturen (Gelenksteife) vorzubeugen, die Durchblutung und Atmung zu fördern, Spannungsübungen bei Muskelschwund und Sensibilitätsanregungen durchzuführen etc. – Kurzum: mögliche Folgeschäden zu verhindern oder wenigstens zu verlangsamen. Solche pflegerischen Ziele sind in unserer krankengymnastischen Arbeit mit Kindern mit Cerebralparesen (CP) durch den Methodenzwang Bobath und Vojta verdrängt worden. Wir haben selbstverständlich immer therapeutische Ziele im Auge, auch wenn es keine realen Ziele zu erreichen gibt. Unser Erfolgszwang mit den neurophysiologischen Methoden läßt es nicht zu, daß wir ohne *Fortschritts*-Ziele arbeiten. Und das natürlich umso mehr, wenn wir fachlich spezialisiert sind. Gerade in der Behandlung mit cerebralgeschädigten Menschen ist es wichtig zu entscheiden, welches Ziel man verfolgt, welche Prognose das Kind hat und dies auch mit den Eltern zusammen bespricht.
Nach meiner Erfahrung hat das Therapierungsbemühen auch seine Grenzen: Ein C.P.-Kind bleibt ein C.P.-Kind, wir können es nicht gesundtherapieren. Wir müssen klar sehen, daß fehlende Hirnsubstanz nicht zu ersetzen ist. Wir können auf die Ersatzleistungen anderer Zellen nur bedingt rechnen und auch dann nur, wenn wir nicht nur die Bewegung im Kopf haben. Wir können jedenfalls dem Kind, und auch den Eltern, durch hartnäckigen Therapiestreß den restlichen Mut und die Selbstsicherheit nehmen. Gerade Mut und Selbstsicherheit brauchen sie aber! Von daher sind Therapien nur sinnvoll, wenn sie kurzfristig und sichtbar nützlich sind. Wichtiger sind Überlegungen zu frühzeitigen Schuhkorrekturen, operativen Maßnahmen und phantasievollen Hilfsmitteln. Diese können ein Kind vor oft jahrelanger nervenzermürbender Therapie bewahren – eine operative Maßnahme steht dann am langen Ende doch noch an.

Ich möchte keinen Feldzug gegen jegliche Therapie führen. Ich möchte nur klar machen, wie eng die Grenzen der Therapie sind. Es ist sehr leicht, mit einem Karren voller Techniken und Methoden an einen Menschen heranzufahren mit dem Motto „Irgendwas wird schon passen". Viel schwerer ist es, aufgrund sorgfältigster Beobachtung Fähigkeiten zu unterstützen, die dem ganzen Menschen nützen. Wir Therapeuten dürfen nicht zu einer *lebendigen Prothese* für die Bewegung eines Menschen werden. Das Individuum muß in seiner Bewegung – als seine Grundausdrucksform – respektiert werden. Erfahrungen sind immer Übungen vorzuziehen. Dies sind wichtige Voraussetzungen für eine sinnvolle und vielleicht nützliche Therapie. Dazu brauchen wir in erster Linie Erfahrung, einen eigenen Kopf zum Überlegen, viele Kenntnisse und erst dann auch Techniken.
Da die Therapie Mittel zum Zweck ist, muß das Ziel immer sichtbar und greifbar sein. Sie darf nicht zum Alltag werden, sondern nur über einen überschaubaren, begrenzten Zeitraum stattfinden. Therapien, die bei uns immer beliebter werden (und inzwischen auch immer mehr Ausbildungsstätten wie Pilze aus dem Boden wachsen), wie Psychomotorik, Spieltherapie, Maltherapie, Musiktherapie, Beschäftigungstherapie sind künstliche Therapien, tun allen Kindern gut und könnten in jedem Kindergarten für alle Kinder durchgeführt werden. (Daher sind sie eben keine Therapien.) Jedoch allein die Existenz unserer Sondereinrichtungen fordert geradezu zu einer *Übertherapeutisierung* auf. Sie sind schon deswegen in Frage zu stellen. Ein Rechtfertigungsgrund, um ein Kind in eine Sondereinrichtung zu geben, ist in erster Linie eine Förde-

rung durch Therapie. Eine Förderung mag vielleicht stattfinden, aber der dortige Therapiezwang steht damit in keinem Verhältnis.
Ich möchte mich Milani-Comparetti und Roser (s.S. 77) anschließen, die feststellen: *„Wir wissen, daß die Physiotherapie der Neuromotorik keine heilende (verbessernde) Wirksamkeit gegenüber dem Defekt besitzt, sondern nur auf die Konstruktion von Alternativen zum ‚pathologischen' Pattern Einfluß haben kann. Im Repertoire der im Zentralnervensystem existierenden Automatismen, die wir benutzen, um das tägliche Leben zu meistern, gibt es aber keine ‚pathologischen' Pattern. Z.B. das Pattern der typischen Haltung des Armes eines Hemiplegikers ist als solches nicht pathologisch, denn es wird im Alltagsleben dazu benutzt, eine Tür aufzuziehen. Es handelt sich nicht um ein pathologisches Pattern, sondern um eine Reduktion des Patternrepertoires, um ein Fehlen von Pattern, durch das keine funktionalen Alternativen möglich sind."*
Aus dieser Feststellung geht klar hervor, daß die Physiotherapie nicht ein Übel, das nicht vorhanden ist, kurieren kann, sondern nur Alternativen liefern kann. Mit anderen Worten: die Physiotherapie wie die neurologische Semeiotik können nur das Positive wollen; sie helfen aufbauen, was das Kind tun kann und zwar durch Förderung von Normalität, während es nicht möglich ist, den Defekt zu eliminieren.
Ich möchte mit Milani-Comparetti und Roser schließen: *„Merkwürdigerweise nimmt man es einem Blinden ab, daß er nicht sehen kann und hilft ihm, Alternativen zu finden (wenn er nicht von selbst auf sie stößt), die ihm ein möglichst normales Leben erlauben."*
Dies geschieht aber nicht beim behinderten Kind!

Mütter berichten über ihre behinderten Kinder

Cornelia Bliesner und Uta Lamprecht, Hamburg

Wir haben die Veranstaltung auf dem Gesundheitstag 1981 durchgeführt, weil wir über das reden wollten, was häufig unter den Tisch geschwiegen wird:
Wir sind bis heute noch immer nicht darüber hinweggekommen, daß die Behinderung unserer Kinder auf ärztlichen Pfusch zurückzuführen ist. Wir wollten die Anwesenden darauf aufmerksam machen, daß sie den Ärzten nicht bedenkenlos vertrauen sollen – wie wir es getan haben. Einen Kunstfehlerprozeß zu führen, kostet viel Kraft und Geld, und unsere Kinder werden dadurch auch nicht zu Menschen ohne Behinderung. Wir stehen zu der Behinderung und setzen uns für die Integration behinderter Menschen ein.

Was wir nicht wollen, ist das Mitleid, welches uns entgegengebracht wird, wenn wir von der Behinderung unserer Kinder erzählen. Wir wollen für unsere Kinder eine normale Kindheit, ohne daß ständig an ihnen herumtherapiert wird. Was nicht heißt, daß wir notwendige Therapie ablehnen. Wir suchen nach Möglichkeiten, unsere Kinder nicht wie üblich in Sondereinrichtungen zu geben, sondern in normale Kindergärten, Schulen, Ausbildungsstätten oder/und Betriebe.
Wir sind für die Abschaffung von Heimen und Anstalten. Ein Teil dieses Geldes, was durch die Abschaffung der Sondereinrichtungen vorhanden wäre, sollte den Familien mit behinderten Angehörigen zur Verfügung gestellt werden, damit diese davon eine Haushaltshilfe finanzieren können.
Wir wollen keine blechernen therapeutischen Hilfsmittel, sondern suchen nach Möglichkeiten, *normales* Kindermobiliar so umzugestalten, daß es für unsere Kinder passend wird und kinderfreundlich ist. Die Krankenkassen zahlen für all das, was kein therapeutisch-blechernes Hilfsmittel ist, keinen Pfennig, obwohl diese sehr viel preisgünstiger wären. (Wo bleibt da die so vielzitierte Kostendämpfung?)

Dies waren Punkte, die bei unserer Veranstaltung zu einer regen Diskussion führten. Bei uns wird es nicht beim Reden bleiben; wir wollen und werden handeln.

Froh wären wir, wenn diejenigen, die bei unserer Veranstaltung waren, ebenfalls versuchen, mit uns zu kämpfen.

Bericht über Eva und Malka

Ich bin Mutter einer fünfjährigen Tochter, Melanie, und den Zwillingen Eva und Malka. Meine Zwillinge werden im November zwei Jahre alt. Beide sind mehrfach behindert. Sie können nicht robben, krabbeln, sitzen, laufen oder spechen.
Eva, die Zweitgeborene, hat eine Fallot'sche Tetralogie, das ist ein schwerer angeborener Herzfehler. Dieser Herzfehler beunruhigt mich nicht so sehr, wie die cerebrale Bewegungsstörung, da diese bei beiden vermeidbar gewesen wäre, hätte man damals bei der Geburt einen Kaiserschnitt gemacht.
Unsere Zwillinge wurden am 12.11.1979 in der 35. Schwangerschaftswoche geboren. Erst vier Tage vorher und zwar bei der dritten Ultraschall-Untersuchung, hatte mein Gynäkologe festgestellt, daß es sich um eine Zwillingsschwangerschaft handelte. So hatte ich nicht sehr viel Zeit, mich auf diese Situation einzustellen.
Die Wehen traten am Sonnabend, den 10.11.1979 gegen 23.00 h im Abstand von 15 Minuten ein. Gegen 1.00 h nachts entschlossen wir uns, in die Klinik zu fahren. Dort stellte die Hebamme fest, daß der Muttermund bereits 3 bis 4 cm geöffnet war, und bereitete mich auf die Geburt vor. Gegen 2.30 h erschien gähnenderweise die diensthabende Ärztin; sie entschloß sich nach einer Untersuchung, nochmals eine Ultraschalluntersuchung zu machen. Dabei stellte sie ein Gewicht von ca. 2000 Gramm je Kind fest und konnte auch sehen, daß sich das erste Kind in einer Steißlage befand.
Daraufhin teilte sie mir und meinem Mann mit, sie würde die Geburt gerne noh um eine Woche hinauszögern; das wäre besser für die Kinder. Damals glaubten wir ihr noch, und so hing man mich an einen wehenhemmenden Tropf und spritzte mir zusätzlich etwas zur Förderung der Lungenentwicklung bei den Kindern. Aufgrund dieser Medikamente bekam ich ein fürchterliches Zittern in den Beinen, worauf man mich mit Valium vollpumpte; daraufhin schlief ich natürlich ein.
Der nächste Tag, der 11.11.1979, war recht ruhig für mich. Die Wehen waren weg, nach wie vor war ich am Tropf und am Wehenschreiber angeschlossen. Ich bekam Essen, z.B. Rosenkohl, wie alle anderen Patienten auch und keine Schonkost.
Gegen 23.00 h abends konnte ich auf dem Wehenschreiber wieder Wehentätigkeit erkennen und kurz darauf verspürte ich sie auch. Gegen 24.00 h kam die Ärztin. Da es ein Wochenende war, war es auch immer noch die gleiche. Sie meinte zu mir, daß die Geburt wohl nicht länger aufzuhalten sei und brachte mich direkt in den Kreißsaal. Dann rief sie meinen Mann an, der bei der Geburt dabeisein wollte. Während der Wehen mußte ich die ganze Zeit liegen, bekam keinerlei Mittel, auch keine Peridural-Anästhesie (1), nach der ich öfters fragte, da die Wehen sehr bald in kurzen Abständen auftraten und ich es trotz guter Atemtechnik nicht mehr aushalten konnte.
Die Zeit verging und nichts passierte. Die Wehen wurden schlimmer und ich fragte immer wieder, warum denn kein Kaiserschnitt gemacht wird. Dieses hielt man anscheinend nicht für nötig, oder man wollte den Oberarzt nicht aus seinem Sonntagsschlaf herausholen. Zwischenzeitlich sprengte man bei mir beide Fruchtblasen.
Gegen 6.00 h erschien kurz ein anderer Arzt, der wohl etwas zu sagen hatte, und entschied dann *endgültig*, ein Kaiserschnitt wäre nicht nötig. Dabei hörte ich, wie die Ärztin zu ihm sagte: „Aber die Frau kann doch nicht mehr!" Dann

endlich, so gegen 8.15 h am 12.11.1979, es war ja bereits Montag, verspürte ich die ersten Preßwehen und plötzlich war es voll im Kreißsaal, nachdem wir so manches Mal ganz alleine gelassen wurden. Der Kinderarzt wurde geholt, es waren mehrere Hebammen und Ärzte da, und um 8.35 h wurde dann endlich Malka als Steißlage geboren. Man legte sie mir kurz auf den Bauch, wobei ich sehen konnte, daß sie ziemlich blau war. Dann nahm der Kinderarzt sie mir weg. Nun wartete man auf die Geburt von Eva.
Meine Wehen waren weg. Nach 30 Minuten gab man mir ein wehenförderndes Mittel. Daraufhin bekam ich sofort wieder Preßwehen und Eva wurde um 9.05 h geboren. Ich bekam sie überhaupt nicht zu sehen, erst Minuten später brachte man sie mir *zum kurzen Anschauen.* Sie war in dieser Alufolie verpackt, und ich konnte nur ihr tiefblaues Gesicht sehen.
Abends gegen 19.00 h konnten wir sie zum ersten Mal auf der Intensivstation sehen. Eva, die Zweitgeborene, lag im Inkubator (2) mit einem Geburtsgewicht von 1.990 Gramm, sie war 43 cm lang und hatte einen Kopfumfang von 30 cm. Malka, die Erste, lag im offenen Inkubator, mit einem Geburtsgewicht von 2.400 Gramm, einer Länge von 43,5 cm und ebenfalls einem Kopfumfang von 30 cm. Nach Aussage des Arztes ging es ihnen gut, und sie hatten angebliche Apgarwerte (3) von 8/9/10. Nachträglich für uns unvorstellbar.

Unsere erste Erleichterung, daß alles gut gegangen war, wurde am zweiten Tag nach der Entbindung zunichte gemacht. Der Oberarzt der Intensivstation teilte uns telefonisch mit (er hatte nämlich schon Dienstschluß), daß unsere Kinder wahrscheinlich Zwitter sind. Nach einer Woche, ich war inzwischen zu Hause, konnte man uns sagen, daß dieses nicht stimmt, man hatte sich geirrt. Merkwürdig erschien ihnen allerdings eine Hypertrophie der Klitoris (4), die auf eine Hormonstörung hinweisen könnte. Man entschied, einen ACTH-Belastungstest (5) zu machen. Danach wurden die Kinder auf die Säuglingsstation verlegt.
Zwei Tage nach diesem Test traten bei den Kindern die ersten BNS-Krämpfe (6) auf, und auch der Verdacht auf ein adrenogenitales Syndrom (7) wurde am gleichen Tag aus dem Labor bestätigt. So stellte man Eva und Malka sofort auf Luminal und Rivotril (8) ein und ließ zusätzlich von Hoechst Hydrocortison bringen, da dieses nicht vorrätig war.
Es ging den Kindern nicht gut. Sie wurden an einen Tropf gelegt, und die Ärzte und auch wir hatten Angst, daß es sich um die schlimmste Form dieser Hormonstörung, nämlich ein adrenogenitales Syndrom mit Salzverlust handeln könnte. Der einzige Arzt, der uns über diese Krankheit informierte, war der Oberarzt der Intensivstation. Der zuständige Arzt auf der Säuglingsstation hielt es nicht einmal für nötig, sich mit uns zu unterhalten, als es den Kindern noch schlechter ging. Man entschloß sich, die Kinder zur Uniklinik zu geben. Dort wurden sie ein wenig aufgepäppelt, auch mit dem Essen klappte es dann ganz gut. Es wurden mehrere EEG's (9) gemacht; man meinte, es seien wohl keine Krampfkinder, und so reduzierte man langsam die Krampfmittel. Was sie weiterhin bekamen, war Hydrocortison und D-Fluoretten 500.
Sechs Wochen nach der Entbindung bekamen wir die Kinder auf unseren Wunsch hin endlich nach Hause. Sie bekamen acht Mahlzeiten täglich, pro Mahlzeit brauchten wir bis zu 1 1/2 Stunden. Man sagte uns auch, sie brauchten wohl Krankengymnastik, womit wir Anfang Januar 1980 begannen. Wir hatten dann bald viele Schwierigkeiten mit dem Füttern. Entweder aßen sie gar nicht oder spuckten alles wieder aus. Wir entschlossen uns nach sechs Wochen,

sie nochmals ins Krankenhaus zu geben, da dieses Spucken auch auf ein adrenogenitales Syndrom mit Salzverlust hinweisen konnte. Aus diesem Krankenhausaufenthalt wurden für Malka 3 Monate und für Eva 3 1/2. Man bekam das Spucken nicht in den Griff und sondierte (10) sie. Hier wurde auch ein neuer ACTH-Belastungstest gemacht, bei dem festgestellt wurde, daß die Kinder gar kein adrenogenitales Syndrom haben.
Bei Eva wurde eine Herzkatheter-Untersuchung gemacht, da sie ständig beim Schreien blau wurde; dabei bestätigte sich der Verdacht auf eine Fallot'sche Tetralogie. Zwei Tage später wurde sie operiert. Nach dieser Operation traten bei ihr wieder BNS-Krämpfe auf, und sie wurde erneut auf Rivotril eingestellt. (Dieses Medikament bekommt sie heute noch!) Auch machte man bei beiden Kindern Computertomogramme (11), durch die sich herausstellte, daß beide einen Hirnschaden erlitten hatten. Diesen Hirnschaden führte man zurück auf Sauerstoffmangel während der Geburt.
Nachdem man Malka soweit hatte, daß sie alleine trinken konnte (wir waren auch jeden Tag da und hatten es probiert), bekamen wir sie nach Hause. Meine Krankengymnastin war entsetzt, wie schlecht Malka körperlich war, und wir vermuteten, daß sie im Krankenhaus wieder gekrampft hatte.
Eva bekamen wir zwei Wochen später nach Hause, *nur* unter der Bedingung, daß wir zu Hause eine Krankenschwester haben. Dies bezahlte die Krankenkasse. Eva mußte immer noch sondiert werden, da sie keinen Saugreflex hatte. Wir haben zu Hause immer wieder versucht, sie zu füttern und *irgendwann* fing sie an, vom Löffel zu essen.
Die Krankengymnastik fing sofort wieder an. Wir hatten uns nach anfänglichem Bobathturnen entschlossen, auf die Vojta-Therapie überzuwechseln. Zu dieser Methode konnte ich nie ein Verhältnis entwickeln und durch den *Streß* auch nicht zu meinen Kindern. Die Vojta-Therapie hatte mich physisch und psychisch kaputtgemacht, ich mochte auch lange nicht zugeben, daß ich *das* nicht schaffe! Heute turnen wir mit beiden Kindern nach Bobath, aber das Wichtigste bei aller Therapie ist für uns die Integration unserer behinderten Kinder in unsere Familie und in die Gesellschaft. Liebe und Zuwendung ist für uns heute das Wichtigste für unsere Kinder.

Zur Familiensituation

Daß ich überhaupt die Zeit finde, über die Familiensituation zu schreiben, liegt daran, daß Cornelia im Moment auf meine Kinder aufpaßt und ich mich einmal ungestört zurückziehen kann. Das ist sonst überhaupt nicht möglich. Die Kinder beanspruchen einen von morgens bis spät abends. Man kann nicht mehr abschalten und einmal an sich denken. Heiner und ich haben kaum noch Zeit füreinander. Wenn er von der Arbeit kommt, sind wir beide mit den Kindern beschäftigt. Einfach mal in Ruhe sitzen und sich unterhalten gibt es nicht mehr. Ständig fordern einen die Kinder. Am Wochenende läuft es etwas besser, da wir uns die ganze Arbeit teilen können. Manchmal fühle ich mich alleine gelassen, aber einer muß ja das Geld verdienen. Wenn Heiner zuhause ist, hilft er wirklich.
Am Mittwochabend mache ich Englisch. Ich freue mich auf den Abend, da ich dann mal raus kann. Auch meine Eltern nehmen mir die Kleinen mal ab, damit

ich etwas erledigen kann. Aber ich fühle mich ständig gehetzt und unter Zeitdruck. Sicherlich ist das auch mit drei nichtbehinderten Kindern so, aber da ist die Zeit absehbar und die Kinder werden selbständiger. Und vor allem ist die psychische und physische Belastung nicht so groß. Ich muß die Kinder ständig tragen. Oft trage ich beide zugleich, weil es einfach nicht anders geht. Das merkt man körperlich, wenn man das, wie ich, nun schon seit 2 1/2 Jahren macht. Es sind immerhin gut 40 Pfunde, die sie auf die Waage bringen. Die Leute sehen das, aber es gibt kaum jemand, der sagt: „Ich nehme Ihnen ein Kind ab und helfe Ihnen." Die meisten lächeln nur nach dem Motto: „Toll, wie die Mutter das alles schafft." Oft spreche ich die Leute an und bitte um Hilfe. Aber ich habe dazu nicht ständig den Nerv. Oder Bemerkungen wie: „Gut siehst Du aus! Deine drei Kinder sieht man Dir wirklich nicht an!" Muß ich mich denn erst total gehen lassen, damit die Leute merken, daß ich vielleicht *ihre* Hilfe brauche. Ich bin nicht bereit dazu. Ich will bei all den Belastungen doch auch noch leben. Ich feiere gerne und bin gerne ausgelassen. Ich freue mich über kurze Momente, in denen ich mal abschalten kann. Nur irgendwie holt mich der Alltag immer wieder ein. Wenn das Gespräch auf behinderte Menschen kommt, was oft auch durch mich geschieht, kann ich ganze Nächte darüber reden. Irgendwie brauche ich das zu meiner eigenen Bewältigung. Sicherlich gehe ich damit vielen auf den Nerv, aber das interessiert mich nicht. Ich will, daß auch sie merken, daß man dieses Thema nicht einfach kurz abhandeln kann.
Eine häufige Frage: „Wie geht es denn Melanie? Wie kommt sie mit ihren Schwestern zurecht?" Ich kann sagen, daß sie die beiden sehr lieb hat. So rechte Vorstellungen, was Behinderung heißt, kann sie sich natürlich noch nicht machen. Sie fragt immer noch, wann die beiden denn laufen können. Das muß ich offen lassen. Überhaupt ist es für sie schlimm, Eltern zu haben, die kaum noch Zeit für sie haben. Drei Jahre war sie Einzelkind und wir haben viel mit ihr unternommen. Wir waren beide ausgeglichen und hatten immer Zeit für sie. Dann kamen die Zwillinge. Fast ein halbes Jahr waren sie im Krankenhaus. Wir sind jeden Nachmittag hingefahren. Melanie mußte bei der Oma bleiben. Sie durfte ja nicht mit rein. Sie ist sehr gerne bei ihren Großeltern und meiner Schwester. Nur wenn man hin *muß*, ist es etwas anderes.

Dann kamen sie nach Hause. Wir waren nur mit Füttern und Therapie beschäftigt. Ich habe damals nach Vojta geturnt. Ich wußte überhaupt nicht mehr, wo mir der Kopf stand. Turnen, Melanies Fragen beantworten, gerade dann wollte sie mit mir spielen. Ich mußte sie ständig abschieben, habe sie angeschrieen und ihr ab und zu einen Klaps gegeben, etwas, das ich früher total abgelehnt habe. Das Ergebnis war ein ständig schlechtes Gewissen. Sie ist häufig bei der Oma geblieben und so ist es auch heute noch. Dort bekommt sie das, was ich ihr nicht geben kann: Liebe — Zuwendung — viel Zeit — einfach ein Sie-Beachten. Irgendwie bin ich froh, daß sie die Großeltern und meine Schwester hat. Ich wüßte oft nicht, was sonst wäre. Ich bin nicht eifersüchtig, daß sie so ein tolles Verhältnis zu ihnen hat, aber das schlechte Gewissen ist eben ständig da, meiner Rolle als Mutter nicht gerecht zu werden. Ich wünsche mir schon, mehr Zeit für sie zu haben, aber oft ist es so, wenn ich die Zeit habe, bin ich so kaputt, daß ich einfach keine Lust habe, etwas zu unternehmen. Es ist ein Teufelskreis, aus dem ich nicht raus komme. In diesem Jahr kommt Melanie in die Schule. Ich hoffe, ich werde die Geduld und Ruhe aufbringen, sie in den Schuljahren zu unterstützen und daß sie mir nicht entgleitet.

Und bei alledem muß man auch noch ständig therapieren. Vojta habe ich nicht durchgehalten. Ich konnte es einfach nicht mehr, die Therapiemethode hat mich bis in meine Träume begleitet. Ich hatte keine Beziehung zu meinen Zwillingen. Erst als ich damit aufgehört habe und angefangen habe, nach Bobath mit ihnen zu turnen, hatte ich Zeit, mit meinen Kindern zu schmusen und habe eine Beziehung aufbauen können. Ich weiß, daß ich viel mehr mit ihnen turnen muß. Ich weiß, wie notwendig das Durchbewegen ist. Aber ich bin körperlich alleine durch das Tragen der Kinder, das Nicht-Ausschlafen-Können, die ständigen Gedanken, die man sich über ihre und unsere Zukunft macht, so kaputt, daß ich oft einfach nicht mehr kann. Und ich glaube, nur jemand, der selbst ein behindertes Kind hat und weiß wie anstrengend das ist, kann sich ein Bild davon machen, was es heißt, zwei Kinder ständig durchzubewegen. Und dieses Durchbewegen ist sehr wichtig für sie, besonders bei Malka, die sonst steifer würde und überall Kontrakturen (12) bekäme.

Es ist wichtig, ihnen zu zeigen, was für Möglichkeiten sie mit ihrem Körper haben. Gerade bei Malka, die mit ihren Augen nicht umgehen kann, da durch die Krämpfe die Umsetzung nicht funktioniert. Ihr muß man in besonderem Maße Körperbewußtsein vermitteln. Wenn ich sie genau in der Mitte fixiert habe, kann ich deutlich sehen, wie ihre Augen arbeiten. Ich bin davon überzeugt, daß sie dann mehr von der Welt erlebt, als wenn sie in ihrem pathologischen Muster bleibt.
Ich hoffe, daß wir die Kraft haben, das durchzustehen. Zum Glück ist die Beziehung zwischen Heiner und mir so intakt, daß wir uns gegenseitig helfen können. Etwas weiß ich mit Sicherheit: in ein Heim gebe ich meine Kinder *nie!*
Es muß eine humanere Lösung geben, zum Beispiel eine Wohngemeinschaft für behinderte und nicht-behinderte Kinder und Erwachsene. Ich bin ständig auf der Suche danach. Leider werden einem solche Wege sehr schwer gemacht.

Bericht über Jasmin

Bei einer gynäkologischen Routineuntersuchung erfuhr ich, daß ich schwanger war. Mir war elendig vor Angst, denn ich hatte etwa fünf Wochen vorher Röteln gehabt. Der Arzt reagierte auf diesen Hinweis mit der Frage: „Wollen Sie das Kind denn nicht haben?" Ich sagte: „Nur wenn ich weiß, daß ich ein gesundes Kind bekomme." Daraufhin wurden in einer Klinik eine Fruchtwasser- und eine Ultraschalluntersuchung vorgenommen. Später wurde mir von meinem damaligen Frauenarzt mitgeteilt, daß alles „in Ordnung" sei. Arztberichte über diese Untersuchungen waren niemals auffindbar.
Ende des sechsten Monats bekam ich rasende Kopfschmerzen, hatte zu hohen Blutdruck und mein Gewicht hatte sich um 30 Pfund erhöht.
Jasmin wurde am 20.4.1979 geboren – fünf Wochen vor dem errechneten Geburtstermin. Die Apgar-Werte waren 3/5/7. Sie wog 1540 Gramm, war 42 cm groß, ihr Kopfumfang betrug 31 cm.
Von meinem Eintreffen in der Klinik bis zur Geburt vergingen 3 1/2 Stunden. Es hätte sofort ein Kaiserschnitt gemacht werden müssen, da das Fruchtwasser gefärbt war (die beiden Ärzte, die die erste Untersuchung vornahmen, sag-

ten: „Fruchtwasser wie Spinat") und die Herztöne meines Kindes sehr unregelmäßig und schwach waren. Warum wurde nicht sofort eingegriffen? Diese Frage stelle ich mir heute oft.
Etwa eine halbe Stunde vor der Geburt sollte ich mich aus meiner liegenden Position aufrichten. Ein Arzt und eine Schwester hielten mich fest. Plötzlich spürte ich einen Stich in meinem Rücken. Ohne Vorwarnung hatte ich soeben die sogenannte Rückenmarksspritze erhalten. Ich will keine Namen von Ärzten oder Kliniken nennen, denn daß mein Kind schwer mehrfach behindert ist, ist eine Tatsache und läßt sich durch Anklage nicht ändern. Ich will lediglich diejenigen warnen, die vielleicht noch Kinder in die Welt setzen wollen; laßt nicht alles mit Euch machen! Fordert und fragt die Ärzte, wenn Ihr etwas nicht versteht, wenn Euch etwas fehlt.

Jasmin kann heute mit 2 1/2 Jahren noch nicht sitzen, krabbeln und laufen. Sie spricht so gut wie gar nicht.
Geturnt wurde mit Jasmin von dem Zeitpunkt an, als sie aus dem Inkubator kam. Das war sechs oder sieben Tage nach der Geburt. Am achten Tag hatte sie ein Atemnotsyndrom in Verbindung mit einem offenen Ductus Botalli (13). Für eine weitere Woche mußte sie in den Inkubator, dann ins Wärmebett und sieben Wochen nach der Geburt kam sie endlich nach Hause.
Zu Anfang brauchte sie sieben Mahlzeiten täglich. Von 7.00 bis 24.00 h war ich damit beschäftigt, Fläschchen zuzubereiten, Medikamente zu geben und stundenlang zu füttern. Jasmin trank, wenn ich Glück hatte, 40 gr. von den vorgesehenen 70 - 90 gr. Als Jasmin 4 1/2 Monate alt war, trank sie so gut wie gar nichts mehr. Die Kinderärztin beruhigte mich mit den Worten: „Dann wird sie keinen Hunger haben, — geben sie doch Zwischenmahlzeiten." Nachdem ich einen zweiten Kinderarzt aufgesucht hatte, und dieser meinte, meine Tochter hätte einen grippalen Infekt, war ich völlig ratlos.
Mit meinem inzwischen fünf Monate alten Kind fuhr ich in ein Kinderkrankenhaus. Nach der Aufnahmeuntersuchung wurde mir gesagt: „Wir werden für Ihre Tochter tun, was wir können, es sieht jedoch sehr schlecht aus. Weshalb sind Sie nicht eher zum Arzt mit ihr gegangen?" Ich bin mit ihr drei- bis viermal wöchentlich beim Arzt gewesen, wenn wir nicht gerade zur Krankengymnastin mußten.
Nach zwei Tagen Krankenhausaufenthalt war Jasmin bewußtlos, lag im Inkubator. Die vorläufige Diagnose lautete: Enzephalitis, Pneumonie, und es lag wahrscheinlich eine Thymusaplasie (14) vor. Am fünften Tag war mein Kind wieder bei Bewußtsein, nach zwei generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (15). Am achten Tag wurde eine Herzkatheteruntersuchung vorgenommen mit dem Ergebnis: alles normal. Der Arzt, der diesen Eingriff vorgenommen hatte, sagte mir jedoch, daß Jasmin keine Pneumonie, sondern eine „Myokarditis und eine Schocklunge" (16) hätte. Weitere sieben Wochen vergingen, ehe Jasmin nach Hause kam.
Doch das war nicht die Jasmin, die ich von *früher* kannte. Sie war nicht mehr spastisch, sie war total schlaff. Sie blickte Löcher in die Luft, reagierte weder auf Geräusche, Personen oder Gegenstände. Nur für grelles Licht zeigte sie Interesse.

Nun ging es wieder zur Krankengymnastik. Nach einem Monat Bobath-Therapie wurde uns von der Krankengymnastin (Landesvorsitzende der Krankengymnastinnen!) nahegelegt, uns andere Therapeutinnen zu suchen, da man mit

Kindern wie Jasmin bei ihr nichts *anfangen* könne!! Ich fragte mich, was ich für ein Kind hätte. Meine Tochter muß irgendwie anders sein, sagte ich mir. Ich hatte Angst. Wo sollte ich hingehen? Wer würde mein Kind und mich annehmen?

Durch eine Verwandte erfuhr ich, daß ein Arzt vor kurzem eine Krankengymnastik-Praxis eröffnet hatte und dieser selbst behinderte Kinder hatte. Er untersuchte Jasmin ungewöhnlich lange und mit einer Menschlichkeit, die mir bislang fremd war. Nach etwa einer Stunde zog ich mein Kind an; dann sollte ich mich setzen. – Was jetzt kam, war für mich der schlimmste Augenblick meines Lebens. Der Arzt sagte: „Ihre Tochter ist schwer mehrfach behindert und ich kann heute noch nicht sagen, ob sie jemals laufen kann. Ich weiß, wie Ihnen zumute ist, ich habe das auch mitgemacht. Sie müßten jede Gelegenheit wahrnehmen, um mit Jasmin zu turnen." Das war alles neu für mich, damit hatte ich nicht gerechnet. Jasmin und ich – wir waren auf einmal alleine, anders. So allein gelassen wie in diesem Moment hatte ich mich noch nie gefühlt. Es dauerte eine Woche, ehe ich mich jemandem mitteilen konnte.

Von nun an gab es nur noch ein Thema für mich: Frühbehandlung für mein cerebral geschädigtes Kind. Erst fing ich wieder mit Bobath an, dann kamen Musiktherapie, später Vojta dazu. Mit 1 1/4 Jahren nahm Jasmin nichts wahr, was um sie herum geschah; sie lebte wie unter einer Glocke, die sie von der Außenwelt abschirmte. Jede Gelegenheit nahm ich wahr, Jasmin zu bewegen, zu lagern, sie mit ihrer Umwelt bekannt zu machen. Mit 1 1/2 Jahren fing sie an zu greifen, etwas später alles in den Mund zu nehmen. Für mich war das wie ein Wunder. Mein Kind griff nach Gegenständen! Der ATNR (17) verschwand langsam.

Ging ich mit Jasmin spazieren, so sagten die Leute, die Jasmin sahen: „Ach das Kleine schläft ja gleich." Das passiert mir heute immer noch. Ich habe aber keine Lust mehr zu erklären, was mit meinem Kind ist, denn immer, wenn ich erzähle, daß Jasmin behindert ist, werde ich bedauert. Sicher ist es schwerer, ein behindertes Kind zu haben als ein nichtbehindertes – aber es ist mein Kind, das ich zur Welt gebracht habe, und wir haben zueinander eine innige Beziehung. Es gibt so schöne Augenblicke in unserem Leben, die manch anderer nicht begreifen und nachempfinden kann. Jasmin hat mir gezeigt, daß es wichtigere Dinge im Leben gibt als Machtkämpfe im Beruf und die maßlosen Wünsche nach irgendwelchen Gütern. Jasmin freut sich über Bäume und Menschen, die sie so annehmen, wie sie ist, über Musik; ja, ganz einfach über Dinge, die nicht käuflich sind. Auch ich mußte lernen, diese Dinge zu sehen und bewußt zu erleben.

In erster Linie wird mir das Leben mit meiner behinderten Tochter durch die Umwelt schwergemacht. Dieses Mitleid von den Leuten, wenn sie erfahren, was mit Jasmin los ist, dieses *Mut machen* wollen mit den Bemerkungen „Das gibt sich noch", „Das ist ein Spätentwickler" drückt mich immer wieder *runter*. Das andere Extrem ist, wenn sich die Menschen abwenden, wie z.B. viele meiner alten Freunde; für ihren Geschmack bin ich zu einseitig geworden. Es geht ihnen auf die Nerven, wenn ich über die Therapien rede, die ich mit Jasmin durchführe, wie ich mich z.B. vor und nach einer Vojtabehandlung fühle, wie mein Kind reagiert und, und... Ich kann endlos erzählen – ein Fehler? Ich meine nein! Da ich mit Jasmin alleine lebe, ist es für mich nicht möglich, all das, was wir erleben, alleine zu tragen. Wahrscheinlich wollen viele meiner Bekannten (die ich früher Freunde nannte) davon nichts mittragen, nicht in das Unnormale mit hineingezogen werden.

Dann sind da diese ewigen Therapien. Bobath, Vojta, Beschäftigungstherapie. Ich komme aus diesem 24-Stunden-Kreis, der mit Therapie beginnt und aufhört, nicht mehr raus. Es mir unmöglich, mein Kind in den Arm zu nehmen, ohne darauf zu achten, die Regeln des *Handlings* zu beachten. Durch Vojta bin ich oftmals so erledigt, daß es mir schwer fällt, Jasmin die Liebe zu geben, die sie braucht. Ich bin dann körperlich und seelisch wie ein ausgepreßter Schwamm. Nur: Vojta in Maßen tut Jasmin gut. Sie ist dann nicht mehr so schlaff wie ein Seidenschal, sie kann sich besser bewegen, entdeckt neue Dinge und zeigt mir ihre Freude darüber.

Betroffene Mütter müssen sich zusammentun

Was folgt sind Gedanken und Worte von uns sowie von Ulla Boeck aus Dortmund und Ingrid Häusler aus München, die sie uns nach dem Gesundheitstag 1981 in Briefen und Gesprächen mitgeteilt haben.

Ursachen der Behinderungen und Lebenssituation

Ingrid: Frank ist schwer mehrfach behindert. Zu Beginn der Schwangerschaft nahm ich die Pille. Obwohl ich den Arzt darauf hinwies, daß eventuell eine Schwangerschaft vorliegt, sollte ich die Pille weiternehmen. Frank wurde mit einem Microcephalus (18) und Bewegungsstörungen geboren. Nach der Geburt hatte er eine schwere Gelbsucht. Frank ist stark verhaltensgestört, er lebt bei mir und meinem Mann zu Hause.
Ulla: Obwohl ich keine Wehen hatte, wurde die Geburt von Sabine am *Stichtag* eingeleitet. Hebamme und Arzt waren sich nicht einig, wie der Wehentropf eingestellt werden sollte. Die Hebamme dosierte ihn hoch, der Arzt, falls er gerade mal so vorbei kam, niedriger. Nach unendlichen Stunden am Tropf war ich ausgepumpt. Nun folgten Valiuminjektionen, Saugglocke, Zange – ohne Erfolg. Der Arzt holte einen anderen Arzt zur Hilfe, der die Zange ansetzte und Sabine endlich zur Welt brachte – schwerstbehindert. Sabine lebt heute im Heim. Ich lebe mit Pejo und Sohn Henning zusammen.
Uta: Vier Tage vor der Geburt erfahre ich, daß ich Zwillinge bekomme. Fünf Wochen vor dem eigentlichen Geburtstermin setzen die Wehen ein, die Wehen

werden mit Medikamenten 24 Stunden (!) unterdrückt – ohne Erfolg. Es folgt eine Tortur ohne Gleichen. Ein Kind ist eine Steißlage, ich komme an den Wehentropf, den Kindern geht es nicht gut, die Herztöne werden schwächer. Als Erste kommt Malka zur Welt, eine halbe Stunde später (!) Eva. Eva ist tiefblau. Beide sind spastisch gelähmt. Malka ist nicht fähig zu sehen, Eva hat einen mittelschweren Herzfehler. Eva und Malka leben zu Hause mit mir, meinem Mann und meiner anderen Tochter Melanie zusammen.
Cornelia: Fünf Wochen vor dem Geburtstermin bekomme ich Wehen und verliere Fruchtwasser. Im Krankenhaus läßt man sich sehr viel Zeit mit der Entbindung meines Kindes, obwohl es meinem Kind schlecht geht. Nach unendlich langer Zeit bekommt nun auch der letzte Arzt mit, daß mein Kind in Gefahr ist. Innerhalb kürzester Zeit ist es nun möglich, Jasmin zur Welt zu bringen – halbtot. Jasmin ist schwer mehrfach behindert; sie lebt bei mir zu Hause.

Eine Frage stellen wir uns heute alle:
„WARUM ICH? WARUM MEIN(E) KIND(ER)?"

Wir haben uns vorgestellt, wie unsere Kinder wachsen, gedeihen, anfangen zu krabbeln, zu laufen, zu reden, wenn sie geboren sind.
Unsere Kinder wurden geboren, sie wuchsen, gediehen schlecht, fingen sehr spät oder gar nicht an zu krabbeln oder zu laufen. Mit dem Sprechen ist es auch nicht, wie wir es uns dachten. Unsere Kinder sind entgegen unseren Vorstellungen behindert. Wir passen nun nicht mehr in das Schema der *heilen Welt.* Was geht in den Köpfen der anderen vor?

Ulla: Nicht nur das Kind ist behindert, sondern die ganze Familie. Sie ist in einer Sonderstellung. Die meisten vergessen, daß jede Mutter vor der Geburt ihres behinderten Kindes auch ihre eigene Geschichte hatte. Unter diesen Umständen ist ein Leben mit einem behinderten Kind umso schwerer, die eigene persönliche Geschichte weiter zu verändern, um sich umfassend wohl zu fühlen und was ich so wichtig finde, auch weiterhin für sein persönliches Glück zu kämpfen.
Cornelia: Mein Leben hat sich total gewendet. Meine Freizeit gestalte ich anders, meine Interessen haben sich verschoben. Daß ich ein behindertes Kind habe, spüre ich in jeder Phase des Lebens. Bei einem nichtbehinderten Kind wäre es, so glaube ich, genauso; jedoch nur so lange, bis ein Kind selbständig wird. Unsere Kinder erreichen wahrscheinlich nur ein Minimum an Selbständigkeit; sie werden ewig von uns abhängig sein. Dieses Abhängigkeitsverhältnis ist besonders problematisch, wenn ein Elternteil alleine diese Aufgabe übernimmt.
Ingrid: Mein Leben wird von Frank total bestimmt. Meine Wohnung kann ich nicht so gestalten, wie ich es mir wünsche. Stelle ich irgendwo einen neuen

Gegenstand in die Wohnung, kommt Frank und beleckt oder zerstört ihn. Eigenen Lebensraum schaffe ich mir durch Öffentlichkeitsarbeit. Nach unserer Veranstaltung beim Gesundheitstag Hamburg eile ich hinüber zum Gesundheitstags-Kindergarten, um nach Frank zu sehen. Mein Schwung ist dahin, als die Betreuer mir von seinem schwierigen Verhalten, von seinen Angriffen auf kleinere Kinder erzählen. Sie sind auch gar nicht begeistert, als ich frage, ob er noch eine Weile dableiben kann. Ich weiß, daß das bei Frank nicht geht, daß er einfach nicht *so nebenbei* in eine Normalgruppe integriert werden kann. Trotzdem tut es weh, fühle ich mich alleingelassen, dazu verdonnert, seine autistische Schale (19) immer wieder aufzubrechen.
Uta: Von dem Augenblick an, als meine Töchter geboren waren, kam ein schreckliches Erlebnis zum anderen. Von Anfang an war es absolut nicht so, wie ich es mir vorgestellt hatte. Mein Leben, das so lebendig war, wurde bestimmt von den Mahlzeiten und Bedürfnissen meiner Töchter. Außerdem forderte und fordert meine nichtbehinderte Tochter mich ebenfalls.

Ein Leben mit dem Kind in der Familie oder Heim?

Ulla: Der junge Student, der bei der Gesundheitstags-Veranstaltung so drastisch die Gettos verurteilte, hatte wirklich keine Ahnung davon, wieso so viele Eltern bzw. Mütter auf Jahre gesehen vor die Hunde gehen. So sehr ich weiß, wie beschissen die Großzahl der Heime ist, so wird aber auch mit der Getto-Formel ein neues Tabu auferlegt. Die Überlegungen nach guten, kleinen, kommunalen Heimen wird unterdrückt, und gute Einrichtungen und schlechte werden in einen Topf geworfen. Dazu kommt, daß dies bei mir und bei vielen Eltern, denen es genauso geht wie uns, auch weiterhin immer wieder Selbstvorwürfe auslöst. Das darf nicht dazu führen, so meine ich, daß immer wieder versteckt gesagt wird, bevor das Kind ins Getto kommt, mußt du es alleine schaffen, egal wie und unter welchen Bedingungen.
Ingrid: Wie können wir die Situation von uns Müttern in dieser Gesellschaft entscheidend verbessern? Wo gibt es Entlastungsmöglichkeiten? Ich weiß nicht, wie lange ich dieses Leben noch weiterführen kann. Da kommen dann noch Mütter von nichtbehinderten Kindern und fragen: „Wie schaffst du das?" anstatt zu sagen: „Ich mache mit." Mir wird Tag für Tag deutlich gemacht, daß ist *dein* Kind, das mußt *du* alleine durchstehen. Abschalten kann ich nur, wenn mir jemand das Kind abnimmt; für ein Wochenende oder einen Abend. Ich habe Angst vor diesen endlosen Wochenenden.
Uta: Bei mir stand von Anfang an fest, daß ich meine Kinder nicht in ein Heim geben will. Bei aller Schwere des Alltags würde ich psychisch draufgehen, schon bei dem Gedanken, meine Kinder wegzugeben. Ich suche immer noch nach einer guten Alternative zum Heim, wie z.B. eine Wohngemeinschaft. Denn es ist mir klar, daß wir es auf Dauer gesehen nicht alleine schaffen.
Cornelia: Bevor ich Jasmin in ein Heim geben würde, weil es für mich alleine nicht mehr möglich ist, sie ständig herumzutragen, würde ich versuchen, Entlastung durch eine Wohngemeinschaft zu bekommen. Ein Heim kommt für mich nur in Frage, wenn ich es körperlich nicht mehr schaffe, Jasmin herumzuschleppen. Ich hoffe jedoch, daß Jasmin zumindest sitzen und krabbeln lernt. Die Vorstellung, Jasmin kann irgendwann laufen, ist für mich unvorstellbar.

Therapie — — ?

Ingrid: Die ganzen Therapien, die in letzter Zeit — zu Recht — ins Kreuzfeuer der Kritik geraten sind, hindern uns daran, unsere Kinder *mit* der Behinderung *anzunehmen.* Wie bewältigen wir diesen Widerspruch?
Uta: Ich habe mit Vojta angefangen in der Hoffnung, meine Kinder gesund zu therapieren. Da dies nicht eintrat, nichts von den Kindern kam, sie ständig schrieen und ich total entnervt, körperlich und psychisch kaputt war, hörte ich mit Vojta auf. So fing ich mit Bobath an und habe seitdem auch ein Verhältnis zu meinen Kindern bekommen — und sie zu mir.
Ulla: Das erste halbe Jahr war ich davon überzeugt, durch Therapie Sabine zum Sitzen zu bekommen. Es kam nichts. Ich hörte mit der Therapie auf, als ich mein Kind ins Heim gab.
Cornelia: Therapien therapiegerecht durchzuführen erfordert Kraft und Zeit. Der Tagesablauf wird durch Vojta z.B. total bestimmt. Der Gedanke, mein Kind immer und ewig tragen zu müssen, gibt mir jedoch die Energie, weiter zu therapieren.

Integration

Uta und Cornelia: Unsere Kinder werden nie unversehrt und makellos sein, trotzdem sind sie ein Bestandteil unserer Gesellschaft. Solange sie klein sind, finden sie auch die meisten noch süß, und es kommen solche Sprüche wie „Das wird schon noch alles". Merken die Leute aber, daß es nicht so ist, ziehen sie sich mehr und mehr zurück und wollen nichts mehr von uns wissen. Dann sind nicht nur unsere Kinder *out,* sondern auch wir Eltern und die Geschwisterkinder. Hier beginnt für uns Eltern der Augenblick, mit unseren Kindern wieder auf unsere Umwelt zuzugehen, den Menschen unsere behinderten Kinder in den Arm zu legen und ihnen zu zeigen: *Wir brauchen Euch!*
Wir können die Ängste der anderen verstehen und müssen von daher unsere Offenheit und Bereitschaft zeigen, andere in unsere Problematik miteinzubeziehen. Wenn wir anderen unsere Kinder in den Arm legen, merken sie, daß es auch Menschen sind. So haben wir den ersten Schritt getan, unsere Kinder von Anfang an der Gesellschaft zuzuführen. Sicherlich werden wir dabei auch oft frustriert, aber wird das nicht jeder von uns mal?
Wir lassen uns nicht isolieren!

(Buchtip des Verlags: „Die programmierte Geburt der Sabine Boeck — Dokumentation einer Auseinandersetzung über Kunstfehler in der Geburtshilfe". Hrsg., Verlag und Vertrieb: Ulla und Pejo Boeck, Düsseldorfer Straße 19, 4600 Dortmund 1. 2. Auflage 1982. 120 Seiten. DM 5,00. Das Buch enthält u.a. Presseberichte, Statistiken und Stellungnahmen zur Geburtshilfe sowie die Urteile aus zwei Instanzen.)

Träumt einer allein,
ist es nur ein Traum.
Träumen viele gemeinsam,
ist es der Anfang von etwas Neuem.
(Brasilianisches Sprichwort)

Frühförderung und Sonderkindergarten – Der Anfang vom Ende?

Ingrid Matthäus, Erzieherin und Arbeitsgruppe Integration, Hamburg

Am Anfang des Jahres 1981 kursierte unter einigen Mitarbeitern unserer Sondereinrichtung für Vorschulkinder ein Aufsatz von Monika Aly zum Thema *Therapieren von Behinderten.* Dieser Aufsatz wurde zum Anstoß für – zunächst vereinzelte – Gespräche über das eigene Unbehagen bei unserer Arbeit, das verschiedene Mitarbeiter schon geraume Zeit hatten. Immer öfter stellten wir uns folgende Fragen:

- Arbeiten wir mit unseren behinderten Kindern nicht viel zu isoliert? Wo und wie geben wir ihnen einen Bezug zu ihrer realen Umwelt? Umgekehrt: isolieren wir unsere Kinder durch unsere Arbeit in der Sondereinrichtung am Rande der Stadt von der Umwelt?
- Ist es wirklich sinnvoll, ein behindertes Kind mit *sanfter Gewalt* normalzutherapieren? Wie sieht ein normaler Mensch überhaupt aus? Setzen wir durch den Zwang des Therapierens nicht alle – uns, die Kinder, deren Eltern – unter Druck?
- Neigen wir nicht ständig dazu, unsere Eltern mit unserem Fachwissen zu bevormunden? Drängen wir sie nicht dadurch in Passivität und Abhängigkeit?

Nach einigen Wochen des Gesprächs zwischen Tür und Angel während der Arbeitszeit, bildete sich eine Gruppe Mitarbeiter aus unterschiedlichen Bereichen zu einer Arbeitsgruppe in der Freizeit. Hier wurden immer detailliertere Fragen über die Arbeit erörtert und nach neuen Wegen und Möglichkeiten gesucht. Doch es entstand zunächst eine wachsende Unsicherheit und Leere. So wurde der Wunsch nach Austausch mit Kollegen und Betroffenen mit ähnlichen Erfahrungen immer größer, von denen Anregungen und neue Aspekte der Arbeit mit Behinderten erhofft wurden. Darum meldeten wir uns zum Gesundheitstag im Herbst 1981 an.

Mit viel Aufregung kam dann für uns nach intensiver Vorbereitung der Tag, an dem unsere zweistündige Veranstaltung angekündigt war. Die meisten von uns hatten noch nie in einem solchen Rahmen geredet, wir hatten Angst vor den vielen Fachleuten, die uns vielleicht scharf kritisieren würden, und wir hatten Befürchtungen, daß man von uns ein fertiges Konzept erwarten würde, waren wir doch ausdrücklich als Arbeitsgruppe gekommen, die das Gespräch suchte und nichts Fertiges vorzuweisen hatte. Um es vorwegzunehmen, die Veranstaltung wurde sehr spannend und interessant, und wir waren hinterher glücklich, diesen Schritt gemacht zu haben.

Der Raum war mit ca. 150 - 200 Personen restlos überfüllt. Es waren hauptsächlich Kollegen aus den sozialen Berufen anwesend, wenige Eltern und Behinderte. Nach einer kurzen Darstellung der Geschichte unserer Arbeitsgruppe begann eine sehr lebhafte Diskussion, in der aus unterschiedlichen Berufsbereichen und Institutionen heraus unser Unbehagen an der Arbeit mit behinderten Kindern geteilt wurde. Immer wieder tauchte die Angst vor zu starken therapeutischen Eingriffen in die Eltern-Kind-Beziehung und einer zu stark auf die *Normalität* ausgerichteten Anpassungsideologie auf. In der Diskussion wurden vor allem folgende Bedenken geäußert:

- Durch Sondereinrichtungen wird den Behinderten die Chance genommen, *normal* zu sein. In solchen Einrichtungen geht allen Beteiligten mit der Zeit der Blick für Normalität mehr und mehr verloren.
- Die Eltern behinderter Kinder werden von den *Fachleuten* entmündigt; ihnen werden zu viele Entscheidungen abgenommen. Ihre Unsicherheit und Hilflosigkeit dem behinderten Kind gegenüber wird verstärkt, anstatt daß ihnen Mut gemacht und Unterstützung angeboten wird, um selbst nach Lösungsmöglichkeiten für ihre Probleme zu suchen.
- Durch die Frühförderung wird die emotionale Beziehung zwischen Mutter und Kind gestört und damit eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung genommen.
- Die Therapeuten denken selbst in Kategorien wie krank — gesund, behindert — normal, leistungsfähig — leistungsunfähig.
- In der künstlichen Umgebung geht die natürliche menschliche Haltung leicht verloren und wird durch eine therapeutische Haltung ersetzt. Dadurch entsteht Distanz anstattt lebensnotwendige menschliche Nähe.

Die Mutter eines behinderten Kindes schilderte sehr eindrucksvoll ihre Erfahrungen mit Ärzten und sonderpädagogischen Einrichtungen, deren Konsequenzen auf ihr Selbstbild und ihre nur auf Therapie ausgerichtete Wahrnehmung

Behinderte und nicht-behinderte Kinder spielen zwanglos und (noch) ohne Vorurteile miteinander.

des Kindes. Sie schilderte auch ihren ganz persönlichen Emanzipationsprozeß, der sie heute zu mehr Selbstbewußtsein, Mitsprache und Toleranz dem Kind gegenüber befähigt.
War bei der Kritik am bestehenden Versorgungssystem und dem Bedürfnis, sich mal alle Sorgen von der Seele zu reden, eine große Übereinstimmung in der Arbeitsgruppe, so wurde die Stimmung doch sehr viel unsicherer, als wir nach Möglichkeiten der Umsetzung suchten. Zwar konnte auf Modelle in Italien und Dänemark verwiesen werden oder auf einzelne Initiativen in unserem Land, aber die große Frage blieb ungeklärt, was mit den vielen bestehenden Sondereinrichtungen geschehen soll, wie die herrschende Ideologie eines *Wir-tun-doch-so-viel-für-die-Behinderten-Denkens*, welches so oft keine Kritik mehr zuläßt, verändert werden kann. Es herrscht viel Ratlosigkeit und Unsicherheit. Zudem galt es ja auch, die Forderung nach Öffnung von Sondereinrichtungen vor den falschen politischen Freunden zu schützen, die unter dem Motto *Einsparung im Sozialbereich* uns lächelnd zur Seite stehen und nicht im Traum daran denken, auch den zweiten Teil unserer Forderung, nämlich eine qualifizierte Förderung und Beratung in den Regeleinrichtungen, zur Kenntnis zu nehmen. Bei vielen Diskussionsteilnehmern wurde deutlich, mit welch großem Selbstbewußtsein sie auch die sog. Normaleinrichtungen kritisieren konnten, denn warum sollte nicht das pädagogische Handeln in Sondereinrichtungen als Maßstab für eine bessere Kindergartenpädagogik gelten?
Als grundlegend wichtig für alle weiteren Überlegungen wurden folgende Punkte gesammelt:

- Behinderte Menschen müssen die Chance erhalten, in ihrer natürlichen Umwelt leben zu können. Sie müßten von vielen getragen werden und nicht ein Problem für wenige sein. Wahrscheinlich wären sie dann kein Problem, sondern uns *Normalen* würde die Chance eröffnet, z.B. unser eigenes Leistungsdenken zu überprüfen. Daraus könnten sich allerdings weitreichende Folgen für unser Schul- und Wirtschaftssystem ergeben.

– Integrationsversuche sollten möglichst im Vorschulbereich beginnen, da es einfacher ist, Aussonderung gar nicht erst zuzulassen, als später eine bereits begonnene Entwicklung zu revidieren.
– Integration ist nur denkbar durch Dezentralisation. Förderungseinrichtungen müssen sich im normalen sozialen Umfeld des Kindes befinden.
– Voraussetzungen für Integration im Schulbereich sind kleine Klassen, Stützlehrer, mobile Therapeuten und Abgehen vom System der Jahrgangsklassen.
– Die Eltern müssen stärker in pädagogisch/therapeutische Gedanken und Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Familien müssen in praktischen Dingen umfassender unterstützt werden als bisher.

Fazit der Arbeitsgruppe: Die meisten Teilnehmer konnten erleichtert feststellen, daß auch viele andere auf dem gleichen Weg sind und daß es gut war, sich darüber zu unterhalten. So konnte dem Unbehagen an der Behindertenarbeit zumindest etwas mehr Mut und Kraft auf dem Nachhauseweg gegenübergestellt werden. Uns war klar, nicht die großen Taten, sondern nur kleine Schritte können den Alltag in unserer Einrichtung verändern. Und das wollten wir auf jeden Fall versuchen.

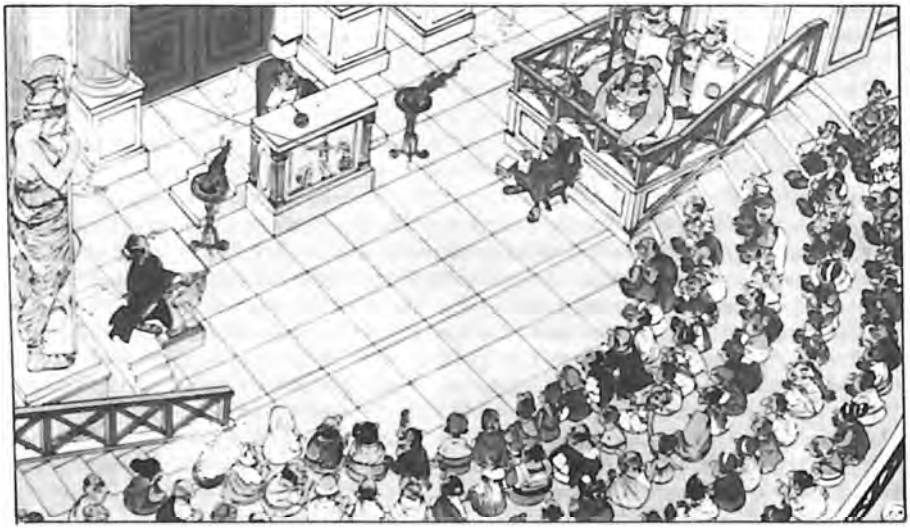
Nach dem Gesundheitstag haben wir zunächst in unserer Einrichtung den anderen Kollegen mitgeteilt, was in unserer Arbeitsgruppe gelaufen ist; das war dann gleichzeitig Ausgangspunkt für mehrere hausinterne Fortbildungsnachmittage und Elternabende, an denen wir versuchten, die für uns offenen Fragen zu klären. Der Plan, eine Arbeitsgruppe hier im norddeutschen Raum zu bilden, wurde bald verworfen, weil wir doch lieber an Ort und Stelle praktische Dinge ausprobieren und nicht noch mehr abstrakte Ideen produzieren wollten.

Aus dem Wunsch, zunächst einmal eine breite Öffentlichkeit zu schaffen, entstand die Idee, einen Laternenumzug bei uns im Ort zu machen, zu dem wir Kinder und Eltern aller bei uns vertretenen Kindergärten einluden. Der Erfolg war umwerfend, es kamen so viele Kinder, daß *unsere* in der Menge richtig untergingen und wir häufiger die Frage hören konnten: „Wo sind denn die behinderten Kinder eigentlich?"

Etwa 14 Tage später luden wir die Erzieherinnen aller Regeleinrichtungen zu einem Gespräch über unsere Situation als Sondereinrichtung ein, zu dem viele kamen. Wir mußten voller Überraschung hören, daß viele erst durch den Laternenumzug von unserer Existenz erfahren hatten. Folge dieses Abends waren zunächst Kinderbesuche aus Regeleinrichtungen, daraus entstanden für unsere Kinder regelmäßige Besuchtstage in anderen Einrichtungen, so daß einige unserer Kinder inzwischen ihre feste Gruppe in einem anderen Kindergarten haben, in den sie einmal pro Woche gehen. Daraus wieder entwickelten sich regelmäßige Gesprächstermine mit den Kolleginnen aus den anderen Einrichtungen, an denen vereinzelt auch Eltern teilnehmen. Nach einem intensiven Gespräch über bereits bestehende integrative Einrichtungen in der BRD (1) mit Mitarbeitern unserer Einrichtung und einigen interessierten Müttern erklärte sich ein Spielkreis mit Vorschulkindern bereit, einmal wöchentlich in unserer Einrichtung zu tagen, zusätzlich kommt auch alle 14 Tage ein Spielkreis, dessen Kinder sich auf unsere Gruppen verteilen.

Früher empfanden wir Eltern, die uns kritisierten, als Bedrohung, und wir konnten sie als *inkompetent* abtun und zum Objekt *intensiver Elternarbeit* machen. Heute können wir zunehmend die Eltern als gleichberechtigte Partner betrachten, mit ihnen Möglichkeiten besprechen, Kinder in anderen Einrichtungen unterzubringen. Wir streben mehr Offenheit den Ideen und Vorstellungen der Eltern gegenüber an und können so hoffentlich bei Entscheidungen

helfen, ohne einseitig zu beeinflussen. Ebenso berücksichtigen wir bei der Einschulung unserer Kinder häufiger die Möglichkeit und Bereitschaft einzelner Regelschulen, behinderte Kinder zu integrieren.
Allerdings hat unser zunehmendes Interesse für Integration auch Konsequenzen für uns selbst an unserem Arbeitsplatz. Wir sägen mit der Tendenz, Kinder auch in Regeleinrichtungen unterzubringen, an unseren eigenen Arbeitsplätzen, und es kann Konflikte geben, wenn wir unser Interesse an einem dauerhaften Arbeitsplatz und die Integrationsvorstellungen gegeneinander abwägen. Dieser Konflikt verstärkt sich durch die geringe Bereitschaft von Vorgesetzten und Verwaltungen, diese Gedanken mitzudenken, stehen bei ihnen doch mehr die Sicherung von Arbeitsplätzen oder der traditionelle Versorgungsauftrag behinderter Menschen im Vordergrund. Auch hier sind noch viele Auseinandersetzungen notwendig, um Klarheit über die eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen zu gewinnen, besonders eben in einer *normalen* Sondereinrichtung wie der unsrigen. Oft kann es auch am Arbeitsplatz schwerfallen, die *neuen Ideen* und die Kritik an dem *alten Zustand* unter einen Hut zu bringen, ohne daß dies auf Kosten der Arbeit mit den Kindern und Eltern geht. Es kostet ganz schön Kraft, unter Bedingungen zu arbeiten, deren Veränderungswürdigkeit immer deutlicher zu erkennen ist.



Die Fragen, über denen hier gebrütet wird, sind:

- Kann Rehabilitation in den normalen Strukturen erreicht werden?
- Kann das Fachwissen der Sonderpädagogik in Nicht-Sonderschulen angewandt werden?
- Kann man die Einstellung einer Gesellschaft so ändern, daß sie alle ihre Mitglieder akzeptiert?

Erziehung oder soziale Hilfe?

Deinstitutionalisierung in Dänemark

Henning Sletved, Erziehungsministerium Kopenhagen
(Die Übersetzung besorgte die Redaktion)

Es ist mir eine Ehre, auf den Gesundheitstag 1981 hier nach Hamburg eingeladen worden zu sein und im Namen meiner Kollegen sprechen zu können. Ich will mit Ihnen über Art und Richtung des Deinstitutionalisierungsprozesses in Dänemark diskutieren. Eine solche Diskussion ist notwendig, weil ich zum einen überzeugt bin, daß in unseren Nachbarländern viele falsche Vorstellungen darüber bestehen, was mit behinderten Menschen in meinem Land geschieht, zum anderen, weil ich davon ausgehe, daß wir uns an der Schwelle zu Veränderungen befinden, die größer sind als in irgendeiner anderen Periode unserer Geschichte.

Wenn man davon ausgeht, daß behinderte Menschen in die normalen Strukturen der Gesellschaft aufzunehmen sind, ist von Interesse, ob es möglich ist, behinderte Menschen – Kinder wie Erwachsene – von Institutionen unabhängig zu machen, zu deinstitutionalisieren. Ich sage das, weil wir in einer Gesellschaft leben, in der nahezu jedes Problem, das im täglichen Leben auftritt, mit Institutionen gelöst wird.

Obwohl es nicht streng logisch erscheinen mag, werde ich doch unter folgenden Voraussetzungen fortfahren:

- Vom Standpunkt eines behinderten Menschen aus liegen Welten zwischen einer sozialen Institution und einer erzieherischen Institution.
- Es gibt in meinem Land unter nichtbehinderten Menschen ein wachsendes Verständnis dafür, daß behinderte Menschen aller Grade und Arten Anteil am normalen Leben haben müssen.
- Man ist nur fähig, die Situation und die Entwicklung zu analysieren, wenn man die politische, theoretische und praktische Ebene miteinbezieht.
- Man muß den Inhalt und nicht nur den äußeren Ablauf des Deinstitutionalisierungsprozesses diskutieren.
- Ich konzentriere mich auf die Probleme behinderter Jugendlicher, aber die im folgenden aufgeworfenen Probleme gelten für alle behinderten Menschen und haben für die gesamte Gesellschaft Auswirkungen.

Das heißt, daß es Auswirkungen hat, wenn behinderte Jugendliche in den normalen Schulen gefördert werden. Dies wird die Entwicklung der Schule insgesamt, aber auch Berufsausbildung und Arbeitsleben beeinflussen.

Das folgende Bild zeigt ein Instrument zur Analysierung eines gegebenen Erziehungssystems. Damit sollen die verschiedenen historischen Entwicklungsstufen unseres Erziehungssystems auf die jeweiligen Merkmale und die Entwicklungstendenzen hin untersucht werden.

Wie es sein sollte

	Information	Erkenntnis	Handlung
Philosophie	Ziele →	Ideologie →	Einstellung
Theorie	Hypothese →	Theorie →	Modell
Praxis	Planung →	Unterricht →	Ergebnisse →

Erziehungsmodell, das den fließenden Entwicklungszusammenhang von Information, Erkenntnis und Handlung zeigt.

Ich gehe hier nicht ins Detail der theoretischen Grundlagen dieses Modells. Angenommen, das Modell ist richtig, dann zeigt es, daß es einen festen Zusammenhang gibt zwischen der politisch-philosophischen Ebene, der Ebene der Theoriebildung und der Handlungsebene. Jede der drei horizontalen Ebenen verdeutlicht die prozeßhafte Entwicklung über die Stufen Information, Erkenntnis und Handlung. Dieses Modell kann nur als Übergangslösung angesehen werden. Im folgenden werde ich die heutige Situation in meinem Land mit der in den frühen siebziger Jahren vergleichen und am Ende einen kurzen Abstecher in die Zukunft machen.

In den frühen siebziger Jahren hatten wir die Absicht, die Lebenssituation für behinderte Menschen zu normalisieren. Diese Vorstellung stand im klaren Gegensatz zur spezialisierten Hilfe für behinderte Menschen. Es wurde immer offensichtlicher, daß sogar schwer behinderte Menschen mehr normale als behinderte Anteile haben.

Das Konzept der Normalisierung schuf Probleme, indem es implizierte, daß eine bestimmte Art des menschlichen Verhaltens unnormal sei. Es diente jedoch der Zielbestimmung auf der politisch-philosophischen Ebene und gab die Richtung an, in die unsere Gesellschaft gehen wollte.

Während dieser Zeit änderte sich die Ideologie radikal, weg von einer der *besseren Menschen*, die in ihrer guten Gesinnung behinderten Menschen helfen, hin zu einer Idee der gleichen Rechte für alle. Viele Probleme bei der Durchsetzung des Normalisierungsprinzips entstanden auf Grund der alten Ideologie. Aber auch die neue Ideologie der gleichen Rechte für alle brachte Schwierigkeiten, da es nicht die gleichen Möglichkeiten für alle gab. Gleiche Rechte sind nicht dasselbe wie gleiche Chancen. Um die gleichen Chancen zu haben, braucht man besondere Unterstützung, um durchs Leben zu kommen. So gesehen bedarf es ungleicher Rechte, um für alle die gleichen Chancen zu schaffen.

Der Weg des Normalisierungsprozesses

	Information	Erkenntnis	Handlung
Philosophie	Ziel: Normalisierung	Ideologie: Gleiche Rechte	Einstellung: Kleine Institutionen
Theorie	Hypothese: Behinderte Menschen werden am besten in Kategorien eingeteilt	Theorie: Allgemeine Pädagogik ist für behinderte Menschen nicht geeignet	Modell: Einteilung der Behinderung in verschiedene Schweregrade
Praxis	Planung: Sonderpädagogische Prinzipien	Unterricht: Spezielle Erziehung in separaten Gruppen	Ergebnisse: Ausschluß behinderter Menschen aus der Gesellschaft

Das Ziel der Normalisierung und die Ideologie der gleichen Rechte – nicht Chancen – führte zunächst nicht zu Deinstitutionalisierung, sondern zur Unterbringung der behinderten Menschen in kleinen Einrichtungen, die netter aussahen, aber in den meisten Fällen das Leben der Betroffenen nicht wesentlich veränderten. „Small is beautiful" (1) war die Parole, die für alle, außer den behinderten Menschen selbst gut war.

Das fehlende Glied zwischen Ideologie und Unterricht

An dieser Stelle muß unbedingt erwähnt werden, daß zu dieser Zeit engagierte behinderte Menschen, einige blinde und zu einem größeren Prozentsatz körperbehinderte Menschen, anfingen, an die Tür der Gesellschaft und der normalen Einrichtungen zu klopfen. Es waren natürlich im Gesamtbild nur wenige, und sie fielen zu Anfang nicht so auf.
Wir verlassen nun die philosophische Ebene und gehen über zu der theoretischen, welche in einer Gesellschaft wie der dänischen zu einem weit größeren Teil als angenommen von der politischen Ebene bestimmt wird. Das läßt sich an den Titeln der pädagogischen Untersuchungsprojekte der besagten Periode erkennen. Der Punkt ist, daß die Forscher im großen und ganzen ihre Hypothesen aus der Zeit der großen Institutionen für behinderte Menschen in der Zeit der kleinen, aufgeteilten Einrichtungen für behinderte Menschen nicht änderten. Sie befanden sich dabei in Übereinstimmung mit der noch herrschenden Ideologie und der mehrheitlichen Einstellung der Bevölkerung. Das heißt, daß die theoretischen Erklärungen und Modelle, die sie produzierten, seit dem ersten Weltkrieg im wesentlichen die gleichen waren.
Der Wechsel der Theorie, der dann kam, war ein Wechsel vom rein positivistisch-psychologischen Denken zum pädagogischen. Sein Ursprung lag in den Klassenzimmern der Regelschulen für Kinder und Jugendliche. Dieser Wechsel in der wissenschaftlichen Theorie bedeutete ein enormes Umdenken für die Förderung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft, wenn auch die Auswirkungen im einzelnen nur sehr langsam sichtbar wurden.
Wenn man die politische Ebene und die Ebene der Theoriebildung der damaligen Zeit aus der Sicht der Deinstitutionalisierung untersucht, kommt man zu dem Ergebnis, daß das sogenannte „Skandinavische Modell" lange Zeit nicht von den Untersuchenden und Wissenschaftlern verfolgt wurde. Der Grund hierfür scheint mir in der politischen Ebene zu liegen, auf der widersprüchliche Ziele, Ideologien und Haltungen angegeben wurden, so daß sich die Wissenschaftler nicht motiviert sahen, den Blickwinkel für ihre Untersuchungen zu ändern. Dies ruinierte das „Skandinavische Modell" lange Zeit, und es hatte keinen richtigen Erfolg. Die Lehrer in den Schulen bekamen keine neuen Materialien und Anregungen für ihre Arbeit, so daß die Sonderbehandlung in den Schulen durch die Bildung spezieller Gruppen fortbestand. Ähnliche Prozesse waren auch in anderen Institutionen zu beobachten. Und natürlich kamen die behinderten Jugendlichen nach dieser Ausbildung nicht vermehrt in das normale Leben der dänischen Gesellschaft weder im Bereich der Arbeit noch der Freizeit noch im Bereich der beruflichen Aus- und Fortbildung.
Die Situation behinderter Menschen in meinem Land vor zehn Jahren bekam international gute Noten, hat sie aber, meiner Meinung nach, nicht verdient. Wenn wir uns die Berufsausbildung für Jugendliche heute, zehn Jahre später, betrachten, finden wir eine ziemlich andere Situation vor:

Entwicklung eines neuen Modells

Das ursprüngliche Vorgehen wurde verlassen zugunsten eines Normalisierungsprozesses, der abgestimmt ist auf die Erfordernisse des individuellen Falles,

Wir gehen heute von der Idee aus, daß gerade die bestehende Variation in den menschlichen Fähigkeiten jedem Schüler oder Auszubildenden das Recht gibt, seine eigene Kompetenz entsprechend allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu entwickeln. Für die politische Handlungsebene hat dies zur Folge, keine aussondernden, speziellen Institutionen zu schaffen. Die politische Aussage ist viel klarer als die entsprechende von zehn Jahren davor.
Vor diesem Hintergrund gab es eine Reihe von Versuchen, die Forschung auf nicht kategorisierenden Hypothesen aufzubauen. Es kam zu theoretischen Erklärungen, welche die ganze Perspektive für behinderte Menschen in normalen Einrichtungen änderte. Der Standpunkt setzte sich immer mehr durch, behinderten Menschen mehr Raum zu geben in der Gesellschaft, da sie selbst *in* der Gesellschaft und nicht *außerhalb* der Gesellschaft stehen wollten.

Die Modelle, die aus einer pädagogisch fundierten Forschung entstanden, sind zur Zeit eher als Konzepte zu charakterisieren, die sie nicht benutzen, als durch eindeutig definierte positive Begriffe. Zum Beispiel besteht allgemeine Übereinstimmung, keine Diagnosen oder Prognosen zu verwenden. Dies ist ein gutes Zeichen dafür, daß die neue Theorie ihren Ursprung in der normalen „Regel"-

	Information	Erkenntnis	Handlung
Philosophie	Ziel: Dezentralisierung	Ideologie: Alle Schüler	Einstellung: Keine Sonderinstitutionen
Theorie	Hypothese: Keine Kategorienbildung	Theorie: Beseitigung des „Behinderten-Konzepts"	Modell: Keine Diagnose! Keine Prognose!
Praxis	Planung: Erfüllung spezieller Bedürfnisse innerhalb des normalen Systems	Unterricht: Verbesserung des Regelunterrichts	Ergebnis: Der neue Weg!

Erziehung hat und nicht in der Sonderpädagogik. Diese Modelle haben viel mehr differenzierte Lernmethoden, differenziertes Lernmaterial und viel mehr Wissen über den Lernvorgang – nicht nur vom Lehrer aus, sondern auch von anderen Bedingungen innerhalb und außerhalb des Klassenraumes – mit sich gebracht als jemals zuvor in der Geschichte der Erziehungswissenschaften meines Landes. In der konkreten Lernsituation im Klassenzimmer ist heute viel mehr Sensibilität des durchschnittlichen Lehrers zu finden als vor zehn Jahren. Die Ursache dieser Entwicklung ist darin zu sehen, daß die Anstöße in den 60er und frühen 70er Jahren von den Sonderpädagogen und Spezialisten kamen, während sie jetzt von der Bewegung innerhalb der normal ausgebildeten Lehrer kommen.

Kommen wir zur Berufsausbildung. Das folgende Schema zeigt, was geschah und wie auch der Weg der anderen Teile der öffentlichen Erziehung sein wird, damit hierin behinderte Jugendliche aufgenommen werden können.

Wechsel in der normalen, öffentlichen Erziehung, Alter 16 - 19

- Mehr Gewicht auf allgemeine als auf spezielle erzieherische Aufgaben
- Mehr Gewicht auf nicht-akademische Aktivitäten
- Unbegrenzte Öffnung, um spezielle Bedürfnisse in den normalen Strukturen befriedigen zu können
- Keine ausschließende öffentliche Erziehung: Zulassungsbeschränkung nur noch zahlenmäßig
- Erziehung zur eigenen Kompetenz in allen Schultypen

Dieses Modell läßt auch noch weiterreichende Schlußfolgerungen zu: In einer Gesellschaft, welche auf der Basis von Chancengleichheit für alle ihre Mitglieder Sorge tragen will, hat ein Behinderten-Konzept im alten Sinne keinen Platz. Alle Jugendlichen brauchen eine Berufsausbildung. Die Vorbedingungen für eine öffentliche und einheitliche Erziehung, die auch den speziellen Bedürfnissen behinderter Jugendlicher gerecht wird, ist auch eine veränderte Lehrerausbildung.

Das Training von Spezialisten ist keine Vorbedingung. Es soll verhindert werden, daß Spezialisten in ihrem Gebiet wieder ihre eigene, allumfassende und künstliche Welt aufbauen und damit das normale Leben behinderter Menschen verhindern. Aber es ist auch nicht daran gedacht, das Wissen der letzten 50 Jahre einfach über Bord zu werfen, zum Beispiel wie man tauben Menschen die Sprache und blinden Menschen die Fortbewegung beibringt. Dieses und ähnliches Wissen wird in der Zukunft durch Beratung vermittelt werden, so daß es nicht die normale Umgebung, in der behinderte Menschen leben, arbeiten, sich erholen und ausgebildet werden, beherrscht.
Es ist in der Vergangenheit von einigen Konservativen gesagt worden, daß dieser Weg, das Leben behinderter Menschen unter den normalen Bedingungen zu ermöglichen, den Ausschluß des Fachwissens einschließe. Das ist natürlich nicht der Fall. Es gibt mehr als einen Weg, Unterstützung und Ausbildung für eine Person zu sichern. Im nächsten Bild ist zu sehen, daß wir mit zwei kombinierten Lösungen arbeiten, um dem Problem gerecht zu werden. Die eine Lösung besteht darin, das Wissen über pädagogisches Vorgehen allgemein zu

Vorbedingungen für das neue Modell der öffentlichen Erziehung, die sonderpädagogische Konzepte überwindet, sind:

15-wöchentlicher Kurs in normaler Lehrerausbildung,

Lehrertraining
zur Führung der Schüler,
zur Führung von Lehrern,
zur Führung der Gemeinschaft

Anschlußkurse für Lehrer, die bereits arbeiten,

fortgesetztes Training von Lehrern, die spezielle Erfordernisse bei hör-, seh- und sprechgeschädigten Schülern erkennen sollen.

erweitern, so daß alle spezifischen Schwierigkeiten der Schüler angegangen werden können, ohne die Schüler aus den normalen Strukturen herauszunehmen. Das ist die wichtigste Lösung.
Die zweite Lösung ist die, die schulische wie die berufliche Ausbildung durch Fachberatung zu unterstützen. An allen Schulen in meinem Land gibt es bereits solche Fachberater. Ziel der Berater muß sein, die Lehrer wie die Schüler zu befähigen, ihre Probleme selbst zu lösen, oder in bestimmten Fällen auch Hilfe von außen anzufordern.

Integrierte Erwachsenen-Ausbildung

Wie sie aus dem Bild ersehen können, handelt es sich direkt um unsere heutigen Probleme. Das Bild gibt Ihnen vielleicht einen Einblick, wie schnell sich die Dinge ändern, nicht nur im Bereich der Berufsausbildung für Jugendliche, sondern auf allen Gebieten unserer erzieherischen Tätigkeit.
An diesem Punkt ist auf das Ziel hinzuweisen, das „Behinderten-Konzept" zu beseitigen, um zu dem Ergebnis zu kommen, alle Auszubildenden in die normale Ausbildung einzubeziehen. Das ist für die berufliche Ausbildung zur Zeit der Fall, da wir allen Auszubildenden eine intensive Förderung anbieten, um ihren selbstgesteckten Zielen nachzukommen. Zu diesem Zweck können Prinzipien der allgemeinen Pädagogik ein gutes Stück weit genutzt werden. In der Tat sind wir auf kein einziges allgemeines Erziehungsprinzip gestoßen, das sich in der allgemeinen Erziehung bewährt hatte und nicht auch für behinderte Menschen angewandt werden konnte. Es konnte bewiesen werden, daß viel sonderpädagogisches Spezialisten-Wissen — wie zum Beispiel behinderte Menschen Informationen von außerhalb aufnehmen, wie sie mit den Informationen arbeiten und daraufhin handeln — einer medizinischen Sichtweise der Dinge

	Information	Erkenntnis	Handlung
Philosophie	Ziel: Abschaffung des „Behinderten-Konzepts“	Ideologie: Alle Schüler bleiben in der normalen Erziehung	Einstellung: Fortwährendes Hilfsangebot, um nach eigenen Wünschen leben zu können
Theorie	Hypothese: Allgemeine Pädagogik-Prinzipien können Anwendung finden zum Nutzen aller Schüler	Theorie: Lehrerausbildung in entsprechender Theorie	Modell: Integration dezentral deinstitutionell
Praxis	Planung: Keine Spezialisten, kommunale Planung	Unterricht: Weniger Gewicht auf eine spezielle Erziehung, mehr Gewicht auf allgemeine Erziehung	Ergebnisse: Kompetenz in verschiedenen Arbeitsbereichen

Arbeit

entstammt und sehr wenig pädagogischen Wert für den Lehrer hat, dessen Problem es ist, den Lernprozeß in den Klassenzimmern und Workshops in Gang zu setzen.

Unsere Erfahrungen sind im großen und ganzen bis jetzt, daß das Wissen, das wir den normal ausgebildeten Lehrern weitergeben müssen, darin besteht, Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten als Lehrer zu haben und ihnen zu zeigen, welche der Fähigkeiten am wichtigsten sind, um besondere Erziehungsprobleme zu bewältigen. An dieser Stelle mag nützlich sein zu sehen, daß wir gelernt haben, daß die Beteiligung behinderter Menschen an der Gesellschaft nicht gelöst werden kann durch die Ausbildung von Spezialisten in einigen traditionell von der Sonderpädagogik hervorgehobenen Behinderungsarten. Auf diesem Weg dauert es zu lange. So wird es niemals funktionieren. Spezialistenwissen wird niemals benutzt, um aus den Ecken der Gesellschaft in den Hauptstrom der Gesellschaft zu kommen, in dem behinderte Menschen leben können sollen. Wie auf dem nächsten Bild zu sehen ist, ist das ein Ergebnis der Veränderungen in unserer Gesellschaft.

Sie erfordern:
- schnelle Veränderung der am Arbeitsplatz erforderlichen Fähigkeiten,
- die notwendige Weiterentwicklung der einzelnen Berufsbilder
- den ständigen Wandlungsprozeß der Arbeitsbedingungen,
- neue Anforderungen an die Ausbildung,

– den lebenslangen Lernprozeß, ständige Fortbildung und
– die Notwendigkeit für den einzelnen, viele Fähigkeiten zu haben.

Im Bereich der Erziehungsziele haben große Veränderungen stattgefunden. Das ist wichtig, weil sich die ganze Anschauung über die Rolle der Schule in unserer Gesellschaft gewandelt hat. Aber noch wichtiger ist, daß sich die Arbeitsbedingungen für junge Leute, wenn sie die Schule verlassen haben, radikal geändert haben. Das bedeutet z.B., daß fast kein Jugendlicher nach neun Jahren öffentlicher Schulausbildung eine Arbeit bekommt. Es wird erwartet, daß der Bewerber für eine Arbeit wenigstens ein bißchen Berufsausbildung hat. Das betrifft auch behinderte Menschen. Wenn man einen Job hat – und bis man den hat, kann man viel Ärger haben – wechseln die Anforderungen innerhalb eines Jobs viel schneller als früher. Als Arbeitnehmer muß man heute seine Fähigkeiten mindestens in der gleichen Geschwindigkeit ändern. Das bedeu-

tet für die behinderten Menschen, daß sie in der Industrie viele entwickelte Fähigkeiten benötigen und sich selbst, wie eigentlich jeder, in einem lebenslangen Ausbildungs- und Umlernprozeß sehen. Dies ändert sicherlich den Wert einer gegebenen Ausbildung.
Alle diese und andere Veränderungen in unserer Gesellschaft hatten zur Folge, daß sich bei allen Schwierigkeiten neue Möglichkeiten für behinderte Menschen eröffneten, und es ist unsere Pflicht zu versuchen, sie zu nutzen.
Das nächste Bild zeigt, wie die Dinge sich verändern werden, wenn wir in der bisher begonnenen Art und Weise fortfahren.
Es ist wichtig, die Idee zu begreifen, den Prozeß, den wir in Gang gesetzt haben, als nur die Momentaufnahmen von heute zu betrachten. Daran ist dann zu erkennen, daß die ganze Art der Ausbildung und Erziehung geändert werden muß, um das Recht auf Ausbildung wirklich für alle durchzusetzen.
Dieser Prozeß ist bei uns begonnen worden, stärker in den öffentlichen Schulen und der Berufsausbildung, weniger in der Erwachsenenbildung. Abgeschlossen ist der Prozeß noch nirgends.

Integrierte Erwachsenenbildung:
Ein Modell für alle Lernenden, um ihre Fähigkeiten zu erweitern

	Information	Erkenntnis	Handlung
Philosophie	Ziel: Jeder hat ein Recht auf Ausbildung	Ideologie: Jeder zieht Vorteile aus differenziertem Unterricht	Einstellung: Jeder sollte seinen Fähigkeiten entchend angeleitet werden
Theorie	Hypothese: Allgemeine Erziehungsprinzipien erfüllen Bedürfnisse aller Lernenden	Theorie: Lehrerausbildung muß die Klassenraumsituation insgesamt reflektieren	Modell: differenzierte Handlungs-Pädagogik
Praxis	Planung: Ausbildungsplanung auf praktische Erfordernisse abgestellt	Unterricht: Problemlösung auf konkreter Basis	Ergebnisse: — veränderungsorientiert — entwicklungsorientiert — lernorientiert

Ein wichtiges Problem besteht zwischen unserem sozialen Leistungssystem und dem Erziehungssystem. Zur Zeit sieht es so aus, daß der Wechsel vom Rehabilitationsdienst, organisiert vom Ministerium für Soziales, zum System der Erziehung und Ausbildung für den einzelnen behinderten Menschen sehr schwierig verläuft. Da ich selbst in beiden Gebieten gearbeitet habe, bin ich sicher, daß wir es mit einem schwerwiegenden Problem zu tun haben. Insbesondere ist es für die behinderten Menschen, die selbst nicht so aktiv handeln können, schwierig, das eine oder andere System je nach Erfordernissen zu gebrauchen.

Das Problem ist auf der einen Seite die Zuteilung von Unterstützung überhaupt, auf der anderen Seite die Art der Entscheidung, die dem Individuum ermöglicht, sein Leben selbst zu bestimmen. Der Konflikt zwischen diesen beiden Systemen ist nicht nur der Konflikt zwischen zwei Philosophien, zwischen zwei theoretischen Erkenntnissen und zwei verschiedenen Arten von Praxis. Es ist ebenfalls ein praktischer Konflikt um die Selbstbestimmungsmöglichkeit der Betroffenen. Aber das Wesentliche ist, daß wir Wege und Strategien finden, damit beide Systeme zusammenarbeiten können zum Nutzen der betroffenen Menschen.

- In Dänemark wünschen wir keine großen Anstalten. Darüber gibt es keinen Zweifel!
- Wir wollen in Dänemark, daß behinderte Menschen nicht länger Menschen zweiter Klasse sind – dafür halten sich Staat und Gemeinden verantwortlich!
- Wir wollen in Dänemark nicht, daß irgendwelche Personen durch irgendwelche auffallenden Merkmale etikettiert werden!
- Wir wollen in Dänemark nicht, daß irgendwer registriert oder getestet wird aus politischen, theoretischen oder praktischen Gründen!
- In Dänemark hat keiner keine Fähigkeiten, solange wir nicht die Fähigkeiten oder Geschicklichkeiten wegnehmen!

Ein Dorf lernt Taubstummensprache

Hällefornas (AFP). In Schweden lernt ein ganzes Dorf die Taubstummensprache, um sich mit dem seit seiner Geburt tauben elfjährigen Per Ola unterhalten zu können. Zunächst hatten auf Betreiben des Elternverbandes von Hällefornas nur die Kinder jeden Montag Kurse in der Taubstummensprache belegt, seit kurzem jedoch folgen auch die Eltern diesem Beispiel. Tsp. 17.7.82

Die Entsorgung findet in den Anstalten statt

Rainer Nathow, Psychologe,
Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, Hamburg

Eine Gesellschaft, die von ihren Machthabern zum ständigen Zuwachs von Leistung, Profit und Konsum verurteilt wird, muß dazu verkommen, die Solidarität mit ihren schwachen und *unproduktiven* Mitgliedern aufzukündigen. Sie muß, um blindlings die von ihr geforderten Leistungen halbwegs zustandezubringen, diejenigen als eine Art von *Müll* ansehen, die dem allgemeinen Hamsterwettlauf nicht (mehr) gewachsen sind. Im folgenden ist die notwendigerweise polemische Rede von den schwächsten Mitbürgern, von den geistig und mehrfach Behinderten. Wie mit ihnen verfahren, *umgegangen* wird, ist von exemplarischer Bedeutung im Hinblick auf die Kehrseite von Leistung, Profit und Konsum.

Als Ende der fünfziger Jahre der Wiederaufbau nach dem Kriege abgeschlossen war, gründete sich die „Lebenshilfe für geistig Behinderte" als erste Bürgerinitiative aus dem Protest dagegen, daß der Staat den geistig Behinderten die Teilhabe an der wachsenden Prosperität vorenthalten hatte und nicht mit der bis 1945 geltenden Doktrin im Umgang mit geistig Behinderten gebrochen hatte. Man war sich lediglich sicher, daß diese nun nicht mehr wie bei den Nazis ermordet wurden. Vor allem im Bildungsbürgertum konnte sich die „Lebenshil-

fe" mit humanitären und caritativen Argumenten Unterstützung sichern und durchaus beachtliche Erfolge bei der Bereitstellung von Hilfe für geistig behinderte Kinder erringen, die zu Hause in ihren Familien lebten. Da geistig behinderte Kinder und Erwachsene der Unterschicht zu jener Zeit entweder ausgerottet waren oder in Anstalten untergebracht waren, mußte die „Lebenshilfe" sich auf ihre Rolle eines Hilfsvereins in der Bourgeoisie für die Bourgeoisie beschränken.
Die geistig behinderten Angehörigen der besitzlosen Klasse waren und blieben von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen und in den Anstalten eingeschlossen. Ihr Elend wurde dem Blick der Öffentlichkeit konsequent entzogen. Die Euphorie des materiellen Aufschwungs durfte nicht durch sichtbares Elend getrübt werden, zumal nicht durch solches, das in weiteren Kreisen der auf der Freßwelle schwimmenden Öffentlichkeit Bestürzung, Besinnung und Scham hätte auslösen können.
Erst 1974 mit der Vorlage des Enquete-Berichts zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik wurde es wenigstens in interessierten Fachkreisen ruchbar: Die Gruppe der 100 000 oder mehr geistig behinderten Anstaltsinsassen wurde als extrem „vernachlässigt" beschrieben. Ihre Einschließung in den psychiatrischen oder anderen Krankenhaus-Anstalten wurde vornehm als „Fehlplazierung" eingestuft. Ihr Leben in den Anstalten sei „von Hoffnungslosigkeit geprägt". Es fehle ihnen an den notwendigsten Hilfen, d.h., die Hilfen waren ihnen vorenthalten worden. Dreißig Jahre nach der Epoche der Ausrottung stellte sich heraus, daß es trotz oder wegen aller Errungenschaften der sozialen Marktwirtschaft ausgerechnet die schwächsten Gesellschaftsmitglieder waren, die von all dem so gut wie nichts profitiert hatten. Zufall?

Heute, acht Jahre nach der Veröffentlichung des Elends, ist zu fragen:
(1) Ist die Deportation Behinderter in die Anstalten („Fehlplazierung") abgeschafft?
(2) Anerkennen die Gesellschaft und vor allem ihre Machthaber geistig Behinderte als gleichrangige Mitbürger?

zu (1): Nach wie vor werden die Schwächsten dieser Gesellschaft in staatlichen, kirchlichen und privaten Anstalten und Heimen untergebracht und somit vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Doch nicht nur das: In den letzten Jahren sind zahlreiche Profiteure nach streng kapitalistischer Logik darangegangen, auch noch auf dem Rücken dieser Schwächsten und Ärmsten ihre skrupellosen Geschäfte zu machen. Sie eröffneten Großheime mit noch schlechterer personeller Ausstattung, als dies in den psychiatrischen Großeinrichtungen der Fall ist, und sorgten dafür, daß ihre Heime mit *Pflegefällen*, also überwiegend geistig und mehrfach behinderten und alten Menschen, aus den psychiatrischen Einrichtungen heraus aufgefüllt wurden. Die hierbei kalkulierten niedrigen Pflegesätze *entlasten* die Landessozialkassen, bieten aber Spielraum für verlockend reichliche Gewinne für diese privaten *Sozialunternehmer*. Auf dem Boden der bestehenden Steuer- und Abschreibungsgesetze sind inzwischen ca. 40 000 Menschen aus Profitgier in die privaten neuen Gettos deportiert worden. Damit hat die Abschiebung und Institutionalisierung behinderter Menschen in der Bundesrepublik eine neue Dimension angenommen: Ging es in den ersten drei Jahrzehnten nach dem Krieg noch um die Fortsetzung der praktizierten Mißachtung Kranker und Schwacher, so geht es nun darum, aus ihrer Beseitigung aus dem öffentlichen Leben Kapital zu schlagen. Unter der auch von Ex-

perten unterstützten Maßgabe, es gäbe Menschen, die lebenslang unterbringungsbedürftig und damit nicht gesellschaftsfähig seien, werden diejenigen, die öffentlicher Hilfe am meisten bedürfen, als menschlicher quasi-Müll („nicht rehabilitierbar"!) endgültig aus der Gesellschaft ausgeschlossen und in die heim-lichen Endlager der Profiteure deportiert. Ihre dortige Versorgung mit minimalem Aufwand ist die soziale Entsorgung der Gesellschaft von den Menschen, die sie nicht in ihrem Leistungssystem dulden kann und deshalb aus ihrem Blickfeld verbannen, *wegwerfen* muß. Das läßt sie sich dann schon den Profit derjenigen kosten, die diese Aufgabe erledigen. Marktwirtschaft.

zu (2): Die zweite Frage könnte eher zu einer längeren, differenzierten Analyse herausfordern, weil es tatsächlich mittlerweile ermutigende Bemühungen um die Integration geistig und mehrfach behinderter Menschen gibt. Doch sind das immer noch quantitativ geringfügige Anstrengungen, bei denen unverkennbar ist, daß es sich hier um die Gestaltung von kanalisierenden Spielwiesen für hochmotivierte Helfer handeln soll. Da diese Anstrengungen sich eben nicht auf die Schwerstbehinderten konzentrieren, offenbart sich in ihnen die Logik der Entsorgung umso deutlicher. Die Verbesserung der Lebenssituation leichtgradig geistig behinderter Menschen bei gleichzeitiger *entsorgender Endlagerung* der schwerstbehinderten Mitbürger verrät ja gerade das Systematische des ganzen Verfahrens: Das Leben in der Gesellschaft wird behinderten Menschen *graduell* erlaubt, es wird nicht als eine *generelle* Selbstverständlichkeit zum Gebot gemacht.
Die Frage, ob ein Behinderter noch im öffentlichen Blickfeld geduldet oder vollends entsorgt wird, beantwortet die Staatsbürokratie nach dem Grad der Behinderung. In Werkstätten für Behinderte (WfB) dürfen Behinderte arbeiten, die ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können. Diese Behinderten werden denn auch in speziellen, oft allzu großen Wohnheimen in der Nähe der WfB in der Gesellschaft geduldet. (Daß ihre Arbeit lediglich in lächerlichen Pfennigbeträgen entlohnt wird, ist ein hier nicht zu behandelndes, trauriges Kapitel.) Entscheidender ist die Tatsache, daß dieser Staat Gesetze schafft, die das Leistungsvermögen Behinderter zum Maßstab dafür macht, ob Behinderte im öffentlichen Leben geduldet werden. Das Nicht-Akzeptieren der schwerstbehinderten Mitbürger wird durch Leistungsgesetze des Staates gewollt vorprogrammiert und gesteuert. Wer das vom Staat geforderte Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung nicht erfüllen kann, muß und wird aus der Öffentlichkeit verschwinden. Daß sich aus derartigen Gesetzesvorgaben langfristig die Ablehnung Schwerstbehinderter im öffentlichen Bewußtsein ergeben muß, liegt auf der Hand. Die Gesellschaft, deren Machthaber sich auf die rigorose Trennung zwischen wirtschaftlich verwertbaren, sprich: ausbeutbaren und völlig unverwertbaren Behinderten geeinigt haben, *kann* behinderte Mitbürger nicht als gleichrangig in sich aufnehmen und behalten. Sie ist, wie eingangs festgestellt, zur Produktion menschlichen *Mülls* verurteilt.
Sie ist dann auch konsequenterweise dazu verurteilt, diesen *Müll* beiseite schaffen zu lassen, sich von ihm zu *befreien.* Vom Unproduktiven, vom *damals* als „unnützen Esser" Bezeichneten und Behandelten überfordert, muß sie gerade in Zeiten wirtschaftlicher Krisen der Deportation dieser unproduktivsten Schwächsten besonderen Nachdruck verleihen. Sie muß sich in letzter Konsequenz von ihnen distanzieren, um sich durch ihren Anblick nicht im alltäglichen Hamsterwettlauf irritieren lassen und am Ende möglicherweise selbst zum *Müll* gehören zu müssen.

Und die Machthaber wissen: Käme das institutionalisierte Elend ins Blickfeld, bliebe der *Müll* allenthalben erfahrbar, so wäre die Solidarisierung der Schwachen und Deportierten nicht mehr auszuschließen, vielleicht sogar unabwendbar. Es wäre Gefahr für sie im Verzuge. Um dieser Gefahr zu begegnen, muß die Endlagerung perfektioniert werden. Dazu gehört auch die Kanalisierung der Hilfsmotivation in den Helferberufen. Es *muß* Spielwiesen geben, auf denen vor allem die Intellektuellen dienstbar gemacht werden, um die gerade noch duldbare und minimal verwertbare Behinderten-*Klientel* im sozialen Frieden zu halten, sie zu *befrieden*. Dieses Herstellen von Dienstbarkeit der Intellektuellen im Bereich der Ver-Sorgung leichter Behinderter innerhalb des sozialen Netzes zu Lasten der schwer Behinderten stellt das deutsche *Befriedungsverbrechen* in den Zusammenhang mit der in Italien geführten Psychiatrie-Diskussion über die gesellschaftliche Rolle der schwerstbehinderten Insassen psychiatrischer Anstalten.
Solange ausgerechnet die Schwächsten am brutalsten unter den Leistungsansprüchen der Machthaber zu leiden haben, solange gegen sie die Gewalt der lebenslangen Ausschließung und Wegschließung in kapitalistischen Wertkategorien praktiziert wird, kann und muß uns das anspornen, was Franco Basaglia zum Ziel seiner Arbeit erklärt hat: *„Ein Messer in den Leib der Gewalt!"*

Sparprogramm

Umfangreiche Sparmaßnahmen seien erforderlich
um den Frieden zu sichern

weil es zu teuer ist beschloß der Sozialstaat
Kosten für Personal und Sachmittel kann man sich sparen
solange Tabletten das Wirtschaftswachstum
der Pharmaindustrie sichern

Ausgliederung in Wohngemeinschaften ist zu kostspielig
also spart man sich die schrittweise Integration
werden die Gettos mit Hochhäusern betoniert
die Belegung erhöht und aufgestockt

wöchentlich nur noch ein kostenloser Transport für Rollstuhlfahrer
der zweite wird eingespart
wie jeder erste und zweite Urlaub
also nur noch jedes dritte Jahr

auch die Industrie spart sich Einstellungen
100 Mark Ablösesumme sind rentabler...

und wann werden es wieder Menschen selbst sein
die man sich spart
weil ihr Unwert zu kostspielig ist für den Verteidigungshaushalt

Andreas

Überleben

Die Zeiten sind vorbei
daß euer Leben im Gas verendet
und im Ofen verraucht

In den Anstalten
probt der Sozialstaat - Humanität -

Ihr werdet dosiert
nach den chemischen Formeln
moderner Menschlichkeit von Geigy,
La Roche und Bayer Hoechst

Andreas

Löst die Anstalten auf!

Heike Kühn, Kollegenkreis der Alsterdorfer Anstalten, Hamburg

Der Kollegenkreis — was er ist, was er will

Anstalt bedeutet die Aussonderung von Menschen, die nicht der Durchschnittsnorm entsprechen, d.h. anders sind: von Menschen, die nicht das normale Maß an Leistungen erbringen und daher abgelehnt und beiseite geschoben werden; von Menschen also, die sich auf irgendeine Art von der Allgemeinheit unterscheiden, indem sie z.B. anders aussehen, sich auffällig verhalten oder nicht ausreichend produktiv sind. Sie werden für ihr Anderssein bestraft und hinter Anstaltsmauern gesteckt. Die Bestrafung besteht darin, daß ihnen ihre Selbstbestimmung genommen wird, d.h. sie werden isoliert, ihrer (für uns selbstverständlichen) Rechte beraubt, und sie werden daran gehindert, ihre Lebensgestaltung selbst zu bestimmen. Alle Entscheidungen, die sie betreffen, sind fremdbestimmt. Eine besondere Rolle haben dabei die Fachleute (Therapeuten und Medizinmänner etc.). Sie streiten sich darum, wer von ihnen am besten weiß, durch welche Behandlung den zu Objekten abgestempelten Anstaltsbewohnern am besten *geholfen werden kann.* Resultat dieser Lebensbedingungen sind schwere Auswirkungen von Hospitalismus: z.B. Unselbständigkeit, geringe Selbstachtung, Lethargie, Aggressionen.

Diese Aussonderung und deren Folgen für das tägliche Leben der Bewohner halten wir für menschenunwürdig. Um daran was zu ändern, sind wir im Kollegenkreis. Wir wollen die Gettosituation, in der die Bewohner der Alsterdorfer Anstalten leben müssen, aufheben und sind der Meinung, daß sie ein Recht darauf haben, in der Gemeinschaft zu leben. Deshalb fordern wir die Auflösung dieser und aller Anstalten. Bei allen Aktionen, die wir planen und durchführen, prüfen wir, ob sie der Auflösung oder der Festigung der Anstalt dienen. Wir verstehen uns deshalb nicht als interne Betriebsgruppe, die nur Veränderungen innerhalb der Alsterdorfer Anstalten anstrebt. Um unsere Vorstellungen zu verwirklichen, machen wir Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Presse, Rundfunk, Vorträge auf gesundheitspolitischen Veranstaltungen) und versuchen dadurch, öffentlichen Druck von außen auf die Anstalt zu erzeugen. Wir wollen Diskussionen innerhalb und außerhalb der Anstaltsmauern anregen.

Der Kollegenkreis Alsterdorf existiert seit acht Jahren. Nach einer Veranstaltung im Juni gaben wir im September 1978 unsere erste Dokumentation über die Lebensbedingungen der Bewohner der Alsterdorfer Anstalten heraus. In dieser Broschüre nahmen wir Stellung zum Selbstverständnis unserer Gruppe: *„Kurzfristig möchten wir erreichen, daß sich die Lebensbedingungen der Bewohner und die Arbeitssituation der Kollegen in den verschiedenen Häusern verbessern. Langfristig steht unsere Forderung nach Auflösung der Anstalt, um die Errichtung vieler kleiner Wohngemeinschaften innerhalb und außerhalb Hamburgs."* Bleibt anzumerken, daß in unserem Kreis auch ehemalige Alsterdorfer Mitarbeiter sind, ehemalige Kollegen, die aufgrund ihrer Mitgliedschaft bei uns rausgeflogen sind.

Nach Erscheinen der Broschüre setzte anstaltsintern — wohl zum ersten Mal in ihrer 128-jährigen Geschichte! — eine Diskussion unter den Mitarbeitern ein,

die im Sande verlaufen mußte, weil die Anstaltsleitung, anstatt die Forderungen und Kritiken produktiv aufzugreifen, *harten Kurs* fuhr und die Diskussion auf ihre Art abwürgte: Zum ersten Mal erhielt ein Kollege keine Arbeitsvertragsverlängerung, weil er bei uns mitarbeitete. Nachdem wir diesen Fall von politischer Disziplinierung öffentlich machten, wurde der Kollege weiterbeschäftigt.

Im April 1979 erschien ein Artikel im „Zeitmagazin". Unter dem Titel *Versteckt, verdrängt, vergessen* wurde der Alltag einer bundesdeutschen Massenklapse (am Beispiel Alsterdorfs) ausführlich und sehr kritisch beleuchtet und hinterfragt. Alsterdorf kam dadurch noch stärker ins Kreuzfeuer der öffentlichen Meinung: Mehrere Leserbriefseiten mußte „Die ZEIT" abdrucken. Der NDR und die Hamburgische Bürgerschaft beschäftigten sich ausführlich mit dem Thema. Den „ZEIT"-Artikel, die Stellungnahmen verschiedener Verbände, Einzelpersonen und Organisationen sowie die zahlreichen Presseartikel dokumentierte der Kollegenkreis in einer Broschüre. Die Anstaltsleitung war nicht in der Lage, differenziert und inhaltlich auf die Vorwürfe einzugehen. Direktor Schmidt an die Mitarbeiter: *„Diese Berichte diffamieren in einer nicht vertretbaren Weise die Gesamtarbeit der Alsterdorfer Anstalten... Ich möchte (...) Ihnen allen mein und der gesamten Anstaltsleitung Vertrauen aussprechen und Sie bitten, in der Treue zu unserem Werk nicht nachzulassen."* Mensch sieht, Treue ist bei der Anstaltsleitung sehr gefragt, kritische Stimmen der „jugendlichen Heißsporne", so Herr Schmidt, natürlich weniger. Erste Reaktion der Leitung war – in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Zivildienst – die Versetzung eines Zivildienstleistenden aus der Anstalt. Dieser wurde verdächtigt, der „ZEIT" Zuträgerdienste geleistet und sogar selbst einen Artikel verfaßt zu haben.

Jedenfalls versuchte die Anstaltsleitung nun doch, entschieden an der Verbesserung des Alsterdorfer Massenquartiers zu arbeiten. „Mit dem Wirbel, den andere für sie machten, sind die Alsterdorfer ein schönes Stück vorangekommen", hieß es da in der bürgerlichen Presse. Da wir in diesem Sinne auf eine Verbesserung des innerbetrieblichen Klimas gegenüber Kritikern hofften, beteiligten wir uns an Gesprächen mit Vertretern der Anstaltsleitung, die auf Vermittlung des Diakonischen Werkes zustandekamen. Gebracht haben sie jedoch nichts, jedenfalls nichts, was die Lage der Bewohner verbessert hätte.

Als im Sommer letzten Jahres ein Kollege nach Beendigung seiner Ausbildung nicht weiter beschäftigt wurde, brachen wir das Geschwafel mit der Anstaltsleitung ab. Dem gefeuerten Kollegen war die Teilnahme an der Verleihung der „Goldenen Krücke" an die Alsterdorfer Anstalten vorgeworfen worden. (Die „Goldene Krücke" ist ein satirischer Preis, der alljährlich vom Frankfurter Volkshochschulkurs *Bewältigung der Umwelt* für besonders behindertenfeindliche Arbeit verliehen wird.) Damit ist eigentlich ausreichend erläutert, warum wir es vorziehen, unsere Arbeit im Kollegenkreis lieber möglichst anonym (das ist heute zum Teil anders) nachzugehen. Als sich vor einiger Zeit ein Kollege an die Anstaltsleitung wandte, weil er nicht anonym sein wollte und deshalb um eine Diskussion bat, wurde er *natürlich* (möchte man fast schon sagen) aus diesem Grunde nicht weiterbeschäftigt.

Die große Alsterdorfer Familie hat zwar viel Herz für die ihnen anvertrauten Pfleglinge, aber auf aufmuckende schwarze Schafe dieser Familie erstreckt sich die diakonische Nächstenliebe natürlich nicht mehr. Als die Stationsschwester des weiblichen Wachsaals in mehreren Anfällen solcher Nächstenliebe Be-

hinderte an die Heizung schnallte sowie Kleidungs- und Essensentzug als Strafen verhängte und dies alles im Januar 1981 vor Gericht verhandelt wurde, schrieben wir in einem Flugblatt: *„Klar ist in diesem Prozeß zum Ausdruck gekommen, daß die Zustände auf dieser Schwerstbehindertenabteilung Ursache des Ganzen sind. Und an diesen Bedingungen sind die Behörden gleichermaßen schuld wie die Anstaltsleitung. Die Behörden sind an einer grundlegenden Veränderung (Auflösung!) der Anstalt nicht interessiert. Das Alsterdorfer Massenquartier ist halt billiger. Und an gutem Willen fehlt es der Anstaltsleitung und Senat gleichermaßen. Denn warum hat sich auf dieser Station damals schon nichts geändert? Warum gibt es heute noch ‚Wachsäle' anstatt genügender Wohngemeinschaften? Eine weitere Ursache für den Skandal auf Station 36 liegt in der Hierarchie der Anstalt, die Zusammenarbeit verhindert und Kritiker einschüchtert."* Zur Vorgeschichte dieses Prozesses sei nur kurz erwähnt, daß sich schon 1977 ein Kollege der Station bei der Anstaltsleitung über diese Krankenschwester beschwerte. Die Folge war, daß der Kollege strafversetzt wurde und die Oberschwester eine mündliche Rüge bekam.
Tatsache war und ist, daß sich die Zustände in den Alsterdorfer Anstalten ausschließlich — und auch dann nur zögernd und oberflächlich — ändern, wenn Kritik in der Öffentlichkeit vorherrscht. Neben unserer Arbeit, innerbetriebliche Diskussionen anzuregen, betreiben wir Öffentlichkeitsarbeit, um die Menschen in Hamburg weiter über Alsterdorf zu informieren, auf Anstaltsleitung und Behörden Druck auszuüben, um somit die Auseinandersetzung mit dem Ziel der Auflösung der Anstalt voranzutreiben.

Was heißt Auflösung der Anstalt?

Das ist das, was der Kollegenkreis vor allem fordert: die Auflösung der Anstalt. So radikal, wie es von Alsterdorf aus aussieht, ist diese Forderung gar nicht; die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vertritt dies schon länger für alle psychiatrischen Großkrankenhäuser in der Bundesrepublik. In Italien sind die Großkrankenhäuser seit einiger Zeit per Gesetz (mit Zustimmung der christlich-demokratischen Partei) abgeschafft und auch in den skandinavischen Ländern ist es Regierungspolitik, im Rahmen des Normalisierungsprozesses die großen Behinderteneinrichtungen aufzulösen.
In Alsterdorf ist *Auflösung* zum Reizwort geworden, die Diskussion wird dogmatisch, Utopien und Unterstellungen reichen sich die Hand, und jeder hat eine andere Vorstellung von Auflösung.
Deshalb am Anfang: Was ist Auflösung *nicht?*

- Wir stellen uns nicht vor, alle Bewohner könnten irgendwann einmal ohne Betreuung, Schutz und Hilfe leben. Die meisten hier werden das nie können. Deshalb ist auch jede Polemik unangebracht, die uns unterstellt, wir sähen in jedem behinderten Menschen einen potentiellen Hochschüler (Pastor Schmidts Rede vor der Synode).
- Wir stellen uns auch nicht vor, von heute auf morgen jeden aus der Anstalt herauszukriegen. Für viele, insbesondere alte behinderte Menschen wäre das eine unzumutbare Entwurzelung.
- Wir haben auch nicht die Illusion, daß es keine Vorurteile und Ablehnungen gegenüber behinderten Menschen mehr gäbe.

Wir wollen nichts weiter als: Möglichst viele Bewohner sollen in möglichst normalen Wohnungen in möglichst normalen Wohngegenden mit möglichst normalen Nachbarn leben. Das Getto, die Zusammenballung von behinderten Menschen, muß aufgelöst werden. Das ist die Richtung, der allgemeine Rahmen, den wir fordern. Darüberhinaus gibt es nur individuelle, persönliche Lösungen. Lösungen, die die persönlichen unterschiedlichen Beziehungen, Bedürfnisse, Interessen und auch Fähigkeiten (Behinderungen) berücksichtigen. D.h. für Herrn X, er zieht am besten in eine Etagenwohnung in Altona, mit seinen beiden Freunden aus Alsterdorf zusammen, vielleicht in die Nähe seines Vaters. D.h. für Frau Y, sie braucht ein Haus mit Garten, weil sie nicht allein auf die Straße kann und sie sich viel bewegen muß. D.h. für Herrn Z., er zieht mit seiner Freundin zusammen in das Haus eines Betreuers, weil er oft Anfälle bekommt und dann, und nur dann, jemand da sein sollte.
Zusammengefaßt: Wo, wie und mit wem zusammen jemand wohnt, richtet sich danach, wie er das möchte und kann und eben nicht nur danach, daß er *auch* Schutz und Hilfe braucht, daß ein Arzt in der Nähe ist, billig für ihn gekocht werden kann usw.
Wir denken, die Sehbehinderten, die Brillenträger würden sich bedanken, würden sie wegen ihrer Brille kaserniert. Natürlich, geistig behindert zu sein ist sicher wesentlicher als Brillenträger zu sein. Aber daß sich danach das gesamte Leben ausrichten muß, das ist eben auch nicht einzusehen. Denn das ist ja das Problem, daß sich hier nach *einer* Eigenschaft der Menschen, nach einer Schwäche auch noch, ihr gesamtes Leben ausrichtet, ihre individuellen Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten drastisch beschnitten werden. Wir brauchen uns nur für uns vorzustellen; wie es uns ginge, wenn eine unserer Schwächen zum Dreh- und Angelpunkt unseres Lebens würde.
Auflösung ist also: Aufhören, von *dem* Behinderten zu sprechen und dafür den gesamten Menschen in den Blick zu kriegen. Der kann sein Mann oder Frau, alt oder jung, gesellig oder lieber allein, Stadt- oder Landmensch, selbständig oder abhängig usw. usf. Alles das, alles Individuelle, Persönliche, ebnet die Anstalt als totalitäre Institution ein. *Der* Behinderte als Wesen besonderer Art, dem eine Sonderwelt angemessen ist, diese Vorstellung findet sich in Alsterdorf überall („Behindertenwelt", „Kosmos eigener Art").
Die Auflösung ist ein folgerichtiger Teil des Normalisierungsprozesses, den die Anstalt sowieso durchläuft (zwei Schritte vor, einen zurück). Früher lagen viele Bewohner den ganzen Tag im Bett, Freundschaften zwischen Männern und Frauen waren verboten, persönliche Kleidung gab es nicht usw. Den Weg zu normaleren Lebensbedingungen, den die Anstalt in diesen Bereichen seitdem gegangen ist, sollte sie konsequent bis zum Ende gehen und sich als besondere Institution für *Sonderwesen* auflösen.

Wachsaalelend

Zur Situation der Bewohner der Alsterdorfer Anstalten: Für wenige *Privilegierte* ist es möglich, in einer der Wohngemeinschaften außerhalb der Anstalten zu leben; aber nach den nun beginnenden Sparmaßnahmen wird sich dieser Kreis nicht mehr erweitern. Somit wird eine hoffnungsvolle Alternative zum Moloch Anstalt noch in ihren Kinderschuhen abgewürgt bzw. nicht weiterent-

wickelt. Auf der anderen Seite lebt die überwiegende Mehrzahl der Alsterdorfer Bewohner in der Anstalt teilweise immer noch unter katastrophalen Bedingungen. Gerade wenn das angestrebte Ziel Auflösung heißt, ist es wichtig, sich mit dem Ende der Kette von Aussonderungsmöglichkeiten für Geistigbehinderte zu beschäftigt, den sogenannten *Wachsälen und Intensivstationen*.

Diese Wachsäle sind in der Nazi-Zeit entstanden und zur Disziplinierung besonders auffälliger Bewohner oder zur Aufbewahrung von sehr schwer Behinderten gedacht. Setzt sich in der gesamten Anstalt langsam der Gedanke, Behinderte hauptsächlich pädagogisch zu betreuen, durch, so sind diese Abteilungen weiterhin eine Domäne der Ärzte, in denen sie schalten und walten können, wie sie wollen, hermetisch abgeriegelt von dem sonstigen Anstaltgsgeschehen. In diesen Abteilungen leben Männer und Frauen, die auf die Unmenschlichkeit der Anstalt besonders sensibel reagiert haben, d.h. (da behinderte Menschen ihr Unbehagen nicht immer verbal kundtun können) häufig mit starken Aggressionen. Andere sind im Wachsaal, da sie versucht haben, sich das zu nehmen, was ihnen die Anstalt nicht bieten will, z.B. einen unerlaubten Kirmesbesuch, Kino usw.

Eine Frau ist vor 20 Jahren in den Wachsaal gekommen, weil sie dem Personal schlichtweg zu laut war, und ist bis heute dort geblieben. Eine Vielzahl der dort lebenden Menschen ist schon seit Jahrzehnten in geschlossenen Abteilungen. Das Anstaltselend potenziert sich hinter verschlossenen Mauern und Türen noch — allen Verantwortlichen bekannt und von allen getragen. Die Zusammenballung von Menschen in geschlossenen Abteilungen, die sich wehren oder aus anderen Gründen aggressiv gegen sich oder andere sind, verursacht dann natürlich erst recht einen Hexenkessel. Hier wird der Behinderte nicht mehr als Mensch gesehen mit Bedürfnissen, die er zu artikulieren versucht, sondern jede Äußerung wird sofort psychiatrisiert. Stimmungsschwankungen weisen auf eine falsche medikamentöse Einstellung hin — man diagnostiziert — man fragt nicht, warum er jetzt so reagiert hat. Der Behinderte schlägt nicht, weil er vielleicht schon seit Stunden versucht, den Mitarbeitern klarzumachen, daß er etwas möchte, sondern er hat eben einen „psychotischen Schub".

Wachsäle, wie es sie heute noch besonders im männlichen Bereich gibt, haben eine besondere Funktion für die Ärzte. Behinderte sind für Fachärzte und Psychiatrie nicht interessant, sie liefern keine *Fälle*.

Wir sind der Meinung, daß Wachsäle sofort geschlossen werden und die Bewohner in Wohnabteilungen untergebracht werden müssen. Auch wenn Wachsäle sich nur graduell, *nicht prinzipiell* von der übrigen Anstalt unterscheiden:
Sie sind eben das letzte Glied der Aussonderung!

Eindrücke aus dem Wachsaal

Da sitzen sie alle in weiß: Vier Pfleger beim Morgentee. Kumpelhafte Bemerkungen: *„Bist ja wohl 'n bißchen schnell gefahren heute morgen, deine Ohren stehen gar nicht so weit ab wie sonst."* Nicht in weiß, aber mit am Tisch, der Raumpfleger, ein Türke. Mitleidsvolle Bemerkung: *„Ist Magen immer noch nicht gut?"* Auf den Stühlen an der Wand: vier Pfleglinge aus den Einzelzimmern. Von der Nachtwache geweckt, gebadet, angezogen und rasiert warten sie auf's Frühstück. Zurechtweisende Bemerkung: *„Nu sabbel ma nich soviel, mein Liebling, knöpf dir lieber die Hose zu."* An der Ecke Georg aus dem Sechserzimmer links, hat sich schon die Unterhose angezogen und keine Lust mehr, im Bett zu bleiben. Will Feuer für seine erste Zigarette. Rohe Bemerkungen: *„Sieh zu, daß du ins Bett kommst, sonst fängst du dir wieder welche."* Herr Grün, der stellvertretende Abteilungsleiter und gelernter Maurer, lächelt milde.

*

Das Neonlicht zwei-, dreimal stechende Helligkeit im Schlafraum. Bernd versucht, den letzten Traum festzuhalten, während der Pfleger den Gurt von seinen Beinen löst. Die meisten noch etwas benommen, drängen sich an der Badezimmertür. Drinnen Dampfschwaden, Kommandorufe der Pfleger, das Rauschen zweier Duschen. Bernd gelingt es, in die rechte Dusche zu kommen, die linke ist immer eiskalt. 30 Sekunden genießt er das warme Wasser. *„Genug, raus jetzt!"*

Von der Dusche in die Wanne, eine Schüssel mit Seifenwasser aus der Badewanne über den Kopf, nochmal kurz unter die Dusche, abtrocknen, Zähneputzen und raus. Vorsichtig sehen sich die Männer um, als sie den Vorraum betreten. Segelmann bemerkt es und sagt etwas spöttisch: *„Keine Angst, wir passen schon auf, daß Ihnen nichts passiert."* Er führt die angesprochenen Handwerker in die Badestube und zeigt ihnen das defekte Duschventil. „Mit den Dingern gibt's immer Probleme," kommentiert der mit den dunklen Haaren. Werkzeug und Ersatzteile werden ausgepackt. Der Hauptsperrhahn im Keller muß zugedreht werden. Segelmann holt sich den Kellerschlüssel aus dem Dienstzimmer und geht mit dem Blonden runter. Der Blonde ist offensichtlich der Gehilfe und etwas wortkarg. Der zurückgebliebene Dunkelhaarige starrt versunken auf das Duschventil, während er sich eine Zigarette anzündet. Als er hochschaut, bemerkt er einen ebenfalls Dunkelhaarigen, etwas dicklichen Patienten vor der halboffenen Tür. Ihm ist etwas unbehaglich zumute. „Na," sagt er, „ist kaputt", und deutet dabei auf das Ventil. Der Mann verschwindet wieder. Es war Georg Sander, bekannt und gefürchtet beim Pflegepersonal wegen seiner blitzartigen Aktionen und seiner Kraft.

Aus dem Keller zurück sieht Segelmann den beiden Handwerkern interessiert zu. Zu spät hört er die schlurfenden Schritte. Obwohl er sich mit beiden Armen am Türrahmen festhält, marschiert Georg Sander an ihm vorbei. Segelmann wirft sich von hinten auf ihn und ruft nach Verstärkung. Jetzt versuchen auch die Handwerker, ihn festzuhalten. Er bekommt einen Arm frei und umklammert im nächsten Augenblick das eben ausgebaute Duschventil.

*

So stell ich mir den amerikanischen Präsidenten vor. Herr Grün hinter dem Schreibtisch. Sein Blick ruht auf dem Terminkalender. Dr. Adler 10 Uhr 15 steht da. Es ist 10 Uhr 15. Es klingelt an der Abteilungstür. Ein routinemäßiger Arztbesuch. Frau Dr. Adler, die für diesen Pflegebereich zuständige Ärztin, betritt die Abteilung, wird von Herrn Grün ins Dienstzimmer geleitet. Tür zu.
Egon steht vor dem Kontrollfenster im Eßraum. Das ist nichts Besonderes. Auch daß er dabei von einem Bein aufs andere hampelt, ist nichts Besonderes. Egon ist 204 cm groß. Er kann fürchterlich böse gucken. Durch das Kontrollfenster kann er ins Dienstzimmer gucken. Aus dem Dienstzimmer kann man jetzt Egon sehen. Frau Dr. Adler macht das nervös. Sie läßt Egon von dort entfernen.
„*Es gab mal wieder Schwierigkeiten mit Georg Sander,*" sagt Herr Grün, „*er wollte den Handwerkern an den Kragen, aber wir haben ihn wieder unter Kontrolle gekriegt. Mußten ihm die Bedarfsmedizin geben.*" „*Wirklich,*" sagt Frau Dr. Adler. Sie sieht Grün bewundernd an. „*Ich werde mal mit dem Chefarzt über seine Medikation reden. Da muß doch was zu machen sein.*"
Egon sitzt im Tagesraum und guckt in den Hof. Herr Grün geleitet Frau Dr. Adler vom Dienstzimmer zur Abteilungstür.

*

Sorgfältig wischt Segelmann das Medikamententablett ab, nimmt die Arzneimittel, die er für die Mittagsausgabe brauchen wird, aus dem Schrank und stellt sie der Reihe nach vor sich hin. Das Aufstellen der Medizin übernimmt er immer gern. Es gibt ihm für kurze Zeit, während seines sonst eher langweiligen Dienstes, das Gefühl, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben. Jedesmal freut er sich über die ästhetische Farbzusammensetzung der Pillen und Tabletten für Gerd Kramer. Gerd Kramer bekommt die meisten Pillen von allen. Und gerade bei ihm harmonieren die Farben sehr gut.

*

Es herrscht Ruhe auf der Abteilung. Diejenigen, die ihre Mittagsmedizin nicht ins Bett bewegen konnte, sind im hinteren Tagesraum, sitzen oder liegen auf den Bänken, auf dem Fußboden oder sehen aus dem Fenster. Das Radio hinter dem Holzgitter ist an. Dieter blättert in seinem uralten Quellekatalog. Wartezimmer.
Da öffnet sich die Tür des Personalzimmers. Herr Grün, der stellvertretende Abteilungsleiter, tritt heraus. Erhobenen Hauptes schreitet er durch den Raum, Richtung Personaltoilette. Ignoriert er sie alle oder nimmt er sie schon gar nicht mehr wahr? Die Hoftür ist abgeschlossen, die Küchentür ist abgeschlossen, die Fenster sind aus Panzerglas. Gerd wippt auf seiner Bank vor und zurück, vor und zurück. Herr Grün kommt zurück. Erhobenen Hauptes schreitet er durch den Raum Richtung Personalzimmer.
Im Radio singt Bob Dylan „Blowin' in the wind".

*

(Eine kurze Darstellung des Kollegenkreises Alsterdorfer Anstalten unter anderem mit Bemerkungen zum Umgang der Anstaltsleitung mit Mitarbeitern findet sich bereits in „Bankrott der Gesundheitsindustire", Band 4 der Dokumentation Gesundheitstag Berlin 1980. — Zu diesem Artikel empfehlenswert ist aus Band 4 außerdem: Klaus Dörner und Franco Basaglia, „Von der Irrenanstalt zur reformierten Großklinik. Fortschritt oder Getto neuen Stils?")

Selbsthilfezentrum für Anfallkranke

Ein Erfahrungsbericht

Manfred Schmidt, Berlin

Wenn ich hier einen Erfahrungsbericht gebe, so mit der Hoffnung, einen Dialog anzuregen, von dem wir alle als Betroffene lernen können.

Als im August 1977 unsere Gruppe entstand, hätten wir uns nicht träumen lassen, zwei Jahre später, im Oktober 1979 ein Zentrum für Anfallkranke eröffnen zu können.

Klaus, ein betroffener Erzieher, und Robby, ein Medizinstudent, hatten die Idee einer Selbsthilfegruppe für Anfallkranke. Robby erzählte es Rupprecht, der wieder Barbara, dann waren wir bald 15 (11 Betroffene, Konrads Frau und drei aus dem medizinischen Bereich). Jeden Montag von 19.30 - 22 Uhr haben wir die Probleme, die es mit sich bringt, in unserer Gesellschaft als *Epileptiker* zu leben und die Schwierigkeiten des Einzelnen in der vergangenen Woche besprochen. Im Juni 1978 war unser erster öffentlicher Informationsabend *Epilepsie, Vorurteil und Wirklichkeit – Anfallkranke berichten,* zu dem etwa 80 Leute, in der Mehrzahl Betroffene, gekommen sind. Von jetzt an wuchs unsere Gruppe stetig. Um für die sich vergrößernde Gruppe bessere Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, beschlossen wir, ein Zentrum für Anfallkranke aufzubauen. Der erste Schritt war die Gründung eines gemeinnützigen Vereins als Rechtsträger des Zentrums. Das größte Problem war dann die Finanzierung. Im Juli 1979 konnten wir eine geeignete Ladenwohnung mieten und im Oktober festlich einweihen.

Die heutige Zusammensetzung unserer Gruppe, Berufe und Tätigkeiten unserer Mitglieder, zeigt die folgende Übersicht. Die Zahlen werden sicher schon viele Fragen beantworten.

Zu den etwa 27 Männern und 17 Frauen kommt ein *Sympathisantenkreis* von etwa 20 Leuten.

In diesem Jahr ist erfreulicherweise eine Eltern-Kindgruppe zu uns gestoßen, die schon eine Weile selbständig existierte. Mitglieder sind die Eltern anfallkranker Kinder, die sich zusammentaten, um gemeinsam mehr für ihre Kinder tun zu können. Uns sind zur Zeit 15 aktive Elternpaare bekannt, darunter Facharbeiter, Hausfrauen, Lehrer, eine Erzieherin und ein Soziologe. Wir möchten als Selbsthilfegruppe die Kranken und Betroffenen erreichen, denen Informationen über die Krankheit nicht so leicht zugänglich sind, die die vorhandenen Institutionen und Möglichkeiten nicht kennen und die sich in der medizinischen *Versorgung* im sozialen *Netz* hilflos fühlen.

Es gab zu Anfang verschiedene Auffassungen über unsere Ziele, die damals zu heftigen Kontroversen führten. Heute existieren diese Vorstellungen nebeneinander:

- Da ist einmal die Fraktion, die sich besonders gegen die Diskriminierung der Epileptiker in der Gesellschaft wendet. Es wird nämlich geschätzt, daß es soviel Epileptiker wie Zuckerkranke gibt. Bei Anfallkranken ist die Dunkelziffer aber mit geschätzten 50% enorm hoch; etwa 360 000 Kranke sind in der Bundesrepublik bekannt. Etwa 23% der Bevölkerung halten Epilepti-

Mitglieder der „Selbsthilfegruppe von Anfallkranken (SVA)", Berlin im Sommer 1981:

Berufe, Tätigkeiten		Gesunde Mitglieder	
Schüler	3	Soziologe	1
Umschüler	2	Sozialarbeiter	1
Studenten	4	Angehörige	3
BU und EU Rentner	3	fördernde Mitglieder	2
krankheitsbedingte Arbeitslose	4	Ausgeschieden	
Facharbeiter	3	wegen Umzug	2
Arbeiter	3	im Konflikt	8
Hausfrauen	5	auf sanften Druck,	
Bürokräfte	4	weil sich die Gruppe	
Arzt	1	dem Problem nicht	
Beamte und öffentlicher		gewachsen fühlte	4
Dienst (mittlere Laufb.)	2	gestorben	3
mittlere Unternehmens-			
führung	1		
Soziologe	1		
Lehrer	1		
Erzieher	1		
andere Leiden (Kopf)	1		
keine Angaben	7		

ker für idiotisch beziehungsweise geisteskrank, (wobei diese Menschen dann gleich mitdiskriminiert werden). Ebensoviele, also auch etwa 23%, würden ihre Kinder nicht mit Epileptikern zusammen in die Schule schicken. Umfrageergebnisse aus dem Ausland zeigen, daß bei uns diese Vorurteile besonders groß sind.

- Eine andere Fraktion sieht als vorrangige Aufgabe der Selbsthilfegruppe, individuelle psychische Schwierigkeiten mit Hilfe von Menschen, die den gleichen Erfahrungen ausgesetzt sind und waren, zu bewältigen.
- Weitere Ziele der Selbsthilfegruppe von Anfallkranken in Berlin waren und sind, die Fähigkeit jedes einzelnen Mitglieds zu steigern, sich mit seiner/ihrer Krankheit und den daraus ergebenden Widersprüchen in der Lebens- und Arbeitswelt zu befassen und sie selbst auch zur Sprache zu bringen – und nicht nur in der Gruppe. Das setzt voraus, daß man über politische, soziale, psychologische Zusammenhänge und ihre Bedeutung nachdenkt und auch zum gemeinsamen Handeln kommt, z.B. in gesundheitspolitischen Forderungen.

Für die Gründungsmitglieder sehr unerwartet stellte sich heraus, daß viele der später in die Gruppe eintretenden Anfallkranken zunächst ein sehr, sehr starkes Bedürfnis nach problemfreier Gemeinschaft haben. Sie wollten sich nicht mit der Krankheit und ihren Problemen befassen (siehe die drei Zielrichtungen), sondern sie wollten einfach ihre menschliche Isolation überwinden, die sie der Krankheit zuschreiben. Das äußerte sich in den Wünschen nach Geselligkeit, Spiel, Tanz, Feten, Film und Freundschaften und führte zu Auseinandersetzungen über die Verwendung von Geld und Gruppenzeit.

Jeder trägt also an die Selbsthilfegruppe sehr unterschiedliche Erwartungen heran. Für alle Mitglieder der Gruppe – unabhängig von ihren Erwartungen – ist aber ein wichtiges Erlebnis gewesen, die persönliche Geschichte des Anderen zu erfahren und zu sehen, wie er mit den übereinstimmenden Erlebnissen fertig wurde. Bei aller Verschiedenheit der medizinischen Geschichte der Epilepsien gibt es nämlich viele, viele übereinstimmende Erfahrungen.

Durch die Größe der Gruppe können die individuellen Erwartungen heute in den kleineren Teilgruppen besser erfüllt werden als zu Anfang. Einmal im Monat treffen sich alle Gruppen, um ein Programm festzulegen, in dem mal die eine, mal die andere Aktivität stärker betont wird, so daß die Interessen miteinander ausgeglichen werden können. Aber es gibt noch immer heftige Debatten über die Rangordnung der Ziele und es gab deswegen auch schon Austritte. Um den verschiedenen Erwartungen gerecht zu werden, haben wir außer der gemeinsamen Programmplanung noch andere *Techniken* (grauenhaftes Wort!) entwickelt. Wir benutzen zum Beispiel jede Gruppenaktivität ganz bewußt für verschiedene Zwecke. Planen wir zum Beispiel einen Vortragsabend in der Öffentlichkeit, so wird das Thema auch in Bezug auf unsere eigenen Probleme vordiskutiert. Die Ergebnisse tauchen aber vielleicht in der Veranstaltung gar nicht auf.

Wenn sich Gruppenschwerpunkte verlagern, kann das dazu führen, daß jemand eine Zeitlang nicht kommt, weil nun etwas im Vordergrund steht, was ihm nicht paßt. Das ist so. Wir wünschen es nicht, denn ein fortlaufendes Gespräch ist für alle Punkte unseres Programms und die Entwicklung guter persönlicher Beziehungen unerläßlich. Erst, wenn sich die Mitglieder untereinander gut kennen, können sie sich gegenseitig auch in Krisen helfen, können sie gemeinsam etwas machen. Wir legen Wert darauf, daß nicht nur immer diejenigen alles tun, die es ohnehin schon können, sondern daß jeder etwas beiträgt. Auch wenn Neue kommen, ist es wichtig, daß sie eine vertraute Atmosphäre vorfinden. Denn es kommen ja nur die, die erkannt haben, daß sie ein Problem haben. Die, die mit ihren Problemen fertig werden, die, die sie nicht erkannt haben und die, die von ihnen überwältigt werden, kommen selten.

Wir haben Anfallkranken, die zusätzlich ein Alkoholproblem haben und betrunken zu den Gruppenabenden kamen, zu verstehen gegeben, daß wir uns ihnen nicht gewachsen fühlen. Mit anderen Worten: unsere Hilfe für andere beschränkt sich auf das, was wir aus unserer eigenen Lebenserfahrung und aus unseren Überzeugungen weitergeben können. Auch für die Mitglieder bei uns, die ihre Krankheit ohne größere Behinderung in ihr Leben einbauen konnten, ist es befriedigend, ihre Erfahrungen weitergeben zu können, denn problemlos ging die Bewältigung nie ab. Caritas üben wir also nicht aus, weil wir es nicht können und wollen und weil wir Selbsthilfe als Hilfe zur Selbsthilfe verstehen. Von anderen Selbsthilfegruppen erwarten wir Solidarität bei Forderungen zur Änderung des Gesundheitswesens und der Sozialpolitik. Den politisch-emanzipatorischen Anspruch teilen aber nicht alle SVA-Mitglieder.

Themen

Unter den wichtigen Themen, die außer den obigen die Gruppen beschäftigen, wähle ich hier zwei, nämlich ***Medikamente und Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem*** und ***Krankheit und persönliche Emanzipation***. Andere Themen, z.B. Inhalte und Adressaten der Öffentlichkeitsarbeit, Auseinandersetzung mit dem Fremdbild und dem Selbstbild des Anfallkranken, ob wir vielleicht für

bestimmte Themen mal einen berufsmäßigen Gruppenberater anheuern sollten (bisher immer negativ entschieden), Versicherungsbedingungen, körperliche Behinderung und Behinderung bei der Arbeit sind ebenfalls Dauerthemen oder Themen der letzten Zeit.

Medikamente und Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Die meisten denken bei Epilepsie nur an eine Erkrankungsform, nämlich den großen Anfall, den *grand mal.* Es gibt aber (ich glaube, die Epileptologen haben sich gerade auf acht geeinigt) eine ganze Reihe von Anfallerkrankungen, auf die ich nicht eingehe, sondern nur auf das Erleben des Anfalls und die Wirkung auf die Umwelt.

Es ist schon merkwürdig, wenn man von einem Anfall, besonders einem großen, nur das Vorher und Nachher kennt und sich das *Dazwischen* aus den Reaktionen der Mitmenschen zusammenreimen muß. Es ist gerade deren Reaktion, die uns ängstigt und irritiert. Man wird unsicher und fängt an, sich zu schämen, wenn man nicht auf offene verständnisvolle Menschen trifft. In diesem Zusammenhang: Das Minderwertigkeitsgefühl ist sicher am ausgeprägtesten bei denjenigen, die allein leben. Hier ist für alle Gruppenmitglieder ein gemeinsames Aufarbeiten nach Anfällen sehr wichtig, denn nur das bringt auch neue Sichtweisen. Irgendwann merkt man, daß die merkwürdige Reaktion der Leute, die einen Anfall *von außen* miterleben, Hilflosigkeit ist und ebenfalls der Angst entspringt. Einige Anfallkranke, die keine langen Nachwirkungen nach der Bewußtlosigkeit haben, sind imstande, sofort auf die Umstehenden *zuzugehen,* sie aufzuklären und zu beruhigen. Aber nicht jeder wird das können. Immerhin: Wir lernen von dem, wie andere mit solchen Situationen fertig werden und übertragen dies, so gut es geht, auf unsere Erlebnisse.

Sehr wichtig ist auch der Austausch von Erfahrungen über Medikamente. Viele der Medikamente machen müde und antriebsarm, andere aggressiv-depressiv. Wir alle haben schlechte Erfahrungen gemacht. Besonders für Neuerkrankte sind das wichtige Informationen, da die wenigsten von ihren Ärzten über Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Gerade die Abhängigkeit von Ärzten ist bei behinderten Menschen unter Dauermedikation ein Problem. Fast alle fühlen sich dem Arzt ausgeliefert. Die Schilderungen eigener Erfahrungen verhelfen einem dazu, dem Arzt mit nur etwas Mut und den richtigen Fragen auf die Zehen zu treten. Als Ergebnis der Diskussionen in ihrer Gruppe sind auch schon zwei Leute zusammen zum Arzt gegangen, um über eine eventuelle Änderung der Dauermedikation zu verhandeln.

Als relativ allgemeinverbindliches Ziel hat sich für die Mitglieder des Vereins nach vielen Diskussionen ergeben, daß jeder mit so wenig Medikamenten wie möglich auskommt und dabei anfallfrei bleibt. Das läßt sich nicht immer realisieren, aber durch Selbstbeobachtung und immer wiederholtes Prüfen der Vor- und Nachteile der Langzeitmedikation und immer erneute Diskussion mit dem Arzt kann man dieses Ziel eher erreichen, als wenn man die Behandlung allein dem Arzt überläßt. Einige haben sich nach Diskussionen in der Gruppe und in Absprache mit dem behandelnden Arzt entschieden, lieber Anfälle im kleinen Umfang in Kauf zu nehmen als nur halb zu leben durch zuviel Tabletten.

Eine Sache macht allen immer wieder Schwierigkeiten. Bei allem Mut werden wir doch immer wieder von Schuldgefühlen geplagt, wenn ein Anfall kommt, obwohl wir doch den Anspruch haben, sie selber mitsteuern zu können. Wenn das nicht klappt, fühlt man sich gleich doppelt schuldig. Man muß aufpassen,

daß man nicht auf die Erwartungen der Umgebung, und das ist auch die Gruppe, hereinfällt. Ich bin deshalb unsicher, ich kann keinem mit gutem Gewissen sagen: „Friß keine Tabletten". Das erfordert ein genaues Abwägen aller Eventualitäten, und da muß der Einzelne mit seinem Arzt reden. Wir können in der Gruppe nur die Konsequenzen und Möglichkeiten besprechen. Wenn der Kranke genau weiß, daß ihn ein paar gelegentliche Anfälle in seiner Krankheitssituation und in seinem Leben nicht weiter in die Krankheit und in die Isolation hineinreißen, dann können wir darüber diskutieren, ob es besser ist, die Umgebung aufzuklären und einen verständnisvollen Arzt zu finden oder ob es besser ist, weiter jahrelang schwere Medikamente mit Nebenwirkungen und unbekannten Dauerwirkungen zu nehmen.
Ein anderer Versuch, Tabletten abzubauen, ist das Autogene Training. Ursächlich funktioniert es wahrscheinlich nur bei einer bestimmten Epilepsieform, bei der eine Vorwarnung auftritt. Bernd, einem aktiven Mitglied, ist es mit dieser Technik in Abstimmung mit seinem Arzt gelungen, seine Tagesdosis von 9 1/2 Tabletten im August 1980 auf 4 Tabletten im August 1981 zu senken. Sein Ziel ist, durch das Autogene Training die Phase zwischen Vorwarnung und Anfall zu unterbrechen und ganz ohne Tabletten auszukommen. Unter seiner Leitung haben sich inzwischen bei uns zwei Gruppen gebildet, die die Technik lernen. Einem ist die Reduktion der Tabletten gelungen.
Andere Versuche wurden von Einzelnen mit homöopathischen und anthroposophischen Vorstellungen unternommen. Sicher lohnt es sich, jede Möglichkeit zu nutzen, die eine Verminderung der Tabletten langfristig möglich machen könnte, aber besser in Zusammenarbeit mit dem Arzt. Dazu muß noch gesagt werden, daß die Auslöser von Anfällen außerordentlich verschiedenartig sind. Generell genannt werden von den Gruppenmitgliedern: körperliche oder seelische Überlastung, Schlafentzug oder ein Kater (wobei diese Situationen ja auch für andere Krankheiten als Auslöser gelten können).

Krankheit und persönliche Emanzipation

Weil Epileptiker als *Randgruppe* gesehen werden und dem Leistungsprinzip der Gesellschaft nicht entsprechen können, haben sie es schwerer als die *Normalen*, sich über ihre Situation klar zu werden. Gerade hier trifft man immer wieder Leidensgefährten, die ihre Stärke darin wähnen, ihre Krankheit zu ignorieren und gar zu verdrängen. Sie fürchten — verständlicherweise — um Freundschaften, sie fürchten mangelnde Anerkennung in Beruf und Gesellschaft. Da Anfälle nicht permanent auftreten, fällt es leicht, sie für ein paar Tage zu vergessen. (Hier besteht sicher auch ein Zusammenhang zu den hohen Dunkelziffern.) Viele Anfallkranke brauchen Freundschaft, brauchen Gespräche, brauchen einen Partner. (Dabei fällt mir ein, daß in all unseren Gruppen der Frauenmangel immer wieder beklagt wird!) Den meisten in unserer Gruppe ist jedenfalls klar, daß eine Bewältigung der Behinderung darin liegt, sich der gesellschaftlichen Bedingungen der Behinderung bewußt zu werden und sich gegen die *Normung* durch die Gesellschaft zu wenden. Die Einzelnen in der Gruppe dazu zu befähigen, ist wichtiges Ziel. Um diese persönliche Befreiung zu erreichen, muß immer wieder verhindert werden, daß sich hierarchische Strukturen in der Gruppe bilden. Auf der anderen Seite garantiert eine solche hierarchische Struktur durch die Anforderungen von außen, z.B. im Vereinsrecht niedergelegt, die Existenz der Gruppe. Ein Dilemma, das immer sichtbar ausgehandelt werden muß. Wenn ein Neuer in die Gruppe kommt und er fin-

det hier nur das vor, was er auch von seinem übrigen Alltag kennt, d.h. isolierter Kampf einer gegen alle und jeder gegen jeden, wird ihm die Gruppe mit Sicherheit nichts bringen. Was er finden muß, ist das Besondere, das in der Gemeinschaft liegt. So kann er seine Identität im Dialog mit den anderen finden und weiß doch, daß wegen des Dialogs, der Auseinandersetzung, keine menschliche Beziehung zerfällt.
Die Voraussetzung für das sinnvolle Funktionieren einer Gruppe ist das gegenseitige Vertrauen. Aber es muß sich auch jemand um die Außenkontakte, ums Heizen, ums Blumengießen, um die Kasse, ums Saubermachen etc. regelmäßig und zuverlässig kümmern. Da wir aus den oben genannten Gründen nur die freiwillige Aufgabenverteilung kennen, kommt es vor, daß diejenigen solche Arbeiten übernehmen, die das ohnehin schon vorher konnten. Machen sie nun auch diese Tätigkeiten für die Gruppe und geben sie ihre Kenntnisse nicht weiter, dann bilden sich Gruppenexperten neben den Berufsexperten, die aus ihrer Position heraus eine Gruppe beeinflussen. Mit einer gewissen Arroganz wird er zu verschleiern suchen, für wie wichtig er sich eigentlich hält. Experte zu sein, wirkt sich langfristig auf seine Handlungen, seine Agitation, sein Denken aus. Selbst wenn er versucht, sich zurückzuhalten, nur einzugreifen, wenn es nötig ist, baut sich schnell seine Autorität auf. Will ein Experte diesen Zustand abbauen, gelingt dies nur bedingt, denn sein Wissen ist auch sein Selbstverständnis.
Wenn zum Beispiel Experten Integration sagen, meinen sie oft nur Anpassung an bestehende Normen und fordern ein *normales* Funktionieren wie von der Gesellschaft definiert. Wir haben allzu oft geglaubt, wir könnten um unserer selbst Willen anerkannt und geliebt werden und begreifen langsam, daß dies nur um den Preis einer zu erbringenden Leistung geht. *Normal* zu erscheinen, was immer das heißen mag, wird zu einer selbstverständlichen Pflichtübung, wenn wir dieser Fremdbestimmung nicht Eigenes entgegensetzen; hier ist nicht eine von allen Gruppenmitgliedern akzeptierte oder verbindliche Wertvorstellung gemeint. Wir haben in dieser Hinsicht in der Gruppe und auch für die Einzelnen noch keinen Idealzustand erreicht.

Politische Forderungen
Aus den Mängeln des gesellschaftlichen Systems, u.a. des Gesundheitswesens, wird nicht sofort sichtbar, daß es notwendig ist, zur Selbsthilfe zu greifen, umgekehrt jedoch kann man aus dem Entstehen der Selbsthilfebewegung auf die sehr negativen Einschätzungen dieses Systems schließen. Es ist bekannt, daß die Selbsthilfebewegung von sehr konservativen Gruppen unterstützt wird sowie von solchen, die sich als gesellschaftsverändernd begreifen. Interessant zu sehen, warum das so ist — ein einfaches Beispiel: Ein Krankenhausbett kostet pro Tag ca. 240.— DM. Nehmen wir an, einer Selbsthilfegruppe ist es gelungen, fünf Leute in einem Jahr *stabil* zu halten, und es entfielen dadurch 10 Tage Krankenhausaufenthalt für jeden. Das macht: 5 mal 10 mal 240 gleich 12 000 DM, die im Gesundheitswesen gespart worden sind.
Wir erhalten vom Senat einen Zuschuß von DM 4000.— pro Jahr. Der volkswirtschaftliche Nutzen ist klar ersichtlich.
Für uns ergibt sich die Motivation, der Selbsthilfegruppe anzugehören, nicht aus dieser Milchmädchenrechnung. Sicher ist es wichtig zu wissen, daß wir dem Staat billiger kommen, und wir fühlen uns auch nicht korrumpiert, wenn wir dieses Geld nehmen. Das Geld ist ein unbrauchbarer Maßstab für unsere

Veränderungsvorstellungen und Forderungen, die an Grundbedürfnissen und humanen Ideen gemessen werden. Diese existieren zwar vielerorts schon, aber eben auf dem Papier... Deshalb wollen wir auch mit allen anderen Gruppen zusammenarbeiten. Der Gesundheitstag war dazu eine gute Gelegenheit.
Innerhalb der 24 uns bekannten Epilepsie-Selbsthilfegruppen gibt es auch Stimmen nach einem krankheitsbezogenen *Dachverband*. Wir verstehen das jedoch nicht als eine Solidarisierung, sondern als zusätzliche Belastung, die nach dem, was ich über die Experten sagte, eher dazu führen kann, die Krankheit zu verwalten als sie zu bewältigen. Ein solcher krankheitsspezifischer Dachverband ist auch von staatlichen Stellen und den eher konservativ orientierten traditionellen Behindertenwerken leichter zu kontrollieren und zu beeinflussen.
Neue Selbsthilfegruppen, denen dies in der ersten Freude, Leute gefunden zu haben, die ihre Leiden, ihre Not, ihre Erfahrung, ihre Ängste teilen, noch nicht selbstverständlich ist, sollten dies bedenken.

In einer anregenden Diskussion in der Arbeitsgruppe auf dem Gesundheitstag 1981 ging es um konkrete Fragen, die alle mehr oder weniger darauf abzielten: „Wie geht ihr im Alltag mit der Epilepsie um, wie verhaltet ihr euch in bestimmten Situationen?" Erfreulich war, daß (von Hamburgern) eine Namensliste durchgereicht wurde mit dem Zweck, sich wieder zu treffen. Wir haben uns in Berlin wiedergesehen; offenbar hat sich eine neue Selbsthilfegruppe mit einem kritischen Aspekt gebildet.
Vom 6.-8.11.1981 haben wir in Berlin einen Erfahrungsaustausch für die Epilepsie-Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik organisiert, um selbstkritisch die angeschnittenen Fragen sowie andere zu besprechen.

Der *Bericht über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches der Selbsthilfegruppen*, Selbsthilfe von Anfallkranken 1981, 58 S., kann beim Selbsthilfezentrum Anfallkranke, Zillestr. 102, 1 Berlin 10, in Einzelexemplaren gegen Übersendung eines ausreichend frankierten DIN-A4-Umschlages (DM 1.10) und einer Spende von mindestens 2.50 DM in Briefmarken bestellt werden.

Grundriß
der
Krüppelfürsorge

von

Prof. Dr. Konrad Biesalski
Direktor und leitender Arzt des Oscar Helene-Heims in Berlin-Dahlem
Zentral-Forschungs- und Fortbildungsanstalt für die Krüppelfürsorge
in Preußen und im Deutschen Reiche

1. Begriffsbestimmung und Umfang des Krüppeltums und der Krüppelfürsorge.

Das Wort „Krüppel" stößt bei vielen auf Widerstand. Einen Ersatz dafür zu finden, ist trotz zahlreicher Bemühungen nicht gelungen, weil keine andere Bezeichnung, wie etwa „beschädigt", „bresthaft", „hilfsbedürftig", genau das umschreibt, was „Krüppel" besagt. Im übrigen kann das Wort, nachdem es vom preußischen Gesetz angewandt wird, nicht mehr ausgemerzt werden. Wenn die Laienwelt sich daran gewöhnt, unter dieser Bezeichnung nicht einen unrettbar Hilflosen zu verstehen, sondern einen in der Bewegung seines Rumpfes und seiner Glieder behinderten Kranken, der durch die Krüppelfürsorge und durch eigenen Willen seine körperliche Behinderung so weit zu überwinden vermag, daß er einem Gesunden gleichwertig zu erachten ist, so wird aus dem herabsetzenden Begriff

ein Ehrenname.

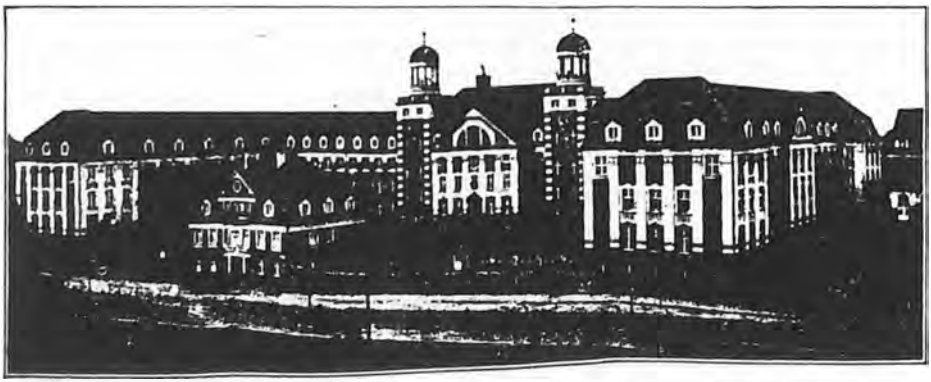


Abb. 10. Das katholische Krüppelheim „Zum heiligen Geist" in Beuthen (Oberschlesien).

Aus: Sie nennen es Fürsorge
U. Sierck / M. Wunder (Hg.)
Frankfurt a.M. 1997
S. 149 - 156

Teil III
Lieber lebendig als normal!

Auf dem Gesundheitstag 1981 konnten Krüppel zeigen, daß sie nicht nur andere Vorstellungen der *Behindertenpolitik* attackieren, sondern darüberhinaus auf dem Wege sind, eigene Perspektiven zu entwickeln. Wir hatten in Hamburg die Chance, uns im größeren Umfang zu äußern, ohne vorher Politiker, selbsternannte Fachleute oder Prominenz vom Podium verdrängen zu müssen.
Die Krüppelbewegung besteht aus Gruppen und Einzelpersonen, die keine einheitliche Linie besitzen. Die verschiedenen Strömungen reichen von denen, die sich für die Integration in die bestehende Gesellschaft einsetzen, bis zu jenen, die für eine Veränderung der Gesellschaftsstrukturen, deren vorgegebenen Lebensziele sowie deren Normen und Werte kämpfen. Die Übergänge sind fließend. Um Außenstehenden einen Einblick in diese Zusammenhänge zu ermöglichen, ist der Artikel *Entwicklung der Krüppelgruppen* zusätzlich geschrieben worden.
Wir nennen uns Krüppel und sprechen damit aus, was Nichtbehinderte über uns nur denken. Bei dieser Bezeichnung kann über das Machtgefälle nicht hinweggegangen werden, wie es bei dem seichten, beschönigenden *behindert* geschieht. Wir stellen uns nicht länger in Frage, sondern hinterfragen die Norm – und Wertvorstellungen der nichtbehinderten Gesellschaft. Die bestehende Distanz zum *Normalen* wird als notwendig erachtet, da das Streben nach Gleichheit stets zur Anpassung und Selbstunterdrückung geführt hat. Wir grenzen uns bewußt ab, um nicht länger so zu leben, wie es uns die Nichtbehinderten vorschreiben. Auf dem Gesundheitstag ist es gelungen, unser keimendes Selbstbewußtsein zu behaupten, indem Nichtbehinderte aus einigen Veranstaltungen *rausflogen*. Das mußte auch ein ZDF-Team erleben, das vergeblich versuchte, die Diskussion *Krüppelgruppe – Isolation oder Selbsthilfe?* für ein sensationsbegieriges Fernsehpublikum festzuhalten. In der Auseinandersetzung zeigte sich, daß neben der Veranstalterin Uschi Willeke viele Krüppel da waren, die ihren Unmut nicht nur äußern, sondern auch durchsetzen konnten.
In der Konfrontation mit der nichtbehinderten Öffentlichkeit, mit denen, die Aussonderungsstätten schaffen und Sonderbehandlung praktizieren, dürfen

wir nicht übersehen, daß Verhaltensmuster auch auf uns wirken. Es gibt die Hierarchie unter Krüppeln aufgrund der *Behinderung*, es existiert die Hierarchie aufgrund des Geschlechts; Krüppelfrauen werden auch von Krüppeltypen unterdrückt. In dieser Beziehung stehen Auseinandersetzungen unter uns am Anfang. Den Ursachen und Mechanismen der Diskriminierung auf die Spur zu kommen, war ein Ziel der Veranstaltung *Krüppelfrauen – Erobern wir uns den Tag*. Ein Schritt, sich der Unterdrückung als Krüppelfrau bewußt zu werden, wurde getan.

Der Widerstand von Krüppeln ist von Umständen und Gefahren bedroht, die ihm die Wirkung nehmen können.

- Die Krüppel besitzen *Narrenfreiheit*. Proteste werden nicht ernstgenommen, weil sich niemand wirklich vorstellen kann, daß wir wohlüberlegt anders reagieren, als es in den festgefügten Rahmen paßt. Schlägt eine Nichtbehinderte den Kanzler, wandert sie in den Knast, bekommt der Bundespräsident Krückenschläge, werden nicht einmal Personalien aufgenommen.
- Es besteht die Gefahr, daß der Widerstand integriert, daß auf Teile unserer Konzepte scheinbar eingegangen wird. Aber Wohnmodelle, in denen Krüppel genauso wenig selbstbestimmen können wie im Heimgetto, dienen nur als Makulatur des Bestehenden. Die Kontrolle über uns bleibt.
- Krüppel fallen aus dem Widerstand heraus, weil das Streben nach Anerkennung gerade durch spektakuläre Aktionen erfüllt wird. Der nächste Schritt, sich als anerkannter Kritiker zu etablieren, ist schnell getan. Das Aussonderungssystem braucht die kritischen Stimmen, zeigen sie doch scheinbar, daß sich Krüppel emanzipieren können.
- Die Bewegung wird auch von denen vereinnahmt, die ansonsten die Gesetze des Systems nicht anzweifeln. Ein Stückchen Bewunderung für die Ausbruchstimmung möchte jede/r abbekommen.

Auch wir müssen uns der Frage stellen, ob das Anbieten der eigenen Veranstaltung vielleicht primär der Selbstbestätigung, der schulterklopfenden Anerkennung diente. Und: Was haben wir bei den Besuchern des Gesundheitstages bewirkt? Skepsis ist berechtigt. Denn oft wurden kritische Ansätze mit der Frage nach neuen *Rezepten* beantwortet. Dies scheint uns ein Zeichen für das eigene unflexible Denken in weiten Kreisen der *helfenden* Berufe zu sein. An diesem Punkt setzt auch das Referat von Horst Frehe *Die Helferrolle als Herrschaftsinteresse nichtbehinderter Behinderten-(Be)-Arbeiter* an, in dem er sich kritisch mit der Helferrolle auseinandersetzt.

Welche weiten Wege zur Emanzipation der Krüppel noch anstehen und welche kleinen Schritte im Alltag sie diesem Ziel näherbringen, beschreibt abschließend Christa Schlett.

Für die hoffentlich sich entwickelnde Krüppelbewegung halten wir es für wichtig, daß die Bezeichnung *Krüppel* kein Mode-Wort wird. Es muß weiterhin das ausdrücken, was seit wenigen Jahren damit verbunden wird: Auseinandersetzung, Selbstbestimmung und ein Bewußtsein des Unangepaßten.

Nati Radtke und Udo Sierck, Mai 1982

Wer mehr und aktuell über die Krüppelbewegung informiert sein will, sollte sich die ‚Krüppel-Zeitung' besorgen über: J. Schalthöfer, Ansgarikirchhof 3, 2800 Bremen 1 oder U. Sierck, Oelkersallee 15, 2000 Hamburg 50

Die Entwicklung der Krüppelgruppen

Udo Sierck, Krüppelgruppe Hamburg

In den letzten Jahren macht mehr und mehr eine Form der Organisierung der Behinderten von sich reden, die ganz offenkundig dem offiziellen Konzept der Integration widerspricht: Behinderte schließen sich zur Krüppelgruppe zusammen und verwehren Nichtbehinderten die Teilnahme an den Treffen. Über diese Vorgehensweise ist nicht nur innerhalb der Krüppel-/Behindertenbewegung ein heftiger Streit entbrannt. Bevor ich dazu als Mitglied der Hamburger Krüppelgruppe Stellung nehme, ein knapper Rück- bzw. Überblick zur Entwicklung und zur derzeitigen Situation der (Selbst-)Vertretung der Krüppel.

Die Kirche ergriff Mitte des letzten Jahrhunderts die Initiative und begann, sich mit Krüppeln zu beschäftigen. Unter dem Siegel der *Wohltätigkeit* (Caritas) entstanden große Heime, in denen Krüppel die rechte Fürsorge erfahren konnten. Über die Hintergründe dieser Wohltäter spricht ein Zitat:

„Hamburg hat für die Ärmsten der Armen noch nichts getan. (...) Ich meine jene armen Kinder, die mit fast verwischtem Gottes-Ebenbilde, den Tieren ähnlich, eine Plage ihrer Eltern, ein Gegenstand der Furcht für die Nachbarn – zumeist in den Hütten der Armen heranwachsend, die armen Blödsinnigen und Idioten, in deren Seele kein Strahl der göttlichen Wahrheit fällt." (1)

Dieser Einstellung entsammen Anstaltsmauern, hinter denen sich heute noch Elend beobachten läßt.

Seit dem ersten Weltkrieg leben viele Kriegsversehrte unter der Bevölkerung. Sie gründeten bereits während des Krieges ihre eigenen Verbände, deren militaristischer Ursprung allerdings blieb unübersehbar: straff durchorganisiert wurden die Interessen von einem gut ausgebauten Funktionärswesen vertreten. Heute zählen allein die größten Verbände „Verband der Kriegsopfer" (VdK) und „Reichsbund" über zwei Millionen Mitglieder. Sie grenzen sich in ihren Forderungen von den übrigen Krüppeln ab, um nicht vergessen zu lassen: *sie* sind im Kampf für das Vaterland verkrüppelt worden, *sie* haben etwas geleistet und verlangen deshalb eine bessere Unterstützung im Rahmen der Versorgungsgesetze. Die Durchsetzung ihrer Forderungen stehen unter günstigen Vorzeichen, denn zahlreiche Verbandsmitglieder sitzen in den Parlamenten (1979 waren 91 Bundestagsabgeordnete Mitglied im VdK). Da sich diese Verbände in erster Linie um die Belange der Kriegsopfer kümmern, geraten sie zunehmend in eine Krise. Einerseits sind die Ansprüche der Mitglieder zum großen Teil erfüllt, so daß sich die Zusammenarbeit mit maßgeblichen staatlichen Gremien auf die Verteidigung des Erreichten beschränkt. Andererseits tritt ein akuter Nachwuchsmangel auf, die Verbände kämpfen mit der Überalterung. Der Ausweg, die Öffnung in Richtung der *Zivilkrüppel*, wurde mit der Gründung der „Jugend im Reichsbund (INTEG)" gesucht. Doch diese Gruppen existieren zu offenkundig nur als ein Anhängsel des Verbandes und suchen ihr Heil in der unpolitischen Freizeitgestaltung.

Eine andere Phase der Arbeit für Krüppel setzte Anfang der 50er Jahre ein, als sich die Eltern (geistig-)behinderter Kinder organisierten. Zu diesem Zeitpunkt galt Vorsorge und Rehabilitation allein erwachsenen Krüppeln. Die Eltern in ihrer Sorge um die ungenügende Förderung ihrer Kinder schlossen sich daher

in Eigenhilfe nach den jeweiligen Behinderungsarten zusammen („Verein für spastisch gelähmte Kinder", „Lebenshilfe" usw.). Neugründungen von Sonderkindergärten, von Sonderschulen oder später von *beschützenden* Werkstätten unterstützten und förderten die Eltern mit verschiedenen Aktivitäten. Basare und Wohltätigkeitsfeste (die „Aktion Sorgenkind" hat hier einen Ursprung) dienten der Finanzierung der Aussonderungsstätten.
Der Zusammenhang zwischen Betreuung und Entmündigung wurde offenkundig, als die Kinder älter und teilweise selbstbewußter geworden waren. Denn die Forderung der Mitbestimmung über ihre Belange wurde abgelehnt, da in den Satzungen der Elternverbände nicht vorgesehen! Auf den einflußreichen Positionen der Vereine hatten sich Elternteile als Funktionäre etabliert.
Mit dieser Situation konfrontiert, gründeten die Jugendlichen eigene Gruppen, woraus zuerst 1968 in Hamburg der „Club 68 – Club Behinderter und ihrer Freunde e.V."(kurz der „CeBeeF") entstand. Vier Jahre später schlossen sich zehn dieser Clubs zu einem Dachverband zusammen, der „Bundesarbeitsgemeinschaft der CeBeeF". Wenig später machte der Frankfurter Volkshochschulkurs „Bewältigung der Umwelt" mit aufsehenerregenden Aktionen auf sich aufmerksam. Etliche Initiativen verfolgten daraufhin die Ziele des Volkshochschulkurses Frankfurt. Seit wenigen Jahren tauchen im Bundesgebiet Krüppelgruppen auf, deren Mitglieder teilweise aus den Volkshochschul-Initiativen, teilweise aus den Clubs stammen. Im folgenden sollen Ziele und Ausrichtung dieser drei Gruppierungen der Behindertenbewegung genauer betrachtet werden.
In den „Clubs Behinderter und ihrer Freunde" arbeiten Nichtbehinderte und Krüppel stets zusammen. Nach ihren Vorstellungen kann eine Integration erreicht werden; sie soll im Clubleben beispielhaft erlernt werden. Die meisten Gruppen dieser Ausrichtung besitzen eine Satzung, in der ausdrücklich das Miteinander, das gemeinsame Handeln festgelegt ist. Schon dieser bürokratische Passus macht es unmöglich, daß Nichtbehinderte in irgendeiner Form ausgeschlossen werden. Es würde aber auch dem Ziel entgegenstehen, „sich auf der Basis partnerschaftlicher Zusammenarbeit um die Eingliederung von Menschen aus benachteiligten Gruppen in die Gesellschaft zu bemühen" (2). Bezeichnend sind Tagungstitel wie „Sommer, Sonne, Sorgenkinder" (3) oder ein Wochenende, auf dem auch für Nichtbehinderte die Bewegung im Rollstuhl zu testen ist. Die Clubs gewinnen dem „Jahr der Behinderten" Positives ab, weil dort oft an den guten Willen der Öffentlichkeit appelliert wurde – ein Weg, den auch die Clubs beschreiten, um mehr Verständnis unter der Bevölkerung zu verbreiten.
Die Forderungen der Clubs werden im Rahmen der offiziellen politischen Regeln erhoben. Spektakuläre Aktionen verwerfen diese Gruppen in der Regel, obwohl sich ihr Weg immer häufiger als fruchtlose Sackgasse erwiesen hat. Die Auflösungstendenzen in vielen Clubs beweisen zudem, daß eine Emanzipation der Krüppel allein in der persönlichen Begegnung, in der ein offener und natürlicher Umgang geübt werden soll, nicht gelingen kann. Die Krüppel wurden keine selbständig politisch handelnde Personen. Zog sich der Nichtbehinderte zurück, lag die Arbeit darnieder, weil es nicht gelungen war, Krüppel zu aktivieren.
Die „Initiativen" nach dem Vorbild des Frankfurter VHS-Kurses „Bewältigung der Umwelt" verwerfen das Streben nach Integration, wenn es sich an den gängigen Werten der Gesellschaft orientiert. So wird als eine Konsequenz die derzeitige Rehabilitationspolitik abgelehnt, die den Krüppel nur darauf ab-

richtet, vorherrschende Normen annähernd zu erfüllen. Stattdessen sollen die Krüppel eigene Maßstäbe entwickeln, um ihr Anderssein nicht länger als Manko zu sehen. Dieser Schritt ist die Grundlage für eine Emanzipation der Krüppel, woran sich der gemeinsame Kampf gegen gesellschaftliche Aussonderung, Diskriminierung und Unterdrückung anschließen kann. Dem Ziel einer insgesamt menschlichen Gesellschaft ist der Kampf gegen die Krüppelverachtung untergeordnet. Der Widerspruch zwischen Nichtbehinderten und Krüppeln steht zurück, da es primär den Grundwiderspruch zwischen Kapital und Arbeit aufzulösen gilt. Sich gegen Aussonderung und Sonderbehandlung nur über die etablierten Bahnen der Politik zu wehren, wird durch gezielte Aktionen ergänzt beziehungsweise ersetzt, mit denen die Öffentlichkeit aufmerksam gemacht werden soll. Daß *Behinderte* sich in einer Krüppelgruppe zusammenschließen, wird von den „Initiativen" mit dem Argument kritisiert, keine Krüppel-Subkultur entstehen lassen zu wollen.

Die Krüppelgruppen kritisieren an den Clubs und den Initiativen, daß das Verhältnis von Krüppeln und Nichtbehinderten nicht hinterfragt wird. Unter den Umständen, daß das Abhängigkeitsverhältnis und damit das Machtgefälle in den integrierten Gruppen keine Beachtung erfahren, erscheint das Bekenntnis zur gleichwertigen Zusammenarbeit nur vorgetäuscht. Aktivitäten werden durchweg von Nichtbehinderten vorbereitet und getragen. Dem Krüppel muß es unter solchen Bedingungen schwerfallen, sich selbst zu finden und durch eigenverantwortliches Handeln zu emanzipieren. Deshalb darf das spezielle Problem der Unterdrückung von Krüppeln durch *Partner*, *Helfer* oder *Freunde* nicht unberücksichtigt bleiben, auch wenn die Krüppelunterdrückung auf gesellschaftliche Ursachen zurückzuführen ist. Das Ziel im politischen Auftreten ist nicht die Forderung nach Integration, stattdessen wird die nichtbehinderte Öffentlichkeit mit ihren eigenen Unzulänglichkeiten konfrontiert. Die Krüppelgruppe trifft sich, um konkrete Forderungen aufgrund gemeinsamer oder ergänzender Erfahrungen an die Öffentlichkeit zu richten. Die Erfahrungen als Krüppel unterscheiden sich dabei wesentlich von denen der Nichtbehinderten:

- Nur Krüppel erleben ein gefühlsmäßiges Schwanken der Eltern, deren Ursache allein im eigenen Anderssein begründet liegt. Die Folgen sind einerseits übertriebene Behütung, andererseits versteckte oder offene Ablehnung.
- Der Krüppel wird zum Objekt in einem detailliert festgelegten Tagesablauf, ist er erst einmal in einem Heim oder einer anderen Sondereinrichtung ausgesondert. Dies führt häufig zur Abstumpfung, zum resignativen Anpassen an die Gegebenheiten. Die Flucht in langes Fernsehen, übermäßiges Essen oder/und hohen Alkoholkonsum bleibt für viele die einzige Perspektive. Der Nichtbehinderte, der nach Belieben im Heim ein- und ausgehen, der seine Zeiteinteilung selbst bestimmen und scheinbar überall frei herumlaufen kann, muß angesichts der eigenen Situation vom Krüppel bewundert werden. Gleichzeitig entsteht ein Gefühl der eigenen Minderwertigkeit.
- Lediglich als Krüppel kann ich ermessen, was es heißt, zwangsweise Therapieversuche vor interessierten Zuschauern demonstrieren zu müssen. Der Eindruck, ein exotisches Wesen zu sein, entsteht und verstärkt die Wut auf die eigenen außergewöhnlichen Bewegungen. Der Krüppel lernt, seinen Körper abzulehnen.
- Bereits diese Erfahrungen legen fest, wer aktiv und passiv zu sein hat, wer handelt und wer behandelt wird. Die Trennung in Nichtbehinderte und in Krüppel wird sichtbar.

– Krüppel werden so erzogen als hätten sie keine Sexualität. Eine freie Entfaltung der Bedürfnisse wird von Kind an unterdrückt. Als Konsequenz fühlt sich der Krüppel asexuell oder in diesem Bereich unzulänglich.
– Die ständige Angst vor der Aussonderung führt entweder zur Überanpassung („Ich habe wirklich keine Schwierigkeiten") oder zur Selbstaufgabe („Ach, ich armer, hilfloser Behinderter").

Da nur Krüppel diese extremen Erfahrungen machen, diese Ängste haben und dem Anpassungsdruck derart stark und zugleich aussichtslos ausgesetzt sind, können auch nur sie die feinen Auswirkungen an sich selbst erkennen. Nichtbehinderte können da nicht mitreden. Der Ausschluß der Nichtbehinderten ist auch ein Ergebnis der Beobachtungen in den großen und kleinen Behindertenorganisationen bzw. -vereinen, in denen diejenigen, um die es eigentlich geht, nicht zu Wort kommen. Ein Beispiel: eine Gruppe, in der sich gehörlose Kinder und ihre Mütter trafen. Weil aber alles viel schneller und bequemer zu regeln war, sprachen nur die Elternteile. Die Kinder blieben unbeteiligt und schließlich ganz zu Hause.
Natürlich prägen sich auch dem Krüppel im Verlauf seiner Erziehung und Entwicklung die Vorstellungen der Gesellschaft über das *Normale* ein. Der Nichtbehinderte ist für uns Krüppel, ob dieser nun will oder nicht, ein Träger der Normalität, dem es nachzueifern gilt. Dieser Umstand wirkt sich aus: Erscheint in einer Gruppe ein Nichtbehinderter, ändert sich sofort das Verhalten der Krüppel. Jede/r versucht, sich auf seine Art zu produzieren, die Aufmerksamkeit des *Normalen* auf sich zu lenken. Diejenige, die eben noch offen von ihren Schwierigkeiten erzählte, prahlt jetzt: „Eigentlich komme ich gut zurecht, ich muß nur wollen", um dann ein anerkennendes Schulterklopfen zu erhalten. Derjenige, der gerade ehrlich davon berichtete, wie er sich durchsetzen kann, stöhnt: „Es ist schon schwer im Rollstuhl, niemand hört mir zu", womit er mitfühlende und aufmunternde Worte erntet. Der Krüppel verstellt sich in seinem Streben nach den wohltuenden Gesten, die der Nichtbehinderte gönnerhaft verteilt. Dessen eigene Position bleibt unkritisiert stehen.
In den Krüppelgruppen wollen wir unsere eigenen Wünsche und Bedürfnisse erkennen und nach Wegen suchen, diese durchzusetzen. Dabei müssen wir dort beginnen, wo die vorherrschenden Ideale bereits zu kaum mehr wahrgenommenen Selbstverstümmelungen der Persönlichkeit geführt haben:
– Der Spastiker, der fortwährend schweigt, weil sein *Sabbern* beim Sprechen stets als unästhetisch, abstoßend, schmutzig galt.
– Die Frau mit verkrüppelten Händen, die sie unter dem Tisch verbirgt, weil sie sie selbst für häßlich hält.
– Der fast völlig Gelähmte, der manchmal hungert, weil das Gefüttert-werden immer die Assoziation zu Kleinkind und Hilflosigkeit aufkommen läßt.

Zweifellos müssen Krüppel nach neuen Werten für sich suchen. Den bestehenden Vorstellungen von schön, fleißig oder sportlich nachzujagen, bedeutet, einen Teil seines Ichs zu verleugnen, als minderwertig zu verstecken. Das muß zur Unzufriedenheit, zu Frustrationen führen, da der Konfrontation mit dem *Manko* im Alltag nicht ausgewichen werden kann. Ansatzweise Widerstand leisten gegen die erdrückenden Normen und das Suchen nach eigenen Normen kann dort begonnen werden, wo die tägliche Normalität bereits zurückgedrängt ist, dort, wo jede/r humpelt, stottert oder zappelt. Dabei soll die willkürlich gesetzte Hierarchie unter Krüppeln abgebaut werden: Der querschnittsgelähm-

te Rollstuhlfahrer blickt nicht mehr auf den Spastiker herab, dieser fühlt sich nicht über den *geistig Behinderten.*

Diese hohen Ansprüche sind schwer zu erfüllen. Mann/Frau findet sich nicht zwangsläufig sympathisch, nur weil er/sie Krüppel ist. Und Krüppel liegen selten auf einer politischen Linie, obwohl sie mit ursächlich gleichen Problemen kämpfen. Darüberhinaus fehlt meist der Kontakt zum *geistig Behinderten.* Ich würde mir etwas vormachen, wenn ich dies nicht sehen und aus einem aufgesetzten Anspruch heraus verneinen würde. Es fällt mir schwer, mich mit einem Menschen in die Kneipe zu setzen, der anscheinend *wirres Zeug* redet. Aus diesen Gründen ist es häufig so, daß die Krüppelgruppen dazu dienen, sich kennenzulernen und seine ganz persönlichen Dinge mit denjenigen zu bereden, zu denen sich Vertrauen entwickelt hat. In diesen Gesprächen entstehen dann die Schritte, die ansatzweise zum Krüppel, der sich seiner bewußt ist, führen.

Wir müssen in der Krüppelgruppe die Geduld aufbringen, dem Schwerverständlichen zuzuhören; langsamen und ungewohnten Gedankengängen zu folgen; dem Taubstummen das Gespräch aufzuschreiben usw. Wenn wir dies gelernt haben, besitzen wir eine gemeinsame Stärke und eine Kraft, die sich nicht im stillen Kämmerlein austoben wird.

Die Helferrolle als Herrschaftsinteresse nichtbehinderter ‚Behinderten-(Be)-Arbeiter'

Horst Frehe, Krüppelgruppe Bremen

Die *Hilflosigkeit* des Helfers, die *Ich*-Stärkung durch Hilfe in seiner helfenden Tätigkeit und die Widersprüche zwischen vorgeblicher und tatsächlicher Motivation des Helfens, wurde psychoanalytisch von Schmidbauer (1) interpretiert. Das Wort *Helfer-Syndrom* machte die Runde und legte eine medizinisch-psychologische Erklärung des Verhältnisses zwischen Helfer und Geholfenem aus der Sicht des Helfers nahe. Gerhard (2) radikalisiert diese Sichtweise sowohl hinsichtlich des ausschließlich psychologischen Interpretationsrahmens als auch in den gezogenen Konsequenzen, die den Helfer auf das Podest des politischen Machers und den Klienten zum unpolitischen Objekt des Helfens werden lassen. *„Da oben stehen wir und empfinden schmerzlich die Distanz, das Gefälle zu unseren Klienten, die da unten stehen, weil wir ihnen alles das zubilligen, was wir selber nicht haben dürfen:* unpolitische *Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse."* (3) Die Darstellung der Machtausübung durch den Helfer, durch die das hierarchische Verhältnis ja erst hergestellt wird, beschreibt sie als *anale Kollusion* (4) und entzieht sie so durch psychologische Verklärung einer politisch-moralischen Kritik. Diese Macht und Herrschaft entsteht ihrer Ansicht nach auch nicht durch die Tätigkeit des Helfers, sondern wird nur gezwungenerweise weitergegeben: *„Macht und Herrschaft, die er innerhalb der Institution erfährt und die er gezwungen wird, als Kontrolle und Anpassungszwang professionell weiterzugeben, sind sehr real."* (5) Die institutionellen Zwänge sind Schuld und ausgeübte Kontrolle und Anpassungszwang nur hieraus abgeleitet. Die Problemlösung für den Helfer besteht in der Bewußtmachung dieses, ihn überwältigenden Zwangs und der Psychohygiene durch *Reinwaschung von jeglicher Schuld*, durch Verteufelung der Institutionen, die seine professionelle Existenz erst ermöglichen.

Diese Erklärungen, die nur auf die innerpsychische Verarbeitung des Herrschaftsverhältnisses zwischen Helfer und Geholfenem zielen, führen in die Irre und ermöglichen letztendlich nur die noch schamlosere Ausnutzung der Machtstellung. Es spricht mehr für die Feigheit der Helfer, ihre *Herrschaft* hinter der Ohnmacht gegenüber den Institutionen und ihr *Interesse* hinter altruistischer Motivation zu verbergen. Petersen charakterisiert dieses zutreffend: *„Man muß sie verstehen, alle diese deutlich zu kurz gekommenen Krankenträger, -schieber und -schubser. Zum Ausflippen gehört Mut, da greifst du dir lieber ein Mongölchen."* (6)

Uns, die Objekte und Opfer ihrer Hilfstätigkeit, interessiert weniger die innerpsychische Situation unserer Machthaber, sondern wesentlich mehr, wie dieses Herrschaftsverhältnis *von uns* umgestaltet werden kann. Wir halten es für verfehlt, das Verhältnis mit der psychischen Struktur der Eltern-Kind-Beziehung gleichzusetzen (7) und als *anale Kollusion* zu beschreiben: *„Bei der analen Kollusion geht es vor allem um das Problem, in welchem Ausmaß dürfen autonome Bestrebungen der Partner zugelassen werden, ohne daß die Bezie-*

hung auseinanderfällt und durch welche Führungs- und Kontrollmaßnahmen muß die gegenseitige Abhängigkeit und Sicherheit in der Partnerschaft gewährleistet werden." (8) Es geht hier nicht um erhaltenswerte intime Beziehungen, sondern um Unterdrückung einer sozialen Gruppe, die bestimmte Dienstleistungen in Anspruch nimmt. Daher ist die Problematik des Helfens vor allem politisch zu interpretieren, wie es Brecht in dem folgenden Gedicht tut:

Freilich saht ihr
Hilfe an manchem Ort
Mancherlei Art, erzeugt durch den Zustand
Der noch nicht zu entbehrenden Gewalt
Dennoch raten wir euch der grausamen Wirklichkeit
Grausamer zu begegnen und
Mit dem Zustand, der den Anspruch erzeugt
aufzugeben den Anspruch.
Also nicht zu rechnen mit Hilfe:

Um Hilfe zu verweigern, ist Gewalt nötig
Um Hilfe zu erlangen, ist auch Gewalt nötig.
Solange Gewalt herrscht, kann Hilfe
verweigert werden
Wenn keine Gewalt mehr herrscht, ist
keine Hilfe mehr nötig
Also sollt ihr nicht Hilfe verlangen
sondern die Gewalt abschaffen.
Hilfe und Gewalt geben ein Ganzes
Und das Ganze muß verändert werden. (9)

Während Gerhard „Angst" und „falsche Scham" abbauen will, um andere „emotionale Beziehungen zu Klienten" aufbauen zu können, geht es Brecht um den Emanzipationsprozeß des Betroffenen. Die gegenwärtige Ohnmacht und Hilflosigkeit der *Klienten* ist für ihn keine „Sehnsucht nach Geborgenheit" (10), sondern Ausdruck von Gewalt. Hilfe und Gewalt geben ein Ganzes und das Ganze muß verändert werden. Die Verändernden sind folglich nicht die Gewalt-Tätigen, sondern die Gewalt-Erleidenden. Ohnmacht und Passivität, nicht Ausgangspunkt, sondern Endpunkt der Helfer-Beziehung und setzt eine Zerstörung der Persönlichkeit voraus, die fast jegliche Hoffnung und Neugier auf ein eigenes Leben getilgt hat. Wie sehr die Helfer diese Entpersonalisierung betreiben, verdeutlichen die folgenden Zitate: „*Eine wirksame helfende Beziehung ist eine Funktion des wirksamen Einsatzes des Selbst des Helfers auf dem Weg zur Verwirklichung* seiner eigenen *Ziele und Ziele der* Gesellschaft." (11) Wenn dann naiv unterstellt wird: „*Der Helfer und dem geholfen werden soll, ziehen am gleichen Strang.*" (12) übersieht der schreibende Helfer, daß er am anderen Ende des Stranges zieht. Eine politische Emanzipation des Geholfenen wird von vornherein ausgeschlossen, da es sich ja um reparaturbedürftige „Schadensfälle des Systems" (13) handelt. An diese Stelle tritt die Aktivität der Helfer: „*Der* Helfer *ist in der helfenden Beziehung* kein passives Objekt. *Was geschieht, wird weitgehend* durch das bestimmt, was er ermöglicht." (14)

Die gleiche Einstellung wird den *Laien-Helfern* mit auf den Weg gegeben: *„Gerade die psychisch Kranken und seelisch Behinderten gehören zu den Gruppen, die sich politisch nicht selbst vertreten können."* (15) Eine unverhohlene Aufforderung zur Entmündigung für diejenigen, die sich mitunter aus recht zwielichtigen Motiven karitativ betätigen wollen.

Der altruistische (16) Machthunger wird also mit der Unmündigkeit der Objekte der Hilfstätigkeit mühsam verbrämt. Die *fortschrittlichen* Helfer verschaffen sich durch die Kritik an institutioneller Hilfe noch das nötige politische Image für ihr Handeln anstelle der Betroffenen. Die Kritik wird so von ihnen auf ein organisatorisches Gerüst abgeleitet und ihr Handeln bleibt unhinterfragt. Daß er seine Macht gerade darauf gründet, daß er von diesen Instanzen beschäftigt wird, auf die der Betroffene keinen Einfluß hat, beschreibt Peters: *„Die Instanzen bezahlen ihn; ihre finanziellen Mittel erhalten diese Instanzen weder direkt noch indirekt vom Handlungsadressaten."* (17) Allerdings sind dies Gelder, die aufgrund unserer Rechtsansprüche, also der *Klienten*, fließen. Diese Rechtsansprüche direkt, also nicht vermittelt über Institutionen und professionelle Helfer, einzufordern, trifft auf den solidarischen Widerstand von Helfern und Institutionen (trotz angeblich tiefer Widersprüche?). Denn die Institutionen verteidigen ihre finanzielle Basis, die auf Pflegesätzen, Behandlungs- oder Beratungspauschalen usw. beruht, und die Helfer die Sicherheit, soziales Image, Machtbefugnis und Prestige ihres Arbeitsplatzes. Eine Hilfe auf Honorarbasis, wie bei Rechtsanwälten, wird als *Sinnentleerung der Arbeit* und *Beeinträchtigung freundschaftlicher Beziehung* gesehen. Der Sinn der Macht und der Anspruch auf Freundschaft, einseitig aus gegebener bezahlter Dienstleistung abgeleitet, werden nicht in Frage gestellt. Die Institutionen unterstützen sie in ihrer Frag-losig-keit und bestätigen ihre Bedeutung für die *Anvertrauten*. Denn die Interessen der Institutionen und Helfer bedingen einander: *Je größer die Kritik an der Berechtigung der Helfer, desto größer die Gefährdung der Institution. Je größer die institutionelle Macht, desto stärker die Bestätigung der Helfer in ihrem Handeln.*

Daher ist nicht von den Helfern eine Änderung ihres Gewaltverhältnisses gegenüber uns zu erwarten. Deleuze meint dazu: *„Entweder ist die Reform von Leuten erarbeitet, die sich für repräsentativ halten und die sich einen Beruf daraus machen, für die anderen, im Namen der anderen zu sprechen, so ist das ganze ein Unternehmen der Machthaber, in dem Repression nur ausgeweitet wird. Oder es handelt sich um eine Reform, die von den Betroffenen selbst verlangt wird, dann ist es keine Reform mehr, sondern eine revolutionäre Aktion, die aufgrund des partiellen Charakters dazu bestimmt ist, die Totalität der Macht und ihrer Hierarchie in Frage zu stellen."* (18)

Die Überwindung des Helfer-Verhältnisses bedeutet nun nicht, daß die es begründenden Dienstleistungen ebenfalls fortfallen. Sie werden gewissermaßen ihres ideologischen Mantels entkleidet. Die unterschiedliche Bewertung der gleichen Dienstleistung wird durch die folgenden Beispiele deutlich: Die Bedienung durch einen Kellner oder Diener zeugt von finanzieller Potenz des Bedienten; geschieht dieses durch einen Pfleger, zeugt es von der Hilflosigkeit des *Betreuten;* ein Chauffeur im Auto, die Benutzung eines Taxis oder einer Rikscha oder noch ähnlicher Fahrradrikschas in Asien belegen die Überlegenheit, die große Macht, das *mehr Geld* des Gefahrenen, das Schieben des Rollstuhls die körperliche und soziale Überlegenheit, die *Zuständigkeit,* Macht und Verfügungsgewalt und meist auch die finanzielle Besserstellung des schiebenden Helfers. Die Bilder gleichen sich, die Machtpotentiale sind vertauscht.

Idee: Silvi Gestaltung: Christian

Während die nichtbetroffenen Helfer durch ihr *Engagement* politische Emanzipationsprozesse verhindern, erübrigt eine politische Emanzipationsbewegung mit dem zunehmenden Grad ihres Selbst-Bewußtseins Helferverhältnisse. Sie werden entweder auf die selbstverständliche gegenseitige Hilfe Gleichberechtigter zurückgeführt oder als bezahlte Dienstleistung in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme bezahlter Dienstleistungen bleibt dann unproblematisch, wenn diese nur die Ausführung von Anweisungen darstellen und der Nutzer die faktische Macht besitzt, Form und Inhalt der Dienste zu bestimmen. Weitergehende Leistungen und fehlende Sanktionsmacht (z.B. durch Entlassung, Wahl eines anderen Dienstleisters) führen zu Bevormundung.
Lediglich durch eine und in einer Emanzipationsbewegung von Betroffenen kann eine gleichberechtigte gegenseitige Hilfe entwickelt werden. Durch die Einbettung auch fest organisierter Hilfen in den politischen Prozeß kann der Gefahr der Helfer/Geholfenen-Beziehungen als Gewaltverhältnisse begegnet werden. Solange Hilfe nicht statt politischen Handelns, sondern als Handlungsvoraussetzung und Teil eines gemeinsamen Emanzipationsprozesses gewährt wird, bleibt sie überwindbar. Verselbständigt sie sich oder verliert sie ihre Funktion im politischen Prozeß, so funktioniert sie als traditionelle soziale Arbeit: mit der notwendigen Konsequenz steigt die Entmündigung der Betroffenen. Die folgenden Thesen sollen dieses verdeutlichen:

- Als Motivation für die Ergreifung des Helferberufes werden uns gegenüber in der Regel drei Gründe genannt: 1. die christlich-karitative Begründung; 2. das politisch-soziale Engagement und 3. die Notwendigkeit, Geld zu verdienen.
- Die christlich-karitative Einstellung erwartet von uns Dankbarkeit, Duldsamkeit und Gefügigkeit für alle an uns vollzogenen Akte christlicher Nächstenliebe. Unser Existenzsinn besteht darin, den intakten nichtbehinderten Helfern durch ihre Arbeit an uns die Möglichkeit zu geben, sich ihr Seelenheil zu verdienen. Besonders nützlich sind wir denjenigen Christen, die als Nonnen oder Mönche sich an uns für ihre frustrierenden und enthaltsamen Lebensweisen rächen können.
- Für die sozial-engagierten Helfer stellen wir einen Ausweg aus der politischen Ausweglosigkeit dar. Wenn die Veränderung der politischen Rahmenbedingungen nicht gelingt, so kann wenigstens dem Einzelnen geholfen werden, so daß die Tätigkeit des sozial-engagierten Helfers die Mitwirkung an der politischen Veränderung ersetzt. Er redet nicht nur, sondern er handelt. Daß dieses Handeln auch wiederum Aussonderung bedeutet, verschwindet hinter seinem guten Willen.
- Die dritte Gruppe reduziert ihren Anspruch auf die Notwendigkeit von Lohnarbeit zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes. Diese nüchterne, und daher scheinbar unangreifbare Definition der eigenen Arbeit würde erst stimmen, wenn die Helferrolle nicht gleichzeitig Machtanspruch beinhalten würde.
- Die Helferrolle und Wohltäterideologie verhindert, daß wir die Nützlichkeit und Qualität der Arbeit an uns und mit uns kritisch und nüchtern beurteilen können.
- Wir können uns im Verhältnis zum Helfer nicht der Degradierung zum Objekt der Hilfe entziehen. Das Verhältnis zum Helfer ist daher ein direktes Gewaltverhältnis.

- Der Helfer hat die Macht, in jeden Bereich unserer Lebensrealität ohne Rechtfertigung hineinzuwirken. Er ist nicht uns, sondern seinen Auftraggebern rechenschaftspflichtig.
- Das bedeutet, der Helfer ist als Vertrauter der Institution für uns zuständig, und zwar für die Gesamtheit unserer Verhaltensweisen und unseres Zustandes. Diese Zuständigkeit entspricht der des Sklavenhalters.
- Fehler an so einer Arbeit und Mißerfolge werden nicht als Fehler des Helfers erkannt, sondern als Ergebnis der Schwere der Behinderung. Persönliche Erfolge des vom Helfer Abhängigen werden ausschließlich als Erfolge des Helfers beurteilt.
- Das Gewaltverhältnis des Helfers wird nur noch durch das des Mediziners, des Psychiaters und teilweise des Psychologen übertroffen. Diese Berufsstände verfügen über die Definitionsmacht, über die Eingriffsmacht und über die körperliche und räumliche Verfügungsgewalt.
- Wirkliche Partnerschaft zwischen Helfer und Geholfenen ist vorläufig unmöglich. Solange der eine dafür bezahlt wird, mit dem anderen umzugehen, solange der Helfer Verfügungsgewalt über uns hat, ist, auch wenn er sie nicht ausnutzt, wirkliche Gleichberechtigung eine Lüge.
- Wird die Tätigkeit der Helfer auf die Erledigung von technischen Hilfestellungen reduziert, werfen sie uns Funktionalisierung vor.
- Je häufiger und je regelmäßiger Helfer für uns zuständig sind, desto schwieriger wird es, der Bevormundung etwas entgegenzusetzen.
- Die Zuständigkeit des Helfers bedeutet für uns Drängen in die Passivität bis hin zur Persönlichkeitszerstörung.
- Der anfänglich erzwungene Prozeß der wachsenden Passivität führt zunehmend zu unserer Lust, *betreut* zu werden.
- Die Angst des nichtbehinderten Helfers, mit uns als minderwertig stigmatisiert zu werden, führt zur deutlichen Abgrenzung und Hervorhebung seiner Andersartigkeit. Wir werden damit zu Instrumenten, Objekten und Opfern seiner Arbeit.
- Je stärker der Abwertungsdruck und je höher die Qualifikation des Helfers, desto technisierter, verwissenschaftlichter und formalisierter wird die Hilfe sein, um dem Helfer die Distanz und die Mystifizierung seiner Hilfe zu gestatten.
- Je stärker die Abweichung von der vom Helfer vertretenen Normalität ist, desto größer sind die psychischen Konflikte des Helfers und um so aggressiver und autoritärer ist das Verhalten des Helfers uns gegenüber.
- Je mehr der Helfer die Identität seiner Objekte beschädigt, je mehr leidet auch seine eigene Identität.
- Einzigster Ausweg für uns muß der Kampf um die Verfügungsgewalt der therapeutischen Instrumente sein.
- Dabei muß in Kauf genommen werden, daß die Hilfeleistung vorübergehend den Charakter entfremdeter Lohnarbeit bekommt. Dieses stellt gegenüber dem Sklavenhalterverhältnis einen objektiven Fortschritt dar.
- Diese Entfremdung kann erst aufgehoben werden, wenn in einer klassenlosen Gesellschaft unsere Aussonderung aufgehoben wurde und selbstverständliche Hilfe Teil der täglichen kommunikativen Beziehungen ist.
- Dieser Emanzipationsprozeß kann nur durch eine autonome Behindertenbewegung, die schrittweise die Hackordnung unter Behinderten aufzuheben hat, geleistet werden. Dieser Prozeß ist pauschal gegen Nichtbehinderte und besonders gegen Helfer gerichtet.

- Wenn man davon ausgeht, daß die Helfer nicht selbständig ihr eigenes Berufsfeld zerstören können, so muß von uns die Entprofessionalisierung gegenseitiger Hilfe vorangetrieben werden. Helfer, die diesen Prozeß unterstützen wollen, müssen sich der geforderten Auseinandersetzung stellen, ihre Zuständigkeit für uns soweit wie möglich zurücknehmen, ihre Tätigkeit durchschaubar, ihre Machtbefugnis und Ausübung kritisierbar machen.
- Rezepte des richtigen Verhaltens für Helfer gibt es nicht und können daher von den Kritikern nicht erwartet werden.

(„Konfrontation oder Integration" von Horst Frehe in: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik", Heft 18/1982)

(26.4. 81)
(Petra F., Bielefeld)

behindert

die minderwertigkeit
haben sie mir
eingeimpft
als ich noch ein
kind
war voller
energie und lust
auf mein leben
irgendwann
begriff ich: ich bin anders als andere menschen
und dann: damit können die anderen nicht
leben

ich aber lebe
mit mir
und den anderen
versuche mir energie und lust
zu bewahren
und habe dabei den schmerz
die bitterkeit
die traurigkeit kennengelernt
und auch das verbissene kämpfen:
nicht wie es euch gefällt
mein leben
wie es mir gefällt!

aus: Tag für Tag 1982, Kalender für Frauen

Krüppelfrauen, erobern wir uns den Tag!

Nati Radtke, Krüppelgruppe Hamburg

Den Tag wieder erobern heißt für uns nichts anderes, als daß wir ein selbstbestimmtes Leben leben wollen. Wir wollen unseren Lebensraum, unsere Wohnung, unsere Freunde, unsere Kleidung, wann wir aufstehen oder zu Bett gehen wollen, selbst bestimmen und noch ganz schön viel mehr. Wir müssen herauskriegen, wie und wo genau Unterdrückung und Diskriminierung gegen uns Krüppelfrauen deutlich wird. Wir denken, daß das nur in einer Krüppelfrauengruppe möglich ist.

Oft hören wir von nichtbehinderten Frauen das Argument: „Wir leiden alle unter den Normen." Das stimmt, aber wir denken, es gibt Unterschiede. Die Normen sind fest vorgegeben. Z.B. der Grad der Schlankheit, die Form des Gesichtes, die Länge des Körpers und seiner Gliedmaßen, der Gemütszustand (fröhlich sein, glücklich sein). Wir Frauen aber sind unterschiedlich, mit verschiedenen Körpern, verschiedenen Lebensauffassungen und verschiedenen Zielen, die wir im Leben erreichen wollen. Aber alle haben wir die Normen verinnerlicht, mit der Hoffnung, ihnen einmal zu entsprechen. Die Norm erfüllen bedeutet, einen Platz in der Gesellschaft zu haben, der mit Glück, Zufriedenheit und Anerkennung verbunden ist. So unterschiedlich unsere Körper sind, so unterschiedlich sind auch unsere Ausgangspositionen, die uns der Norm näher bringen sollen (z.B. ob wir dick, dünn, groß, klein, alt, jung, behindert oder nichtbehindert sind). Daraus ergibt sich auch eine unterschiedliche Betroffenheit. So ist es bei einer Krüppelfrau offensichtlich, daß sie die Norm des wohlproportionierten Körpers nie erreichen wird, während die dicke Frau die Möglichkeit hat, abzunehmen.

Wir müssen aufdecken, wie sehr wir die Normvorstellungen angenommen haben und herausfinden, inwieweit wir einem Hoffnungsschimmer nachjagen, der uns von uns selbst entfernt. Wir wollen klarkriegen, daß Wunschvorstellungen, die wir haben, von außen aufgepfropft sind und nicht unseren wirklichen Bedürfnissen entsprechen, sondern davon ablenken.

Wo stehen wir? Wir brauchen ein Selbstverständnis, das aus uns kommt, mit dem wir ausdrücken, was wir wollen. In einer Frauengruppe mit nichtbehinderten Frauen treten unsere Probleme, die wir aufgrund unserer Behinderung haben, in den Hintergrund. Einmal weil wir gelernt haben, im Hintergrund zu stehen, zweitens, weil wir Nichtbehinderte nicht mit unserer Existenz erschrekken wollen. Das hat zur Folge, daß wir selbst vor unserer Behinderung erschrekken. Wir haben gelernt, nicht über uns selbst und unsere Behinderung zu reden. Meistens reden andere über oder für uns. Das fängt z.B. schon im Geschäft an, wo die Frau, die den Rollstuhl schiebt, gefragt wird, was sie möchte, und die Frau, die im Rollstuhl sitzt, weiter nicht beachtet wird. Oder in einer Interessengemeinschaft, in der Behinderte und Nichtbehinderte zusammen arbeiten, sind meistens die Nichtbehinderten die Sprecher/innen und werden zum Mittelpunkt der Gruppe. Dieses Verhalten soll abgeschafft werden. Wir wollen für uns selbst sprechen. Das ist leichter gesagt als getan. Denn für uns selber sprechen bedeutet einerseits, Verantwortung für uns selbst tragen, unabhängig sein,

und andererseits eine bequeme Lage aufgeben. Das heißt, es bequem zu haben, geschieht anscheinend zu unserem Besten – auf Kosten unseres eigenen Willens, den wir an die Helfer abgeben.
Die Betroffenheit, die ich bei einigen Themen bei der Vorbereitung zum Gesundheitstag empfand, habe ich bei den Frauen in der Veranstaltung wiedergefunden. Die Veranstaltung selber war dann erst mal hauptsächlich ein Kennenlernen. Zur Veranstaltung kamen viele Krüppelfrauen. Wir hatten uns in der Vorbereitungsgruppe ausgemalt, daß wir in der Veranstaltung nur drei oder vier Frauen sind und keine sagt ein Wort. Die Angst erwies sich bald als unbegründet.

Das Thema der Diskussion sollte das Helfen aus unserer Sicht sein. Wir hatten uns einige Fragen überlegt:
Was bedeutet es für uns, Hilfe zu benötigen?
Welche Arten der Hilfe gibt es?
Wie gehen wir damit um, wenn uns geholfen wird?
Wie gehen wir mit der Machtstruktur Helfer – Krüppel um?
Kann bei dem ungleichen Verhältnis Helfer – Krüppel eine gleichwertige Freundschaft möglich sein?
Diese Themen sollten Vorschläge sein, wir wollten uns nicht darauf festlegen, falls mehr Interesse an einem anderen Thema bestanden hätte. Das war dann auch so.
Einige wollten über das Schönheitsideal von Frauen reden, das auf nichtbehinderte Frauen zugeschnitten ist. Viele von uns wurden als Neutren erzogen und lebten in dem Zwiespalt, Neutrum bzw. Frau zu sein. „Immer wieder wurde mir gesagt, daß ich keinen Mann bekäme, aber zur Konfirmation bekam ich Aussteuer geschenkt." Es stellte sich heraus, daß wir von den Norm- und Wertvorstellungen, nach denen nichtbehinderte Frauen be- bzw. verurteilt werden, nicht frei sind. Wir versuchten soweit wie möglich, die Normvorstellungen an uns zu verwirklichen, denn wer die Norm erfüllt, wird in der Männerwelt als Frau anerkannt. Wir begreifen immer mehr, daß Normen ein Unterdrückungsinstrument der Männer sind.

Als wir zu dem Thema *Helfen* kamen, standen Erlebnisberichte im Mittelpunkt. Einige Frauen erzählten von der Situation, in der sie lebten. Das Thema *Schönheitsideal* wie das Thema *Helfen* lösten in der Gruppe große Betroffenheit aus. Für mich wäre es zu wenig, wenn es bei dieser Betroffenheit bliebe; ich möchte, daß sich meine und die Situation anderer Krüppelfrauen in der BRD verändert. Dazu müssen wir noch viel miteinander reden und uns einen gemeinsamen Standpunkt und eine Perspektive erarbeiten.
Um das Ergebnis der Veranstaltung wiederzugeben, möchte ich nicht für die einzelnen Frauen sprechen. Fast jede von uns hat einen Brief geschrieben, in dem sie berichtet, was ihr die Veranstaltung gebracht hat und was sie sich von folgenden erhofft. Aus diesen Briefen habe ich Abschnitte herausgenommen, so daß jede Frau für sich selbst Stellung nimmt. Die Namen habe ich verändert.

Auszüge aus Briefen behinderter Frauen

Karin:
Ich bin zwar diejenige gewesen, die den Vorschlag mit den Erfahrungsberichten gemacht hat, aber bisher bin ich noch nicht dazu gekommen, mich selber tatsächlich mal da ranzusetzen. Das liegt sicherlich vor allen Dingen daran, daß ich in meinem alltäglichen Ablauf nur selten daran erinnert werde, behindert zu sein. Das wiederum beeinflußt meine Einstellung zu dem Thema. Die Krüppelfrauenveranstaltung in Hamburg hat mich seinerzeit interessiert, aber viel übriggeblieben ist davon nicht mehr, abgesehen von dem Gefühl, fehl am Platze zu sein, das ich während der Helferdiskussion hatte. Mir fehlten dazu gänzlich die Erfahrungen, und auch gefühlsmäßig nachvollziehen konnte ich das Problem erst, als ich selbst vor kurzem viele Dinge, die mir vorher selbstverständlich waren, nicht allein machen konnte. Sonst ist es nämlich mein Bestreben und mein Stolz, zwar behindert zu sein, aber (von meinem Anspruch her und meistens auch real) nicht auf andere angewiesen. Ich denke manchmal, daß ich zu kurze Zeit und eigentlich auch zu wenig behindert bin, als daß ich mich maßgeblich einschränken lassen würde. Von meiner Geschichte wie von meinem Zustand her fühlte ich mich von einigen in der Runde ziemlich entfernt, aber ich finde es wichtig, daß ich mich nicht ausschließe, ganz egal, welche Vergangenheit, denn unsere Zukunft ist ähnlich. Außerdem bin ich seinerzeit in die Veranstaltung gekommen, um mir etwas mehr als in meiner gewohnten Umgebung bewußt zu machen, daß ich eine behinderte Frau bin. Im Kontakt mit anderen Krüppelfrauen verspreche ich mir, sinnvoller zwischen meinem erwachenden behinderten Ich und dem immer noch nicht kleinzukriegenden nichtbehinderten Ich vermitteln zu lernen. Ich bin besonders am Zusammentreffen mit Krüppelfrauen interessiert, weil ich im Zuge meiner Erfahrungen in der gemischten Berliner Krüppelgruppe gesehen habe, daß da dieselben patriarchalischen Strukturen fortgesetzt werden, und eigentlich erst eine Gleichberechtigung der Geschlechter erkämpft werden müßte, bevor an die Krüppelemanzipation gedacht werden kann. Das hat mich wütend gemacht, und da müssen wir auch m.E. ansetzen: im Grunde genommen scheint es mir doch vor allem um unsere Identität als Frau zu gehen, die vielen Diskriminierungen zugrundeliegt. Ich betrachte Behindertsein quasi als Verschärfung des gesellschaftlich festgelegten und eingeschränkten Status *Frau,* denn wo wir als Frauen gegen Benachteiligung und Unterdrückung angehen könnten, ist es für uns Krüppelfrauen wesentlich schwieriger oder gar unmöglich. Wichtig finde ich, wie Bettina erwähnt hat, daß wir unsere eigenen Normen und Wertvorstellungen hinterfragen, Gemeinsamkeiten aufdecken, die wir Frauen trotz unserer unterschiedlichen Voraussetzungen haben, um uns der Selbstbestimmung zu nähern, die nicht für alle gleich sein wird, aber doch dieselbe Zielrichtung haben dürfte. Gemäß der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen wird sich dieses Streben in kleineren Gruppen abspielen, die ohnehin schon einen bestimmten Standpunkt zu sich selbst und ihren Bedürfnissen haben.
Ich muß zugeben, daß mein Interesse bisher vorwiegend über den Kopf geht, da ich mich durch meine relativ große Beweglichkeit nicht ganz zugehörig fühle zu Euch, die ihr teilweise wesentlich mehr eingeschränkt seid. Ganz sicher

sind unsere Möglichkeiten verschieden, aber ich denke, daß der Fakt der Diskriminierung und Benachteiligung – ganz gleich, welchen Ausmaßes – an sich genügt, um dagegen anzugehen, auch wenn die eingesetzten Kräfte unterschiedlich groß sind.
Möglicherweise ist mein Problem gar nicht so schwerwiegend, das kann ich schlecht beurteilen und würde gern über so etwas diskutieren, vielleicht unter dem Aspekt *Solidarität unter (Krüppel-)Frauen.*
Wie gesagt, so furchtbar klar ist mir das gar nicht, wie das im Krüppelfrauenkreis ablaufen soll; ich kenne nur eine einzige Krüppelfrau näher, und das beschleunigt nicht gerade die Einsicht. Ansonsten lebe ich unter Umständen, die krüppelemanzipatorische Gedankengänge nicht unbedingt herausfordern, weil ich derartige Rechte da nicht durchfechten muß. (Was nicht heißen soll, daß ich meine Situation idealisiere, es gibt genug zum Meckern, und das tue ich auch.) Im allgemeinen empfinde ich mich zuerst als Mensch mit Neigungen und Abneigungen, Interessen und Bedürfnissen, dann als Frau, und dann unter anderem als Behinderte.
Was mich auch sehr interessieren würde, mit anderen Krüppelfrauen zu diskutieren, wären die Kriterien, nach denen wir Menschen mögen oder ablehnen – was die eigene Person mit einbeziehen würde, also Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein. Woran orientiert sich das? Wenn wir uns in einen Krüppel verlieben (oder jemand sich in uns), geschieht das dann trotz oder mit oder ungeachtet der Behinderung? Vielleicht kommen wir dazu, ohne das extra zu planen.

Hanne:
Aber für mich war es nicht so einfach, mir darüber klar zu werden, was mir die Veranstaltung gebracht hat. Mich hat es auch schon ziemlich viel Kraft gekostet, überhaupt zu dieser Veranstaltung hinzugehen, weil es für mich sehr schwer war und auch noch ist, mich als behinderte Frau anzunehmen. Ich weiß nicht, ob es Euch auch so geht.
In unseren Gesprächen wurde deutlich, daß die Probleme, die sich aus unserer Behinderung ergeben, für jede von uns je nach Art der Behinderung recht unterschiedlich sind. Deshalb hätte ich es schön gefunden, wenn ich noch andere sehbehinderte Frauen getroffen hätte. Denn soweit ich mich erinnern kann, war ich die einzige, die stärker sehbehindert ist.
Am Anfang habe ich mich auch etwas unsicher gefühlt, weil ich nicht wußte, was auf mich zukommt. Aber dann habe ich mich in der Gruppe sehr wohl gefühlt. Nach der Veranstaltung habe ich erst richtig gemerkt, wie wichtig es für mich war, daß wir einmal über uns selbst, über unsere Behinderung und über unsere Angst, die Norm nicht erfüllen zu können, gesprochen haben. Das wurde mir noch klarer, als ich mich am Abend mit Freunden, die nicht behindert sind, über meine Motive, zu dieser Veranstaltung zu gehen und meine Erlebnisse in der Gruppe unterhalten habe. Sie haben mir genau das Argument vorgehalten, das Ihr auch in Eurem Brief geschrieben habt: „Wir leiden alle unter den Normen." Ich habe mich plötzlich vollkommen unverstanden gefühlt und da habe ich gemerkt, daß es für mich sehr gut war, mit Euch zusammen gewesen zu sein.

Ruth:
Während unseres Treffens im Oktober haben wir über unsere gemeinsamen Probleme, die wir mit den Schönheitsidealen und dem Helfen haben, gesprochen. Von beiden Themen war ich stark betroffen. Jahrelang bin ich dazu er-

zogen worden, mit den bestehenden Möglichkeiten zufrieden zu sein, mich mit den Verhältnissen zu arrangieren. So war ich ständig bemüht, mich zu arrangieren, meine Rolle als Krüppelchen und *verhinderte* Frau anzunehmen. Natürlich ist mir die Anpassung nicht geglückt und als der Leidensdruck endlich groß genug war, begann ich, mich gegen die Normen zu wehren.
Trotzdem bekomme ich heute noch Schuldgefühle, wenn ich offensiv gegen Unterdrückung angehen will, mich beispielsweise gegen Nichtbehinderte aus meiner Umgebung durchsetzen möchte. Ich denke, daß wir uns gemeinsam gegen Repressalien wehren können, zu einem eigenen, selbstbestimmten Bewußtsein kommen können. Aus diesem Grund finde ich einen ständigen Kontakt unter Krüppelfrauen wichtig und notwendig. Weiterhin finde ich es gut, wenn wir andere Krüppelfrauen erreichen könnten, Frauen in Heimen und Reha-Zentren, weil ich meine, daß wir schon relativ privilegiert sind und nicht nur für eine *Clique* kämpfen sollten.

Lotti:
Bei unserer Veranstaltung sind wir von unserer direkten Betroffenheit ausgegangen. Das hat mir gut gefallen. Wir haben gemeinsame Ansatzpunkte für eine Veränderung, die wir uns zusammen erarbeiten müssen. Unser Ziel ist es, uns den Tag zu erobern. Wir müssen die Minderwertigkeit, die uns von früh auf eingeimpft wurde, wegstreifen und als lebenswert empfinden. Wir müssen unsere jetzige Situation begreifen, d.h. vom Bestehenden ausgehen und da ansetzen zur Veränderung. Das bedeutet, daß wir uns klar machen müssen, wo wir Normen verinnerlicht haben, welche Stellung wir in der Gesellschaft haben, wie sehr wir noch dem Bild der Musterkrüppelfrau entsprechen, wo und welche Gewalt uns angetan wird. Wir müssen viel aufbrechen!
Für mich stellt sich dann die Frage, was wir mit dem ganzen Wissen machen, wie wir es umsetzen. Welche Art von Widerstand können wir leisten? Wir können uns wehren, indem wir von dem Bild, das die Gesellschaft von Krüppelfrauen hat, abweichen. Konkret heißt das z.B., andere auf ihre Krüppelfeindlichkeit anzumachen, unsere Bedürfnisse anzumelden.
Bei unserem ersten Treffen haben wir über das Helfen gesprochen. Ich selbst bin von Hilfe abhängig und mir ist aufgegangen, daß Hilfe eben nicht nur bestimmte Techniken und Handgriffe sind, sondern eine erhebliche Bedeutung für unser Leben hat, für unsere zwischenmenschlichen Beziehungen. Ich find's gut, daß ich das im Oktober, glaube ich, so empfunden habe. Bei dem Thema Hilfe fällt mir die Verbindung von Gewalt ein und dabei muß ich an meine Mutter denken. *Unsere Mütter* könnte ich mir als Thema, das uns alle betrifft, für unser nächstes Treffen vorstellen.

Ursel:
Erstmal möchte ich einige grundsätzliche Dinge klären: Meine Situation ist insofern eine andere als bei den meisten von Euch, daß ich erst relativ kurz behindert bin und mich vorher bewußt und gut überlegt für ein selbständiges Leben entschieden habe. Vielleicht sollte ich dazu erklären, daß ich bis 78 verheiratet war und einen Sohn habe. Obwohl ich also (Göttin sei Dank) noch niemand zur persönlichen Pflege brauche, fällt es mir schwer, jemand um Hilfe zu bitten, wenn nur eine Glühbirne eingeschraubt werden muß. Die meisten von Euch werden sicherlich darüber grinsen. Ich will damit auch nur meine Schwierigkeiten, mit Euch umzugehen, erläutern. Zudem lebe ich mit der zwar sehr unwahrscheinlichen Hoffnung, wieder einigermaßen *gesund* zu werden.

So, nun aber zu Hamburg: Ich fand es toll, daß Ihr das Treffen organisiert und gemacht habt, habe mich auch bald (trotz sicherlich vorhandenen Widerständen) sehr wohl gefühlt. Mein Hauptproblem dabei ist aber, daß ich dachte und immer wieder denke, eigentlich habe ich kein Recht, was zu sagen, im Vergleich geht'sm ir ja prima! Eigentlich ist das nur eine Verlängerung der Unfähigkeit, mit Krankheit und Behinderung umzugehen, die unserem Gesellschaftssystem eigen ist; obwohl ich längere Zeit körperbehinderte Kinder unterrichtet habe. Zudem ist es wohl eine sehr bequeme Art, mich nicht mit mir und meiner Situation auseinandersetzen zu müssen. Ich finde es toll, daß sich viele weiterunterhalten wollen. Das macht mir Mut.

Monika:
Selbstbestimmung der behinderten Frau – ich glaube, über die Wichtigkeit dieser Sache sind wir uns im Kreis alle einig. Nur wie wir das angehen werden, darüber differiert die Meinung doch etwas.
1. Wenn wir von der Selbstbestimmung und Selbstfindung der behinderten Frau sprechen, dann muß uns einerseits bewußt sein, daß wir von unserem intellektuellen Status heraus schon aus einer gehobenen Position argumentieren, andererseits uns jegliche Information fehlt, was behinderte Frauen in den Heimen von ihrer Selbstbestimmung erwarten. Unter diesen, nicht übermäßig günstigen Ausgangsbedingungen müssen wir uns klar machen, daß es uns nicht gestattet sein wird, für *die behinderte Frau* zu sprechen; daß wir selbst bei dem besten Versuch, Klarheit zu finden, im privaten Bereich stecken bleiben. Das ist nicht illegitim, aber wir müssen wissen, daß es so ist.
2. Bei der Klärung unseres Selbstverständnisses muß wohl schon die Frage im Vordergrund stehen:
a) In welchem Rahmen die Abgrenzung erfolgen soll (muß), und wie weit sie zu gehen hat?
b) Von welchem Punkt unserer eigenen Bewußtseinswerdung schlagen wir Türen zu und Möglichkeiten aus, die uns mit der nichtbehinderten Welt, den nichtbehinderten Frauen verbinden könnten?
c) Unter Berücksichtigung der beiden erstgenannten Punkte muß jetzt der erste Schritt getan werden, bei uns in kleinster Gruppe miteinander abgestimmt werden, der uns zum Selbstverständnis führt, und den wir dann bis zum nachfolgenden Treffen in unserem Alltag proben müssen.

Petra:
Mir fiel auch auf, daß es für jede von uns unterschiedlich ist, wann und wie wir uns betroffen fühlen, also z.B. in Bezug darauf, wie wir von Hilfe abhängig sind bzw. gemacht werden. Aber ich denke, daß etwas gleich ist an unserer unterschiedlichen Betroffenheit. Ich finde es wichtig, dieses, was gleich ist, herauszufinden: wie können wir uns gegen Unterdrückung wehren und welche Möglichkeiten, Widerstand zu leisten, gibt es für uns? Darüber möchte ich gerne reden. Hier in Hamburg haben wir eine Krüppelfrauengruppe, und wir sind gerade dabei, den *roten Faden* für uns zu finden. Ich denke, daß uns das gelingen wird. Ich denke, es ist gut, wenn jede versucht, in ihrem näheren Umkreis eine Krüppelfrauengruppe zu haben, und wir uns dann in mehr oder weniger regelmäßigen Treffen über unsere Arbeit berichten. Und über Aktionen hinaus, die wir vielleicht im *Kleinen* machen können, gemeinsame größere Aktionen überlegen und unsere Vorstellungen und Ideen zusammentragen.

Krüppelgruppe – Isolation oder Selbsthilfe?

Uschi Willeke, Krüppelgruppe Berlin

Die Veranstaltung begann mit einem kleinen Eklat. Da das Thema *Krüppelgruppe* im Moment überall diskutiert wird, hatte sich auch ein Fernsehteam im Veranstaltungsraum mit aller Selbstverständlichkeit aufgebaut. Die Fernseh-Leute waren sichtlich überrascht, als ihnen die Teilnehmer der Diskussion bedeuteten, den Raum zu verlassen, weil sie an der Vermarktung dieses Themas als einem Stück bisher unbekannter Krüppel-Exotik nicht interessiert seien. Nachdem sich zudem noch herausstellte, daß die Film-Leute im Auftrag des ZDF-„Gesundheitsmagazin Praxis" und dessen Chef Dr. h.c. Hans Mohl (Vater der „Aktion Sorgenkind") erschienen waren, blieb ihnen nur noch der mißmutige („9 Millionen Zuschauer werden das nicht verstehen!") Abgang. Als auch die letzten Nichtbehinderten verstanden hatten, daß das Gespräch ohne sie stattfinden sollte, begann die Diskussion um den Krüppelstandpunkt, die hier wörtlich nach einer Aufnahme auf Tonband wiedergegeben wird. (Die Namen wurden geändert; die Red.)

Diskussion um den Krüppelstandpunkt (Tonbandprotokoll)

Christa: Die Idee zu dieser Veranstaltung entstand nach der Aktion auf der REHA 81 in Düsseldorf (1). Etwa 15 Krüppel kamen damals überein, hier in Hamburg was zu machen. Die überregionale Zusammenarbeit klappte dann nicht so gut, so daß wir in Berlin darauf angewiesen waren, es selbst zu machen. Dazu hatten wir in Berlin Schwierigkeiten mit der Koordinierung in der Gruppe (Urlaub, Kur) für die Ausarbeitung eines Konzepts. Dies ist insofern überholt, da die Gruppe nach meiner Definition noch keine Gruppe ist. So haben beispielsweise gestern zwei Mitglieder abgesagt. Und da sind wir beim Thema, das hier ansteht: Die Schwierigkeiten unter uns, warum klappt es nicht, was hindert uns, überhaupt miteinander was zu machen? Ich kann noch erklären, daß der Erich nichts hört, und es wäre schon ganz toll, wenn auch andere als Irene mal mitschreiben. (Pause) Vielleicht können wir mit der Frage beginnen: Warum gehe ich in eine Krüppelgruppe?
Günter: Ich bin noch nicht in einer Krüppelgruppe gewesen.
Maria: Das ist bei mir anders. Ich hab' mich einer Gruppe angeschlossen, um mich zu informieren – über Positionen und Standpunkte von Behinderten. Und auch um über mich zu sprechen.
Karl: Also ich hab' mich gewundert, daß hier die Leute vom Fernsehen rausgeschmissen wurden. Aber ihr werdet eure Gründe haben...
Christa: Ja, es geht eben um die Probleme von uns, unter uns, was ich vorhin erklärt habe.

Irene: Ich bin in einer Krüppelgruppe gewesen und habe da eigentlich zuerst gelernt, meinen Maßstab nicht beim Nichtbehinderten zu suchen. Mich mit meinem ganzen Scheiß – mit Scheiß meine ich jetzt mal meine Behinderung – zu akzeptieren, zu sehen. Meine Schwierigkeiten nicht als Darstellung für Nichtbehinderte zu bringen, sondern ein Gefühl der Solidarität zu haben, die Behinderung nicht als minderwertig zu sehen.
Christa: Im Gespräch mit anderen Krüppeln?
Irene: Ja, im Gespräch mit anderen Krüppeln. Und ich sehe einen Punkt, warum Krüppelgruppen Schwierigkeiten haben, länger zu bestehen, darin, weil ich doch immer wieder versucht bin, mit Nichtbehinderten was zu machen. Das muß man sicherlich, doch dahinter steht oft die Angst der Isolation, nicht mit Nichtbehinderten Kontakt zu haben. Deshalb keine Krüppelgruppe, dann mach' ich ja wieder nur was mit Behinderten. Also daß Krüppel sich selbst als minderwertig sehen und deshalb Schwierigkeiten haben, so 'ne Gruppe zu akzeptieren.
Christa: Du meinst also, wenn Krüppel unter sich sind, ist ein Selbstverständnis der Minderwertigkeit da?
Irene: Also ich sehe das nicht so. Aber im Gespräch mit anderen Krüppeln oder Nichtbehinderten kommt immer das Argument: Eigentlich wollen wir ja Integration und eigentlich wollen wir ja keine Isolation...
Christa: Ich denke, wir sollten weniger darauf achten, wie wir von außen gesehen werden, sondern mehr über unsere Schwierigkeiten in der Gruppe reden.
Josef: ...es ist einfach, wenn sich intellektuelle Krüppel treffen und sagen, wir wollen Auseinandersetzung, über unsere Ängste reden. In einer Kleinstadt, wo 's wenig gibt, stellt sich die Frage erstmal nicht...
Karl: Warum gehe ich überhaupt in eine Gruppe? Weil ich das Bedürfnis habe, das Bedürfnis zum Menschen habe. Wie er sich nennt – ob er sich Krüppel oder Behinderter oder Generaldirektor nennt – ist doch die zweite Sache dabei.
Anneli: Was erwartest du denn, wenn du in eine Behindertengruppe gehst?
Karl: Das erste ist der menschliche Kontakt. Das zweite ist: Welche Interessen habe ich in der Gesellschaft, in der ich im Moment lebe? Wie erleichtert man mir das Leben? Ich bin auch dafür, daß ich die Medizin benutze, um mein Leben zu verbessern. Aber es müssen Forderungen gestellt werden, sei es an den Nachbarn oder an den Staat. Und ich kann sie mit einer Gruppe, sei sie klein oder groß, doch viel besser durchsetzen. Genau wie ich als Arbeiter in die Gewerkschaft gehe.
Anneli: Ich bin nicht in einer Krüppelgruppe. Jetzt soll doch mal einer von denen, die in der Krüppelgruppe aktiv sind, etwas zu dem eben Gesagten äußern. Um den Unterschied klarzukriegen. Was ist Zielsetzung der Krüppelgruppen?
Erich: Na, es gibt schon Kontakte zwischen Behinderten und Nichtbehinderten. Und ich meine, um selbst seine Interessen zu erkennen und zu artikulieren, muß man sich organisieren. Ja, und das ist der Grund, warum ich in der Krüppelgruppe bin.
Karl: Das habe ich nicht ganz verstanden... entweder dein Dialekt oder meine Ohren... Ich hab' das gar nicht mitgekriegt.
Christa: Er auch nicht. (Hinweis auf Erichs Taubheit)
Erich: Er hat mich nicht verstanden? Tja, ich hab' so'n bißchen Schwierigkeiten mit der Akustik aufgrund meiner Taubheit... Also der Grund, warum ich zur Krüppelgruppe gekommen bin, war – ich will das doch mal ausführlicher

formulieren: Ich bin damals viel in Gruppen gewesen, die so Integration gemacht haben, so nach dem Motto „Behinderte heim in die Gesellschaft". Und ich bin zu dem Ergebnis gekommen, daß das halt nicht läuft, weil – das passiert nicht! Das ist halt nur eine Verein-Integration. Und daß man es als Krüppel irgendwie immer versucht, sich an Sachen zu orientieren und an Normen zu orientieren, die man letztlich und unendlich doch nie erfüllen kann. Wenn man sie versucht zu erreichen, tja, das Ziel erreicht man eben nie, da macht man sich selbst was vor... Selbst wenn man das versucht und ziemlich nahe kommt, ist das keine Integration. Du wirst doch nicht akzeptiert.

Anneli: Also ich habe den Erich jetzt so verstanden, daß man es als Behinderter sehr oft in der Gruppe erleben kann, daß die Leute so tun, als würden sie einen mit der Behinderung akzeptieren und annehmen, so wie man ist. In Wirklichkeit geht es doch bloß bis zu einem bestimmten Grad, und zwar so innerhalb der Gruppe. Aber daß sie ganz automatisch, weil die Nichtbehinderten einfach gelernt haben, daß sie, weil sie nichtbehindert sind und mehr arbeiten können, viel mehr Wert sind als so'n armer Krüppel, denken, daß man die nun bemitleiden muß und ihnen was Gutes tun muß. Und daß das einigen Krüppeln unheimlich stinkt und sie keine Lust mehr darauf haben, sich ihre Wertvorstellungen beim Nichtbehinderten zu holen, wie Menschen zu sein haben. Sondern daß sich Krüppel einfach mal zusammensetzen und dabei nicht gucken, wie der Nichtbehinderte uns gerne hätte, stattdessen: Wie wollen wir uns benehmen, was wollen wir erreichen, was sind wirklich unsere Interessen? Und das lange und ausführlich unter sich zu machen wie die Frauen das in der Frauenbewegung gemacht haben.

Erich: Ja, kann man so sagen.

Sven: Ich kann mal erzählen, wie wir in der Kölner Redaktion der „Luftpumpe" mit dem Problem umgehen. Wir haben die Krüppel-Debatte hitzig debattiert. Um es zusammenzufassen: Wir arbeiten und erstellen die Zeitung als Behinderte und Nichtbehinderte. Aber wir sprechen über unsere Motivationen, warum wir Behindertenarbeit machen, getrennt. Und ich hab' die paar Mal, wo wir bisher zusammengesessen haben, als sehr positiv erlebt, obwohl ich am Anfang sehr skeptisch war. Wir unterhalten uns mehr und mehr darüber, was wir schreiben. Denn theoretisch sind wir uns sehr bewußt über die Ursachen, die uns aussondern (die Norm, das Ideal usw.), haben wir schon ein paar Mal geschrieben. Aber wir haben gemerkt, daß es unheimlich schwer ist, die Ideale aus dem Kopf zu kriegen, sie loszuwerden und neue Ideale sich aufzubauen. Das benötigt eine Arbeit mit uns selber, ganz extreme Arbeit mit uns selber. Da hat sich schon positiv gezeigt, daß wir das in der Redaktion gemacht haben. Auch die Nichtbehinderten erzählen von ihrer Gruppe eigentlich Gutes, obwohl sie anfangs vorsichtig waren. Sie haben gemerkt, daß sie nicht ausgeschlossen sind. Die politische Arbeit machen wir zusammen, die Frage der Motivationen klären wir in getrennten Gruppen. Ich finde es gut, wenn ich zum Beispiel über den Wert *Sport* rede, daß alle in der Gruppe das Problem damit haben, nicht einer dabeisitzt und sagt „Ja, ich fühle mich solidarisch mit Euch" oder so.

Heidrun: Wo ist der Unterschied zur Krüppelgruppe in Köln?

Sven: Wir machen die Zeitung, können uns nur einmal im Monat unter uns Krüppel treffen. Die Krüppelgruppe hat mehr Zeit und hat ein anderes Selbstziel. Die sagen: Wir sind eine Krüppelgruppe und machen ohne Nichtbehinderte unsere Arbeit.

Josef: Für mich ist das eine zu starke Zweigliederung. Einmal das Politische

und dann das Private.
Sven: Das finde ich sehr richtig. Ich erwarte auch von diesen Gruppen noch mehr tagespolitische Arbeit. Ich meine, wenn wir selbstbestimmte Projekte entwerfen wollen – das wäree ine Forderung –, dann müssen wir erstmal selbstbestimmt sein. Und diese Selbstbestimmung kommt nicht von alleine, sie kommt auch nicht durch die Arbeit am Projekt. Ich kann im Projekt soviel theoretisch machen, daß ich an meiner Selbstbestimmung vorbeilaufe. Also nochmal: Um selbstbestimmte Projekte machen zu können, muß ich selbstbestimmend sein, und dazu muß ich mich mit mir auseinandersetzen, mit dem, was ich im Kopf habe. Ich glaube, daß nach einer gewissen Zeit der Selbstfindung bei Behinderten und vielleicht auch bei Nichtbehinderten wir zu neuen Projekten kommen werden. Wir kriegen z.B. bei unserer Zeitung immer den Vorwurf: „Ihr schreibt ja immer nur Negatives, ihr schreibt nie Positives." Da sagen wir: „Es gibt auch nichts Positives zu schreiben." Wir müssen erstmal abwarten, bis wir aus unseren eigenen Kräften heraus Positives aufbauen können. Bei der Frauenbewegung hat man ähnliche Prozesse. Da gab es auch 'ne Zeit des Rückzugs, die Zeit der Auseinandersetzung mit sich selbst. Danach kamen die Projekte, z.B. die Idee, Frauenhäuser zu machen.
Josef: ...Es ist für mich jedenfalls vorstellbar: Wenn ich schon über eine Stufe stolper' mit meiner Krücke, daß ich dann auch möchte, daß die beseitigt wird. Das würde ich zunächst als Selbstbestimmung in dem Sinne begreifen. Das sind Aspekte, die sich in jahrelanger Erfahrung ergeben haben, ohne sie bis ins Kleinste ausgelotet zu haben. Und ich will das nicht so sehen, daß wir die Arbeit laufen lassen zugunsten einzelner Diskussionen...
Angelika: Nein, also das mit den Gehsteigen und so... da geh' ich zur Behörde und mach' da was. Aber einfache Beziehungen zu Nichtbehinderten, die Abhängigkeit und das Bewußtsein der Abhängigkeit, das kannst du nicht so leicht abbauen. Ich bin als Behinderte erzogen worden mit Normen der Nichtbehinderten. Mir wurde eingekauft und wo ich arbeiten mußte... Nun muß ich meine Normen finden, die ich richtig, die ich gerecht finde.
Josef: Es ist für mich eine eigene Qualität, sich über Ängste, über Normen zu streiten. Andererseits aber das, was ins Auge springt, nicht zu beseitigen. Es ist einfach nicht so: Ich geh' zur Behindertenbehörde und sage, macht mal. Die Barrieren müssen einfach abgebaut sein, um überhaupt Reden zu führen oder Freizeit machen zu können. Natürlich sind auf der anderen Seite die Ängste und die Schwierigkeit, daß man sich diesen Normen unterwirft. – Worauf ich insgesamt hinaus wollte: Wenn ich die Krüppelgruppe sehe, sind es so Sachen wie Bordsteinkanten, die da für mich mit hineingehören. Ich höre hier aber bisher immer nur den privaten Aspekt.
Irene: Ich wollte sagen, daß man äußerliche Bedürfnisse, also die Absenkung der Bordsteige, anders vertreten kann, wenn man seine Bedürfnisse und auch seine Abhängigkeit besser kennt. Sie mit mehr Power vertreten kann, sich einfach viel sicherer ist. Deshalb denke ich, ist es zunächst auch für die politische Arbeit notwendig, sich erstmal seine Bedürfnisse bewußt zu machen. Ich glaube, daß gerade dies Behinderte sehr wenig gelernt haben – die Legitimität ihrer Bedürfnisse.
Ute: Es ist wichtig, auf die objektiven Seiten, die kannst du auch politisch nennen, zu achten. Sachen, die wir konkret als Behinderte fordern, wie z.B. „Raus aus den Heimen". Ich würde das umdrehen. Das mit der Krüppelgruppe muß nebenher laufen, wie Sven beschrieben hat. Nicht das andere. Ich bin der Meinung, für bessere Bedingungen – wie etwa über die VIF-Einrichtung (2),

wo Behinderte erstmal aus Heimen 'rauskommen und draußen wohnen, auch wenn es wieder über Pflege der Nichtbehinderten läuft – für diese minimalsten Bedingungen zu kämpfen. Es nützt überhaupt nichts, wenn wir eine Elite herausbilden, die sich mit ihrem Selbstverständnis auseinandersetzt und ihre Bedürfnisse entwickelt, wenn da nicht die Basis hinterkommt. – Eine andere Sache finde ich noch unheimlich wichtig. Ich finde nämlich nicht, daß es meine Leistung ist, daß ich nicht im Heim bin, sondern das liegt an den Bedingungen. Meine Eltern sind Ärzte und ich hab' Glück gehabt. Und ich denk' auch, daß ich den Leuten, die im Heim sitzen, verpflichtet bin, einen Kampf für sie zu führen – ich sage das jetzt mal sehr verbalradikal –, daß sie da 'rauskommen. – Ich wollte nochmal auf Dortmund (3) zu sprechen kommen. Da haben sie ja gesagt „Die kleine radikale Minderheit". Und da können wir nur die Frage stellen: Ja, wie hätten denn die Leute in Heimen, die da eingepfercht sind, in Psychiatrien stecken, mit uns auf der Bühne sein können? So 'rum müssen wir das natürlich auch sehen.

Was ich sicherlich wichtig finde, ist das Problem, Behinderten-Manager herauszubilden. Das haben wir ja auch bei den ZDF-Leuten angesprochen, daß die uns vermarkten, Musterkrüppel als Marktlücke entdecken. Dem müssen wir unheimlich entgegenwirken. Aber *das* muß nebenher laufen und nicht die politische Arbeit. Damit gehen wir eher in eine Sackgasse als andersherum.

Sven: Woher kommt denn das, daß in unseren Kreisen im Moment so wenig politische Arbeit passiert? Gut, wir haben zwar in diesem Jahr Dortmund gehabt, wir haben Düsseldorf gehabt und wir werden das Krüppel-Tribunal haben. An Institutionen haben wir die VIF. Und sonst nichts! Die ganzen CeBeeF's, die ich kenne, liegen am Boden. Und wenn wir uns dann fragen: Ja, warum passiert denn eigentlich so wenig? – dann kommen wir irgendwie dahin, daß eigentlich die Zeit dieser aktiven Partnerschaft, wie die CeBeeF's (4) das in ihrer Blütezeit erlebt haben, eigentlich vorbei ist. Jetzt stehen ganz neue Probleme da. Wir haben jetzt erkannt, wo die Ursachen sind – die Normen und Werte, die uns anerzogen werden –, das hat lange genug gedauert. Jetzt müssen wir aber weitergehen und uns fragen: Wie gehen wir um mit diesem Wissen? Wie werden wir die Ideale denn los? Und es geht nicht anders, als daß wir uns mit uns selbst auseinandersetzen. Dann werden auch politische Projekte, Alternativen und Initiativen entstehen.

Kurt: Es ist doch sicher viel schwieriger, seine persönlichen Ängste in die Gruppe am Anfang einzugeben als zunächst einmal objektiv bestehende Mißstände zu bekämpfen. Es ist schwer, praktisch aus dem Nichts 'ne Krüppelgruppe ins Leben zu rufen. Denn bis zu diesem Punkt – Krüppel zu sein – ist ein längerer Weg als zu sagen, ich gehe in eine Behinderteninitiative und am Anfang steht die Zusammenarbeit Behinderte und Nichtbehinderte.

Petra: Ich hab' noch nie in einer Gruppe mitgearbeitet. Aber ich finde, wenn ich anfange, politisch zu arbeiten, hilft mir das auch bei der Selbstfindung; oder wenn ich politische Arbeit mache, daß ich direkt auf praktische Arbeit komme, daß sich das nicht vermeiden läßt, daß man die drei Teile verbinden kann. Muß diese Trennung sein?

Ute: Die Flaute in der Behinderten-Arbeit hat verschiedene Ursachen. Es ist nicht nur, daß wir ausgelaufen sind in der politischen Arbeit. Was nicht gelaufen ist, daß ein paar Leute, die unheimlich viel gemacht haben in der Behindertenarbeit, es nicht geschafft haben, diejenigen soweit zu berücksichtigen, die erstmal *Mitläufer* waren, daß sie *danach* selbständig arbeiten konnten. Ich glaube, daß dadurch, was alles in diesem Jahr abgelaufen ist, durch die Diskussionen

in der überregionalen „Aktionsgruppe gegen das UNO-Jahr" sich unwahrscheinlich viele Leute mit solch' ansatzweise radikalem Standpunkt wie „Weg von den Sondereinrichtungen" auseinandergesetzt haben. Diese Ansätze müssen wir auffangen und in dem Rahmen weiterarbeiten, den Sprung zwischen Elitekrüppeln und den Leuten im Heim oder denjenigen, die gerade angefangen haben, nachzudenken, nicht noch größer zu machen. Selbstfindung sollten wir nicht abbrechen oder boykottieren, sie endet aber in der Sackgasse. Der Ansatzpunkt *Betroffenheit* reicht nicht ganz, um politische Arbeit zu leisten.

Sven: Ich möchte dazu sagen, daß ich die Trennung gar nicht sehe zwischen praktischer und politischer Arbeit. Praktische Arbeit öffentlich gemacht ist immer politisch. Aber ich glaube nicht, daß politische Arbeit zur Selbstfindung führt. Politisch ist mir das ja alles klar, jedenfalls meinen wir das: daß Normen und Werte Scheiße sind, das wir die überwinden müssen — alles klar. Aber es nützt nichts zu wissen: Das sind die Leute, die an den Normen und Werten interessiert sind, die uns unterdrücken. Da müssen wir doch sagen: *Diese* Leute angehen und uns selbst angehen. — Ganz kurz: Der Vergleich mit der Frauenbewegung hinkt beim Aspekt der physischen Abhängigkeit.

Christa: Ich würde mir wünschen, daß so Privatheit und politische Arbeit, wobei man über die Begriffe streiten kann, zusammenkommt. Ich denke auch, daß eines ohne das andere nicht sinnvoll ist. Da liegt die Schwierigkeit, die ich

erlebt habe in einer Gruppe, wo gesagt wurde, wir wollen an der Sache arbeiten. Es wurde Behindertenarbeit gemacht zusammen mit Nichtbehinderten, wo ein Aktionismus entstand. Nur um etwas vorzeigen zu können, wurde Aktion gemacht. Die Leute selber wurden dabei 'rausgelassen. Man hat seine Termine gehabt, man ist da hingegangen, es wurde gesagt, macht mal schnell, ich habe keine Zeit. Und das in 'ner Gruppe, die den Anspruch hat, Behindertenarbeit zu machen. Was bin ich denn da? Was suche ich da mit meiner eigenen Betroffenheit? In der Konsequenz daraus haben wir in Berlin die Krüppelgruppe gemacht. Natürlich haben wir da auch Probleme, und im Moment machen wir das, was man Privatheit nennt. Also wir reden miteinander oder auch nicht – das ist ein ganz großes Problem, nicht zu sagen, was man wirklich voneinander hält oder was man will. – Ich war bisher so mit mir beschäftigt, daß ich keine Energie für politische Arbeit hatte. Jetzt habe ich immerhin schon Energien für 'ne Krüppelgruppe und denke, da meine Erfahrungen weitergeben und weitermachen zu können mit anderen zusammen. Das ist ein Fortschritt. Dann wollte ich noch auf die technische Abhängigkeit eingehen. Das ist, glaube ich, ein Irrtum, wenn wir uns sagen, wir sind angewiesen auf Nichtbehinderte aus technischen Gründen. Damit vergibt man sich eine ganz große Chance von vornherein, sich selber was zuzutrauen. Ich hab' das jetzt konkret erlebt. Wir waren in Urlaub, hatten 'ne Panne und konnten nicht weiter. Da war ich mit einem Krüppel im Rollstuhl zusammen, Auto war voll, wir hatten Gepäck. Wir sind dann mit dem Zug zurückgefahren, etwas, was der noch nie gemacht hat. Und ich mit Gepäck und kann nichts tragen. Das war ein Abenteuer für uns. Aber wir haben es uns zugetraut. Wir sind als Krüppelgruppe losgefahren, wo man auch hätte sagen können, ihr braucht einen zum Helfen. Aber wir haben es geschafft alleine. Man muß also schon ein gewisses Risiko zulassen.

Sven: Ich denke, daß wir uns mit diesem Thema noch mehr auseinandersetzen müssen. Daß viele von uns eben als Krüppel von Nichtbehinderten ganz extrem abhängig sind. Für die ist das schwerer, Krüppel zu sein.

Anneli: Daß Krüppel das alles alleine packen, ist, glaube ich, wirklich ein Irrtum. Es gibt kaum Krüppel, die in der Lage sind, unsere Mitkrüppel zu heben, zu pflegen, zu machen und zu tun.

Christa: Da ist ein Unterschied, ich würd' da differenzieren insoweit: Was kann ich machen und was mache ich nicht, weil ich mich unsicher fühle und es mir nicht zutraue. Das eine ist z.B., wenn ich 'ne unsichere Situation nicht ertragen kann, wenn ich nicht weiß, wie ich nach Hause komme, einfach nicht wegzugehen. Das sind Sachen, wo ich sicher Möglichkeiten hab', was zu tun. Das andere ist eben, Dinge zu tun, die ich einfach nicht machen kann. Da würde ich aber auf den Begriff *Handlanger* zurückkommen. Das sehe ich nicht als Handlanger. Warum sollen wir nicht in Anspruch nehmen, das, was wir nicht, aber andere für uns machen können? Aber die haben deshalb kein Recht, mit uns oder über uns zu bestimmen! Das ist der Haken an der Geschichte.

Anneli: ...Ich denke, daß in der Krüppelbewegung jetzt nur passiert, was in den ganzen anderen politischen Bewegungen auch passiert. Die Frauenbewegung hat auch Krisen, die Schwulenbewegung erlebt auch Krisen. Außerdem ist der Rückzug ins Private im Moment unheimlich *in* und da machen wir eigentlich nur das, was andere Gruppen auch machen. Ich kann mit dem Wort *Selbstfindung* absolut nichts anfangen, das ist so hohl wie nur irgendetwas. Weil ich denke, der Mensch ist aus dem Gesellschaftssystem, in dem er nun mal lebt, nicht herauszulösen. Es wird immer irgendwelche Wechselwirkungen geben. Daher kann keine Frau, kein Schwuler und kein Krüppel sagen: Das ist

mein unabhängiges Bedürfnis. Das ist in anderen Gruppen schon politisch diskutiert worden. Aber Krüppel scheuen sich, ihre politische Meinung ohne ihre Behinderung zu diskutieren.

Ute: Ich wollte noch was zum Handlanger sagen. Es ist natürlich richtig, daß wir fordern, daß mich niemand, der mir auf's Klo hilft, unter Druck setzen kann. Aber ich find's ein bißchen zynisch zu sagen, warum sollen wir nicht das in Anspruch nehmen, was andere können. Das geht vielleicht, wenn ich jemanden frage: „Machst mir mal den Knopf an der Hose zu" oder sowas. Aber wenn du dir mal überlegst, da sind Leute, die brauchen wirklich 24 Stunden Pflege. Und hier kann ich nicht sagen: „Weißt du, du bist nichtbehindert. Deshalb werde ich dich in Anspruch nehmen." Das heißt doch für den anderen, daß er einen unwahrscheinlichen Bereich seines Lebens – aufopfert ist ein blödes Wort – abgibt für jemand anderen. Du kannst sagen, okay, das ist sein Beruf und er kriegt Geld dafür. – Aber was mich aufgerüttelt hat im Krüppelstandpunkt war, daß Tetraplegiker (5) oder andere Schwerstbehinderte gesagt haben: Ich kann und will nicht auf die Auseinandersetzung mit den Nichtbehinderten, von denen ich gepflegt werde, verzichten. Sie aus der privaten und politischen Behindertenarbeit herauszuziehen, nur noch alleine zu arbeiten, mich von ihnen hinbringen, verpflegen zu lassen. Dadurch entsteht ein Dienstleistungsprinzip, das ich nicht will. Es ist wichtig, daß wir das auch mal überdenken. Ich kann von niemandem verlangen, mir grundsätzlich zu helfen, egal, was für'n Arschloch ich bin, verstehste?

Christa: Aber das ist doch gerade das Problem. Daß ich umgekehrt permanent ein schlechtes Gewissen habe, weil ich bestimmte Sachen nicht alleine schaffe und dann sage: Komm mach' mal, hilf' mir mal. Ich sage nicht, daß man das mit so einer schnorrigen Selbstverständlichkeit verlangen muß. Aber warum soll ich ein schlechtes Gewissen haben, weil andere mir helfen? Das Problem ist, daß ich mir deshalb auch sehr viel verbiete!

Karl: Woher hast du denn dein schlechtes Gewissen? Ich verstehe das nicht. Wenn mir jemand hilft, dann sage ich danke schön, das ist aber eine Höflichkeit. Und ich laß mir auch gerne helfen, das bedeutet noch keine Unterdrükkung. Das kann dazu werden, wenn ich den falschen Standpunkt habe: Ich bin abhängig von dir...

Christa: Was ist daran der falsche Standpunkt? Ist es keine Abhängigkeit?

Karl: ...wenn ich eine Pflegekraft habe, die bezahlt wird, kann sich die Pflegekraft mit mir solidarisieren. Ich kann sagen: Wir sind eins, du bist der Teil, ich bin der Teil, und wir gehören einfach zusammen; du brauchst meine Hilfe und ich geb' sie dir, das ist aber noch keine Abhängigkeit. Die Abhängigkeit ist die, die vom Staat kommt: Daß ich zu wenig Hilfe kriege, daß er sich nicht um dich kümmert und daß du deshalb „bitte, bitte" machen mußt. Das ist dann die Abhängigkeit.

Christa: Einerseits stimmt das, andererseits stimmt es auch nicht. Denn die psychische Abhängigkeit fängt viel früher an. Die fängt eben da an, wo ich das schlechte Gewissen habe, weil ich was brauche und nicht gelernt habe, dies als selbstverständlich zu sehen. Nochmal konkrete Beispiele: Im Urlaub hatten wir einen Ausflug vor, da mußte man einen Schotterweg und einen richtigen Berg hoch, um zum Konzert in eine Kirche zu kommen. Da hat der J. gesagt: Nee, wenn ich mich tragen lassen muß, dann gehe ich da nicht hin. Das ist die Angst, etwas zuzulassen, wo man nicht weiß, was dann passiert. Die Angst sitzt so tief, daß ich lieber darauf verzichte, etwas zu tun, was ich gern möchte. Das ist das eine. – Dann kann ich von mir ein Beispiel nennen. Ich hab' 'ne

Sehbehinderung, die dazu führte, daß ich in der Schule immer fragen mußte: Was steht denn da an der Tafel? Ich hatte das Pech, eine Zwillingsschwester zu haben, die dann dafür verantwortlich war. Ich habe nie gelernt, selbstverständlich zu fragen: Lies mir mal vor oder sage mir mal. Das sind Mechanismen, die gehen unheimlich tief.

Karl: Die hast du doch verloren, du sitzt doch hier. Wenn du so sein würdest, wie du sagst, dann würdest du doch nicht hier sitzen.

Christa: Das ist 'ne Entwicklung, klar. Und da spielt eben eine Rolle, wie und wo und mit wem ich darüber reden kann; mir meine Ängste und Probleme einzugestehen, zuzugeben, was ich sonst nicht zugeben würde. Und da kommen wir wieder auf den Ausgangspunkt zurück: Wo kann ich das? Wo finde ich soviel Solidarität?

Karl: Ich habe viel politische Arbeit gemacht und habe in den Gruppen oft Solidarität erlebt. Ich bin betroffen, daß dies bei euch nicht so ist.

Maria: Vorhin wurde erwähnt, daß Selbstfindung unheimlich *in* ist. Ich finde aber keine Gruppe — und die sogenannte Krüppelgruppe schon mal gar nicht —, wo ich meine Ängste, meine Schwierigkeiten oder den Wunsch, Unterstützung zu haben, besprechen kann. Wenn ich da stehe und Flugblätter verteile, ist das für mich erstmal etwas Neues. Das möchte ich auch besprechen können, die Ängste, die ich dabei habe. Ich kann aber weder das eine noch das andere in der sogenannten Krüppelgruppe machen. Ich sehe eigentlich nur 'ne Spaltung. Ich muß mich immer entscheiden, wo ich hingehe. Und ich kann mich nicht entscheiden, weil ich noch nicht so weit bin! Was ich unter der sogenannten Krüppelgruppe verstehe, ist herauszufinden, wo ich eigentlich hin will. Will ich in 'ne radikale Gruppe nur unter Krüppeln oder will ich in die gemischte Gruppe? Aber solange ich nicht die Möglichkeit sehe, mit Krüppeln zusammen dies offen durchzudiskutieren, sehe ich für mich keine Chance, da mitzuwirken. Also die Energie ist weg, ich weiß nicht, wo ich hingehen soll. Ich würde unheimlich gerne, weil ich es brauch', aber ich brauch' auch Leute, die bereit sind, ein Stück zurückzugehen, obwohl sie schon weiter vorne sind als ich. Und das sehe ich nicht, daß ich mit den sogenannten sehr Aktiven über meine Schwierigkeiten reden kann.

Johannes: Der Bewußtseinsstand hängt natürlich auch damit zusammen, daß eine andere Form der Behinderung ganz andere Schwierigkeiten bringt. Und genau das ist eine Aufgabe dieser Krüppelgruppen, daß die Leute, die bisher immer als Einzelkämpfer auftraten, sich solidarisch machen und dann in dieser Einigkeit stark sind. Das ist auch ein Prozeß der Selbstfindung.

Maria: Wenn ich vor der Behinderung in einer ganz anderen Welt gelebt hab' als jetzt, da kann ich nicht nur mit Nichtbehinderten darüber reden, weil die den Sprung nicht gemacht haben. Ich möchte aber mit Leuten darüber reden, denen es ähnlich geht. Aber wenn die Auseinandersetzung gar nicht mehr da ist, wenn ich nur auf der Krüppelseite bin, das kann ich auch nicht machen. Also stehe ich praktisch dazwischen.

Sven: Selbstfindung mag zum Schlagwort werden, es ist aber absolut nicht hohl. Für mich heißt das, die theoretischen Erkenntnisse auf mich anzuwenden. Und zu Karl will ich sagen: Ich hab' Zeiten gehabt, da fühlte ich mich wesentlich selbstbewußter. Aber ich weiß heute, daß das die Zeiten waren, wo ich geflüchtet bin. Wo ich meine eigenen Verluste gar nicht mehr als Verluste anerkannt habe und als solche habe stehen lassen. Ich habe mir damals gesagt: Einem emanzipierten Behinderten — der ich sein wollte — macht so etwas nichts aus, wenn ich dem nicht nachlaufen konnte. Aber das war Flucht.

Karl: Du hast dir eigene Grenzen gesetzt!?
Sven: Nein, ich habe gewisse Grenzen überhaupt nicht sehen wollen. Ich habe gesagt: Alle diese Einschränkungen, meinetwegen z.B. daß ich meinen Körper nicht ganz spüre, machen einem emanzipierten Behinderten nichts aus. Das ist abgelaufen, das hat so funktioniert in meinem Kopf, ohne daß ich das wußte, ja? Heute weiß ich durch Rückschlüsse auf mich selber, daß das nur Flucht ist, daß ich wieder lernen muß, zu trauern über das, was ich verloren habe. Wenn ich nur sage: das macht mir nichts aus, dann ist das Verdrängung, dann ist das Anpassung an ein neues emanzipiertes Behinderten-Ideal, das mich genauso unter Druck setzt, wie der Anpassungsdruck, der von der Gesellschaft ausgeht.
Günter: Wo ist da das Krüppel-Problem? Was du sagst, kann jeder Mensch sagen. Es ist grundsätzlich das gleiche Problem, die Grenzen jedes Individuums...
Maria: Also ich seh' in diesen Krüppelgruppen das Problem, daß du da schon als emanzipierter Krüppel hingehen mußt. Aber die Schritte dahin mußt du alleine machen, das fehlt. Deshalb ist es zu weit weg.
Günter: Nun gut, das mag ja sein, daß in den Krüppelgruppen so Elitekrüppel sind – um das mal provokativ zu sagen; soweit ich das kenne, habe ich den Eindruck, daß es auch so stimmt. Aber was du sagst, erlebe ich im täglichen Umgang mit Menschen, die rational wissen, wovor sie Angst haben und flüchten und sagen: Aha, ich will aber das nicht. Was ich nicht verstehe ist, warum du das mit Behinderung in Verbindung bringst. Das ist für mich kein Krüppelproblem.
Sven: Da würde ich dir vollkommen zustimmen. Um das zu bereinigen, brauche ich keine Krüppelgruppe. In eine Krüppelgruppe gehe ich, weil mir z.B. immer Dinge als Ideal nahegebracht werden, die ich nicht erfüllen kann.
Günter: Für mich hat die eigene Behinderung auch den Vorteil, eine Auseinandersetzung mit mir zu führen, weil ich merke, daß ich *Nachteile* habe.
Sven: Ja, aber bei mir ist das soweit gegangen, daß ich nur noch die positiven Aspekte gesehen habe und fast gesagt hätte: Behindert-sein ist schön. Und dann wird's zur Farce.
Günter: Meine Behinderung ist für mich *auch* schön.
Christa: Ich würde das so auseinanderhalten, daß ich nicht sagen kann: Es ist schön, behindert zu sein. Aber ich will lernen, mich so zu akzeptieren, wie ich bin. Das ist aber etwas anderes, als wenn ich es als Zielvorstellung schön finde. Das bestimmt nicht.
Ursel: Es kann auch eine Behinderung sein, als Behinderte unter Behinderten zu sein. Weil mich keiner fordert. In der anderen politischen Arbeit dann auch Aufgaben wegschiebe: Ich bin ja behindert.
Christa: Man muß, glaube ich, noch unterscheiden, wo ich mit meiner Behinderung im Rahmen der Normalität stehe. Mit 'ner Epilepsie stehe ich da ziemlich dicht dran; wenn du nicht gerade auf der Straße zusammenklappst, dann fällst du nicht aus dem Rahmen. Ich bin da an der Grenze, weil ich ästhetisch nicht auffalle. Und so geht das weiter. Je weiter ich von diesem Normalbegriff wegkomme, desto mehr Schwierigkeiten habe ich auch von vornherein, desto mehr komme ich in das Muster, von dem andere sagen: Das ist ein Krüppel.
Um auf den Krüppel-Begriff zu kommen: Der ist ja nicht zufällig gewählt, sondern wir drehen das um als Provokation. Da sollen andere ruhig drüber stolpern. Natürlich geht es nicht automatisch, daß ich auf das Knöpfchen drücke und sage: Ich sag' jetzt Krüppel und damit bin ich selbstbewußt. So geht's auch nicht. Aber ich will dahin kommen, daß ich das lerne.

Tagebuchaufzeichnungen aus dem Leben einer Spastikerin

Christa Schlett, Schriftstellerin, Frankfurt

Es gibt Tage, Stunden, in denen man spürt, daß es an der Zeit ist, Bilanz zu machen, um dann wieder ganz von vorne beginnen zu können. So geht es mir, ich weiß es schon lange, finde aber keinen rechten Anfang. Gibt es überhaupt einen Anfang? Gleich zu Beginn stürzen Fragen auf mich ein, die Erinnerungen, Eindrücke. Was kann man sagen, was muß man *ausklammern?* Könnte man am Ende alles sagen in unseren freien Zeiten? Aber das wiederum wäre zuviel.
Nun aber erst einmal drauf los, das Auswählen kommt später. Ich fange nicht am Anfang an, eher irgendwo in der Mitte, an einem ganz normalen Tag. Gewöhnlich nennt man ihn Arbeitstag. Doch mich geht das nichts an, ich arbeite ja nicht, verdiene mir den Unterhalt nicht selbst. Führt man mir den Grund der Untätigkeit nicht auf meine Behinderung zurück, könnte man mich geringschätzen. Meist schätzt man mich hoch, was ich nicht anerkenne. Ich muß für dieses Schätzen, welches beweist, daß außer mir kein Mensch sich über meine Behinderung aufregt, zuviel zahlen. Aufregen nützt nichts, man muß damit fertig werden, sagen die Freunde, Bekannten. Ich verstehe diese Alternativen nicht, über die ich nachdenke, während ich mich ankleide. Das Hemd ziehe ich zuerst links herum an (nein, das geht nicht, da will mich selbst der Teufel nicht), und dann bei der fussligen langen Hose das Hinterteil nach vorne. Einem Clown steht das besser; wo sind da die Alternativen? Beim Haarekämmen werde ich nur noch struwweliger, die Zugehfrau hilft, sie hat das Frühstück bereitet und das Wohnzimmer aufgeräumt. Es riecht ordentlich; ich sollte zufrieden sein. Auf meinem Kommödchen liegen drei angefangene Bücher, bespickt mit Buchzeichen, Krickseleien, Fragezeichen, Ausrufezeichen. Bester Ansatzpunkt, daß ich unzufrieden, unbefriedigt — welch ein Wort — bin. Die Zugehfrau erzählt, daß das Schweinefleisch teurer geworden ist, und daß sie ihrer jüngsten Tochter gestern abend eine Tracht Prügel verabreichen mußte. Sie sagt es mit diesem stolzen Muttergefühl, das ich kenne und hasse. Es ist aber zwecklos, sie von besseren Erziehungsmethoden zu überzeugen, und so lasse ich mir zuhörend mein Ei schmecken. Ich esse unlustig, was immer schon ein schlechtes Vorzeichen für den Tagesverlauf ist.
Bei dem Frühstück klingelt gleich das Telefon, mein ehemaliger Religionslehrer, der mir unüberlegt die besten Noten früher gab, Grund genug, freundlich zu ihm zu sein. Ich bin aber unwirsch, schließlich traue ich ihm genug Verstand zu, daß er spürt, daß ich zum Hallelujasingen keinen Grund verspüre. Das ist was für abgeklärte Behinderte. Der Religionslehrer räuspert sich, meint, daß ich auf meine Weise auch schon viel erreicht hätte. Wie ich die Phrase zu interpretieren hätte, frage ich bissig. Jetzt wird er auch unwirsch, was ich ja wollte, redet von Geduld, Güte, Liebe. Er kann logisch reden, also höre ich ihm zu. Dann lädt er mich zu einer Spazierfahrt für den Sonntag ein. Ich nehme an.
Als ich den Hörer auf die Gabel hänge, denke ich eine Sekunde lang, daß ich nicht immer so unwirsch sein sollte; manchmal auch locker lassen, Ja sagen. Würde es was nützen, wenn ich Ja sagte? Eben — das Risiko gefällt mir nicht. Meine Zugehfrau füttert mir den Rest des gekochten Eis. Ich höre ihrem Redefluß nur mit halbem Ohr zu, sie bedauert meine Stirnfalten (was bedeuten

zu allem Pech meine frühen Runzeln? Die Frau weiß Prioritäten zu setzen); und daß sie noch nicht dazu kam, meine Kleidungsstücke aus der Reinigung zu holen. „Ja, ist schon gut, vergessen Sie aber nicht, Hansi heute Futter zu geben." Meine schlechte Laune spricht aus jedem Ton, den ich sage, brüsk trägt die Zugehfrau das Frühstücksbrett hinaus. Ihre häßliche Nase steht einen halben Millimeter höher; sie ist beleidigt. Später werde ich zu ihr in die Küche gehen und ein paar belanglos freundliche Worte sagen. Für den Augenblick ist mir nach Bogenschießen; auch ein Sport, den ich nicht bewältige. Im Radio sagt der Sprecher, daß weiterhin das Wetter heiter sei. Ich schalte schnell ab, ich ertrage diese Realität nicht, die sich mir verweigert. Oder der ich mich verweigere?

Blöde Wortspielerei; da sind ein paar Treppenstufen, und kein Mensch ist bereit, mich abzuholen und mit mir spazieren zu gehen, schließlich muß man arbeiten. — Nun doch, am Sonntag kommt der Religionslehrer, wird mir erzählen, daß er immer noch Schwierigkeiten hat, Leute zu beerdigen. So banal es klingt, neben der Behinderung — wozu, weshalb — gibt es gleich große Probleme, auf die sich nichts sagen läßt. Wenigstens nichts Wesentliches. Als ich zum Weihnachtsessen bei des Lehrers Familie geladen war, sprach er auch davon. Eine 30jährige mußte er beerdigen, die Familie stand hilflos am Sarg, und er stotterte an seiner Litanei; Erde zu Erde. Er sagte mir freiweg, daß es ihm da schwer würde, Trost zu sprechen, da könne er nur stumm sein. Ich war froh, daß er damals, während er mir erzählte, mich mit Schokoladentorte fütterte. So war ich beschäftigt, ordentlich zu essen und konnte nichts Blödes sagen. Ich weiß nur, daß ich ihn traurig ansah und so tat, als verstünde ich ihn. Wenn ihm das geholfen hat, soll's mir recht sein, unser Leben besteht ja meistens aus Einbildung.

Ich habe jetzt meine Bücher vom Kommödchen genommen und blättere wahllos: ein bürgerlicher Roman, im Inhalt antiquiert, im Stil aber gut. Thema: Geschwisterliebe und Homosexualität — kein Brandthema für uns; dann Sartre-Erzählungen, höchst grauselig, und eine kleine Auswahl Bonhoeffer-Predigten. Für mich keine Sprache. Alles hängt von der Sprache ab, wenn Schreibende das doch endlich mal verstehen wollten. Besonders Theologen. Nach Thomas Mann, ich mag ihn sehr, wird es eben schwierig, noch Grundsätzliches in deutscher Sprache formulieren zu wollen. Letztlich kann es ja nach ihm nur Wiederholung sein. Mit Thomas Mann fängt Sprachform, Ausdruck innerster Empfindungen, erst zu leben an. Etwas aus dem Wesen dieser Sprache rührt an das Zentrum menschlichen Lebens, stellt es in Frage, ohne es gleich zu zerstören — so jedenfalls empfinde ich es. Und beim Lesen seiner Bücher, den klaren, schonungslosen, aber nicht verletzenden Schilderungen der Personen vergesse ich für Zeiten meine Kümmernisse und die Problematik meines Lebens. Ehrlich gestanden vergesse ich nicht gern, übertölpele mich nur manchmal, in einer Art Unsicherheitsstimmung. Das kalte Erwachen ist mir zu grausam, unbarmherzig, stürzt mich am ehesten in die Verzweiflung. Ich mag, für mich persönlich, auch die Leute nicht, die mir zum Vergessen raten; ich halte sie für phantasielose Dummköpfe, ohne es ihnen zu zeigen. Allzu oft bin ich ja gerade von ihnen abhängig. Ich bin diesen Leuten auch nicht böse, sie meinen es gut mit mir, einfach so. Sie sind unkritisch, was kein Fehler ist, vielmehr eine Eigenschaft, die ich toleriere, ohne daß sie mir helfen kann. Ich muß lernen, die Dinge auseinanderzuhalten.

Thomas Mann hingegen kann ich keinen Vorwurf machen, wenn ich vergesse für einige Zeit, um dann erwachen zu müssen. Er hat es einem nie geraten, er

läßt es einfach nur zu, und er belästigt niemand mit Trost. Trostworte sind meist eine Belästigung, besonders jene, nach denen man sucht.
Eigentlich mag ich das Leben eher in der Handlung, wie die meisten, und nicht in der Reflexion. Mein Schreiben ist jedoch meistens Reflexion. Wenn ich also ganz privat bin – ein Zustand, der höchst selten, und wohl darum so schön ist –, kann ich mein Schreiben nicht ernst nehmen. Möglicherweise ist das die einzige Basis, um überhaupt etwas zu produzieren; Leute, die ihre Arbeit für den Nabel der Welt halten, sind mir höchst verdächtig. Ich kann aber wohl nur deshalb mich so nonchalant über diesen wichtigen Zustand des Menschen hinwegsetzen, weil ich mich mit meiner Tipperei höchstens einen halben Monat des Jahres – es hat bekanntlich elfeinhalb weitere – selbst ernähren könnte. In der übrigen Zeit trägt mich das Sozialamt auf Grund seiner Gesetzespflicht, so stehen die Fakten; es hat wenig Sinn, sich darüber den Kopf zu zerbrechen. Vorläufig, was ich mit einem Zeitraum von zwei Generationen belegen möchte, bin ich von dieser Regelung voll abhängig. Hab ich mich persönlich damit abgefunden? Wahrscheinlich ja, und Abfinden heißt für mich Arrangieren. Arrangieren ähnlich wie mit einem Schlechtwettergebiet, in das man reinversetzt wurde; in eine Familie, von der man erfuhr, wie wenig sie intakt ist, und daß man eigentlich ausbrechen müßte, die Klimazone wechseln, neu anfangen. Möglichkeiten gibt's immer – ein seltsamer Trost. Aber man bricht nicht aus, ich auch nicht. Mein Sozialamt trifft manchmal Regelungen, die schlecht, unvorteilhaft für mich sind, aber ich bleibe. Mein Sozialamt bietet mir Schutz. Wer darauf wartet, daß ich noch einmal – oder überhaupt zum ersten Mal – den großen Kampf ausrufe, irrt sich. Das sind lose Gedanken, die mir durch den Kopf gehen, während ich an diesem beliebigen Alltagsmorgen in meinem zu lesenden Büchersammelsurium blättere. Aber, auch das ist eine Schwierigkeit, ich kann mit keinem recht ausführlich darüber sprechen, was nur teilweise an meiner Sprachbehinderung liegt.
Kontakte suchen, Kommunikation pflegen, diese üblichen modernen Ratschläge, als wenn das so einfach wäre. Oder versteht man unter Kommunikation heute nur noch das geschwollene Reden über die Art, *wie* man es am besten macht, anstatt es einfach zu tun; die Freundschaft, die Annäherung und was der schönen Dinge mehr sind. Eine Freundin schwärmte mir neulich eine Stunde lang von einem chicen Essen vor – betrachte ich es konsequent, so hätte sie, statt zu schwärmen, in einer Stunde kochen können. Die Kommunikationsebene hätte dadurch eine ganz andere Wendung und Qualität bekommen. Das Reden *über* Dinge zerstört meiner Ansicht nach die echten Kommunikationsfelder; ich habe nur nicht den Mut, es offen zu sagen. Ich müßte in der unmittelbaren Diskussion zuviel von mir hergeben, was ich nicht will – oder nicht kann; in einer bestimmten Weise lege ich Wert auf Schüchternheit, auf Zurückhaltung der Inhalte wegen.
Und schon wieder rasselt das Telefon. Bis ich mühsam vom Sofa aufstehe, aufpassen muß, daß ich mich beim Gehen nicht an der Tischecke stoße und dann endlich am Schreibtisch bin, rasselt der Apparat mindestens achtmal. Oft komme ich umsonst, und wenn ich dann abhebe, höre ich nur noch Tututut. Je nach Laune fluche ich dann heiter oder erbost, nur fluchen tue ich meistens, es ist der Schutzwall gegen die Bitterkeit. Unsere Leiterin von der Evangelischen Körperbehindertenstelle ist am Apparat. Eine weitere Arbeitssitzung ist angesagt und sie fragt, ob ich kommen werde. Sie würde mich mit dem Auto abholen, und vorher möchte sie mich fragen, welche Verbesserungen ich mir innerhalb des Stadtverkehrs denken könnte. Während sie spricht, merke ich plötz-

lich, daß ich müde bin, innerlich müde. Ich sage das Treffen zu und weiß im gleichen Augenblick, daß ich zur Straßenverkehrsordnung nichts Wesentliches zu sagen habe, keinen Gag, der alles bisher Gesagte übertreffen würde. Utopisch schön wäre natürlich, wenn mit einem Schlag alle Bordsteine abgeflacht würden – damit man mit dem Rollstuhl besser fahren kann. Utopisch schön, aber im Grund keine solche Veränderung, die alles bis jetzt Geplante und Gedachte in den Schatten stellen würde. Ich ertappe mich bei dem Gedanken, daß ich in meinem Innersten nicht mehr als eine solche Veränderung wünsche, erwarte. Etwas anderes kann kaum noch helfen, meiner Ansicht nach. Unbescheiden bin ich, vielleicht zu Unrecht, aber dennoch aus dem Wissen heraus, daß sich ohne ein gerüttelt Maß an Unbescheidenheit, was sich für den Moment dann immer mit Ungerechtigkeit, Hartherzigkeit paart, nichts Besseres entwickelt. Der gute Wille allein ist mir höchst suspekt, ich frage mich, ob er, rein für sich, ohne jede Beimischung überhaupt vorhanden ist; und wenn ja, wie weit er nützlich ist.

Eine Weile unterhalte ich mich noch mit unserer Leiterin der Evangelischen Körperbehindertenstelle; klatsche ein bißchen über diesen und jenen, Klatsch muß sein, er lüftet für Momente den Mief der Seele – wenn man es nicht zu weit damit treibt. Unsere Leiterin weiß das und läßt es bis zu einer gewissen Grenze kommen. Dann lege ich den Hörer geräuschvoll auf die Gabel zurück, tapse zum Sofa zurück, lasse mich in die Polster fallen, grapse umständlich nach einem Buch, blättere darin. Blättern geht so: ich haue den Buchdeckel auf, balle die linke Hand zur Faust (das sieht wild aus), schiebe den Zeigefinger um etwa hundert Seiten, rucke mit der Hand nach links und schon habe ich ein aufgeschlagenes Buch. Eine Seite nach der anderen läßt der Zeigefinger nun zurückgleiten, so geht das Blättern. Natürlich brauche ich da einen freien Tisch und Platz und möglichst keine sensiblen Zuschauer. Zum Beispiel habe ich in der Uni-Bibliothek schon ein fieses Volk erlebt. Es gibt Situationen, in denen es ganz sinnvoll wäre, wenn die Umwelt einen Behinderten einfach als Tatbestand nähme. So wie es ein Tatbestand ist, daß ein Kater oder eine Katze einen Buckel hat. Es fragt auch keiner warum, wieso und wie man sich zu verhalten hat. Das ist völlig neutral und wertfrei. Ich weiß keine Spielregel, wie man sich mir gegenüber verhalten soll – wär' ja auch das Letzte, so nach Gebrauchsanweisung.

In der Unibibliothek zu lesen, so ungestört und in Ruhe, ist für mich nahezu unmöglich. Wenn ich an die Karteitruhe unsicheren Schrittes wanke, folgen mir leise zwei Burschen. Ich würde ja schäkern – weshalb sollt' ich ein Kind von Traurigkeit sein? – aber die Burschen gucken recht verstört. Als ob sie Angst haben. Was möchtest du denn, flüstert der Eine. „Ausgewählte Reden von Bloch", sage ich verhältnismäßig deutlich und laut. Der Bursche hinter dem, der mich ansprach, geht wieder, irgend etwas scheint ihm unheimlich zu sein. Ich weiß nicht was, schließlich gewittert es nicht einmal. Der Andere hat mich inzwischen auf einen Stuhl plaziert und mir mit Gesten verdeutlicht, daß es besser ist, wenn ich sitzen bleibe. Jetzt wühlt er in der Kartei nach meinem Bloch. Ich möchte ja gerne mitwühlen, ein bißchen schnüffeln, was sonst alles noch da ist. Aber ich soll nicht, also bin ich kein Spielverderber, halte mich an die Vorschriften. Mit seiner Kollegmappe und mit meinem Blochband kommt der Bursche und setzt sich dicht neben mich. Ich mag das gar nicht, wenn ich lesen will. Entweder kann ich nur so tun als ob, oder ich boxe mit meinem Ellenbogen ihm ständig in die Seiten. Ich will ihm gerade diese beiden Auswahlmöglichkeiten unterbreiten, da legt er den Zeigefinger auf den Mund, kneift

die Augen zusammen und sagt „Psst". Von dem Moment an mag ich ihn nicht mehr. So geht's mir in der Uni-Bibliothek. Keineswegs rege ich mich sehr darüber auf. Ich kenne meinen Standort, meine Möglichkeiten, und in dieser Situation halte ich mich für robust. Auch das ist ein Glücksfall, und wenn es schlimmer kommt, muß man es eben verdrängen. Wer kennt diesen Prozeß nicht? So gut wie jeder, das ist die reine Wahrheit, aber kein besonders gelungener Trost.

Noch immer hocke ich, das Buch, ich weiß nicht mal welches, vor mir auf dem Sofa. Es ist still in der Wohnung, meine Zugehfrau (man sollte eine bessere Benennung für sie finden) ist weggegangen. Sie kauft jetzt für mich Lebensmittel ein; recht sporadisch, eben das, was *nötig* ist. Könnte ich es selbst tun, wär's besser. Angebote vergleichen, Eßgelüste bekommen; das Schöne liegt im Detail. Doch auch diesen sentimentalen Quatsch kann ich mir nicht oft leisten. Manchmal nur, wenn eine Freundin kommt, zuerst Schwierigkeiten hat, den Rollstuhl zu handhaben, dann aber doch Spaß an meiner Kauflust bekommt. Der Jux dauert natürlich nie lange, zu früh ist meine Geldbörse leer; auch das gehört zu meinem Alltag.

Die Zugehfrau wird erst in drei Stunden mit dem gekochten Essen von zu Hause wieder kommen. Sie wohnt fünf Straßen von mir entfernt und bringt das Gekochte in Töpfen, die sie in eine Tasche stellt. Hier wärmt sie es dann nochmals kurz auf, gibt es auf einen Teller und kommt damit ins Wohnzimmer. Eine Stoffserviette legt sie mir und sich selbst auf den Schoß, eine Papierserviette drückt sie mir in die linke Hand. Während sie mich füttert, will sie mir ja manchmal den Mund abwischen. Im eigentlichen Sinne ästhetisch ißt wohl kein einziger Spastiker; der Norm des guten Benehmens in diesem Punkt wird er kaum voll genügen können. Sein Hinweis auf Kau- und Schluckschwierigkeiten ist keine kokettierend faule Ausrede, vielmehr ist sie die exakte Erklärung des Sachverhaltes. Ich mag es nicht, wenn man irgend etwas vertuschen will; vom reinen Wein bekam noch keiner Kopfschmerzen, und der lebenslängliche Abstinenzler ist für mich lächerlich. — Nach der quälenden Geduldsprobe, mich „abgefüttert" (meine Zugehfrau gebraucht den Ausdruck) zu haben, hat sie noch eine gute Dreiviertelstunde ihre Arbeit in der Küche, dem kleinen Schlafzimmer und dem Bad. Jeder Handgriff sitzt; die Basis, um als Hauspflegerin bei einem behinderten Menschen tätig zu sein, ist ein hoher Grad traditioneller Menschlichkeit. Man kann auch sagen Humanität, aber die *Linken* halten einen dann gleich wieder für reaktionär. Der tägliche Trott der Hauspflegerin ist allerdings stumpfsinnig. Ich muß es sagen, obwohl es unvereinbar scheint; die wahrhaftige Menschlichkeit und der zermürbendste Stumpfsinn liegen hier engstens beieinander. — Das sollte erklärt sein, wenn man mit dieser Arbeit beginnt. Oft genug ist es nicht erklärt, und dann beginnen die Mißverständnisse; der vornehmste Ausdruck für die harten, unerfreulichen Konfrontationen. Was der Betreuer und der zu Betreuende am meisten zu befürchten haben ist, in das Rollenspiel einer schlechten Ehe zu verfallen, denn eine Art von Ehe ist es allemal.

Die Zugehfrau wird, wenn sie abgefüttert hat, in die Küche zurückgehen, das Geschirr und ihre eigenen Töpfe, worin sie das Essen brachte, abwaschen. Dann wird sie, mittags gegen zwei Uhr, manchmal auch noch früher, mein Abendbrot verrichten; d. h. daß sie zwei Brotschreiben mit Wurst oder Käse belegt und in mundgerechtgroße Happen schneidet. Die Stückchen legt sie auf ein Holzbrett, schneidet ein Stück Salatgurke oder eine Tomate dazu. Ein bißchen Salz streut sie darauf, legt die Gabel mit dem Holzgriff daneben und deckt das Flie-

gengitter oder die Plastikglocke darüber. Die Arbeit muß sie täglich tun, andernfalls hungere ich abends, wo ich meistens dann den besten Appetit habe. Nimmt man es ganz genau, dann sind die Zugehfrauen in allererster Linie dazu angestellt, daß ich und ein paar Behinderte, die in ähnlicher Weise leben können wie ich – es sind die wenigsten –, dreimal täglich zu essen haben.
Die Mehrzahl der Schwerbehinderten lebt in entsprechenden Heimen, jenseits jeder Individualität, menschlicher Geborgenheit und der Möglichkeit gesellschaftlicher Integration. Das ist das Faktum, an dem es nichts zu deuteln gibt – es ist eine Anklage. Meine Anklage an jeden, dem es einfällt, sich mit der bestehenden Situation abzufinden. Darum auch eine Anklage gegen mich selbst, da ich mir an glücklichen Tagen gestatte, die Anderen zu vergessen. Andererseits scheint es so zu sein, daß es noch lange dauern wird, ehe Behinderte untereinander ein emotionsfreies Gewissen füreinander haben. Sie konkurrieren untereinander mit dem, was sie nicht mehr haben oder gerade noch können. Bei allem begreiflichen *normal* menschlichen Verhalten eine tragische Komik. Man sollte ihnen – allen Behinderten! – des öfteren in den Hintern treten, auf daß sie sich gesellschaftlich unnormal, und dann endlich richtig verhalten. Gebe kein Geringerer als der Herrgott, daß viele meiner Leidensfreunde das lesen. Auf euren Unmut, Freunde, bin ich nicht gut vorbereitet, aber irgendwie werden wir uns schon arrangieren, auch wenn ich weiß, wie wenig Freude man am eigenen Spiegelbild hat.
In meinem kleinen Schlafzimmer wird meine Zugehfrau das gelüftete Bett ordnen, meine Kleider zurückhängen. Ich hatte sie wahllos aus dem Schrank gezogen, weil jeden Abend meine Hauptbeschäftigung darin besteht, mir vor und zurück zu überlegen, was ich wohl am nächsten Tag anziehen könnte. Die Zugehfrau hat sich damit abgefunden, daß sie mir diesen Tick nie ganz abgewöhnen wird. Nur wenn's gar zu toll wird, meint sie, ich solle versuchen, mich um ein bißchen mehr Ordnung zu bemühen, und dann ärgere ich mich, daß ich ihre wiederholte Bitte vergaß. Der Ärger hält nicht lange an, weil meine Eitelkeit stärker ist. Im Badezimmer habe ich die tückische Angewohnheit, den Teppich mit Zahncreme vollzukleckern, weil ich beim Draufgeben der Creme auf die Zahnbürste schlecht ziele.
Bedenke ich es recht, so ist es schon meinerseits eine Ungeheuerlichkeit, einen Tagesablauf in Worten und Sätzen einzufangen. Nur ein Stückwerk, höchstens zehn Prozent vom Ganzen, läßt sich beschreiben. So wird jede Beschreibung höchst fragwürdig, die eigene Person ist es ja schon lange; auf dem Hintergrund, daß jeder andere auch voll berechtigt wäre, ein Tagebuch zu schreiben. Mit hunderttausend ähnlichen Kümmernissen und Sorgen. An der Erkenntnis darf es nicht mangeln, nur löst sie den Knoten nicht, verringert keine der Schwierigkeiten, bringt keinen Hauch von Wärme in die Kälte. Es heißt zu leben, es gilt zu leben, täglich. Und immer kürzer werden meine Phasen, in denen ich das Wissen durchhalte, daß es ein absurdes Leben ist. Bis jetzt kenne ich – leider – auch keinen Menschen, der bereit ist, mit mir dieses Wissen für länger durchzuhalten. Wenn überhaupt, dann muß man es alleine tun. Und wie wird man so stark? Die große Linie kenne ich, nur mit den vielen kleinen Kümmernissen, schlechthin mit dem Alltag, habe ich eben nicht gerechnet.
Was ist der Alltag? Überspitzt sind das immer noch und immer wieder die Menschen, die, selbst wenn gut gewollt, erst die Behinderung sehen, und erst nach dem fünften Hinsehen mich. Alle Menschen. Es ist witzlos und unehrlich, da Ausnahmen machen zu wollen. Wer von mir redet, redet vom Spastiker. Für ebenso witzlos halte ich es inzwischen, sich dagegen aufzulehnen. Was bleibt

ist der leicht sarkastische Trost, daß andere Menschen auch ihren Stempel haben (nur bin ich nicht bereit, sie dessenthalben formell höflich zu bedauern!). In meinem Postboten, der mir übrigens auch gerne aus dem Weg geht, sehe ich auch nur, daß er Postbote ist. Von ihm selbst weiß ich nichts, so ist unser Alltag. Was soll man da für den schwerbehinderten Spastiker Besseres erhoffen, der schon morgens beim Ankleiden die ersten Schwierigkeiten hat? Ich stelle diese Frage zur freien Diskussion, sofern sie bar jeglicher Sentimentalität und Spekulation geführt wird.

Ich soll ein Tagebuch eines Behinderten schreiben – aber es ist nicht viel zu schreiben! Nichts ist zu schreiben, alles zu relativieren. Soll ich schreiben, daß ich einsam bin, unter allen integren, netten Menschen? Andere sind es auch. Sagen, daß ich leide unter dem Nicht-Wissen-wohin-man-gehört, ganz einfach, ohne große Erklärung? Andere wissen es auch nicht. Ihr Pseudotrost ist die Arbeit, ein Hobby, *das Leben an sich*. So sagt man es doch – aber ich muß drum bitten, ich weiß nicht, was das ist, das Leben an sich. Von den großen Freuden, wenn sie sehr intensiv sind, glaube ich nicht, daß sie dem Behinderten je zuteil werden. Das Wünschen darauf habe ich verdrängt; vielleicht verdränge ich auch den Wunsch zu wissen, wohin ich gehöre. (Bitte verstehe man es nicht als abstrakte Fragestellung). Dann werde ich seelisch tot sein; vielleicht ist das besser. Vielleicht sollte ich aufhören, Behinderte, die sich seelisch abgekapselt haben, zu bedauern oder zu attackieren. Ohne meine Handlungsweise durch eine bessere ersetzen zu können, hätte ich sie lieber rückgängig gemacht. Nichts sagen ist besser als Falsches sagen. –
Wer bin ich? Eine schwer spastisch gelähmte Frau, ein behinderter, das heißt eingeengter Mensch. Was tue ich, was kann ich tun? Ich schreibe über Dinge, über die man früher schwieg, vielleicht zu Recht schwieg. Ich kann es nicht sagen, ich bin vorsichtig geworden in meiner Meinung. Der Mensch braucht Harmonisches im Leben, und sei es die Bilderbuchharmonie, die Leuchtreklame. Ich weiß aber kaum etwas Disharmonischeres, Störenderes und Hemmenderes als den behinderten Menschen. Das sind die beiden Gegenpole. Wer sich, besten Herzens, mit dem Behinderten einläßt, muß ständig von ihm ausruhen, hat das Gefühl, aufgefressen zu werden von dem Gefordertsein, der Hilflosigkeit, der Enge. Und das, obwohl kaum ein Mensch soviel im allgemeinen von Demut und Dankbarkeit weiß wie der behinderte Mensch. Besser wissen tut er es nicht, er praktiziert es unwissend, und deshalb so einwandfrei. Wüßte er um sein Schicksal, er würde rebellieren, und damit zu sich selbst finden. Integrieren kann ihn von außen niemand, er muß es von innen her selbst tun. In dem Maße aber, in dem er das tut, wird ihm bewußt, wie wenig er zu irgendetwas und zu irgendjemand gehört. Das ist der Preis seiner Integration. Der Hinweis, daß niemand im Grunde wirklich wohin gehört, mag berechtigt sein, doch was nutzt das? – Mein Problem ist, daß ich mich nicht abfinden kann mit meiner spezifischen Situation. Mit den Tatsachen, daß ich zum Tippen auf der Schreibmaschine ein Holzstiftchen brauche und zum Mittagessen eine Serviette. Abfinden damit, daß ich bei schönem Wetter nicht alleine spazierengehen kann, weil meine Gleichgewichtsstörungen zu groß sind, und ich mich ja nicht unterstehen darf, meine Zugehfrau zu schimpfen, denn sonst kommt sie nicht mehr. So gibt es für alles Erklärungen, schaut man dahinter auch noch verzweigte Zusammenhänge. Unter den Allgemeinplätzen sagt es sich so leicht, so schnell: mein Leben leben, zu mir selbst finden usw. Ich weiß nicht, wie man das macht, bei allem, was mir nahe geht, ich weiß es nicht.

Freunde, das Wort spricht sich so schnell aus. Denke ich nicht länger, intensiver über das Wort nach, dann habe ich natürlich Freunde. Mit weniger Nachdenken geht das alles und mit der Distanz. Freunde leben immer in der Distanz, weil sie notwendig ist. Ich begreife es und leide darunter mehr als jene, die Zerstreuung finden. Daraus entwickelt sich meine Individualität, hinter der alle Worte, und somit die Freunde, zurückbleiben. Es gibt für mich die zwei Polarisierungen von Freundschaft. Einmal, wenn ich in jener Stimmung bin, *meine Leute* umarmen zu wollen. Die Bekannte im nächsten Stadtteil, die geschäftig aufräumen kommt, fröhlich plaudernd Melancholie versteckt. Der ältere Freund, Familienvater, zurückhaltend vornehm-resigniert; er weiß um sehr viel Leid bei sich und anderen. Seine Fröhlichkeit bewundere ich, aber sie stößt mich auch ab. (Ich will sie nicht zulassen, die Fröhlichkeit im Leide.)
Freunde. Mein Arzt zählt zu meinen Freunden, zu jenen, die verstehen würden, wenn ich spräche – doch ich spreche nicht. Ich schimpfe, feilsche, wüte mit meinem Arzt, weil er wenig tun kann und sehr viel hofft. Aber es ist Rhetorik, die ich mit meinen Freunden betreibe; wir reden um des Redens willen, die Umgangsformen herrschen vor. Meine Freunde müßten viel umdenken, Ausdauer entwickeln, wenn ich wirklich zu sprechen anfinge. Und ich selbst müßte mir erst einen neuen Wortschatz zulegen. So aber wird nichts daraus werden, wir bleiben in den Grenzen, die Freunde und ich. – Die Banalität des Lebens und der Beziehungen annehmen, das eben riet mir jetzt ein Bekannter – ich nenne ihn extra nicht Freund, weil wir feststellten, daß wir nicht wissen, was das ist. (Ein bißchen hoffe ich, daß in diesen Erkenntnissen, in dieser schmerzlichsten aller Hoffnungslosigkeiten die Möglichkeit zu den neuen Anfängen steckt. Nichts wird geschehen, was wir nicht selbst tun, das ist der Grundsatz. Und trotz vieler Niederlagen, trotz zerschlagener Hoffnungen bleibt mir der Wunsch weiterzugehen, gemachte Erfahrungen zu wiederholen. Die ganz einfachen Dinge. Mit den Leuten, die um mich sind, die ich kenne, manchmal erkenne (was nicht immer positiv ist), mit einem Glas Wein anzustoßen, eine Kerze anzubrennen, den Zeiten des Regens und der Sonne zuzusehen. Das Negative auszuhalten nicht aus Pflicht, eher als Möglichkeit. Die Möglichkeit, sich Korrekturen vorzubehalten.)

Zum Tagebuch zurück. Wie lebe ich so den Tag, wenn weder Besuch noch Depression mich von dem *Eigentlichen*, das mein Leben ist – oder sein könnte – abhält? Wenn ich nachdenke, muß ich sagen, daß diese Tage selten sind. Mein Alltag braucht, erfordert quasi Besuch. Viele Hände, die zupacken, helfen, ordnen, geben. Ohne diese Hände bin ich hilflos, schmutzig, hungrig, verkommen. Meine nächsten Angehörigen prophezeiten mir früher oft, daß ich verkommen werde, ohne sie. Der Ausdruck tat weh, tief in der Seele schlägt er Wunden, nimmt ein Stück Menschenwürde, gleichgültig unter welcher Ideologie vom Leben der Behinderte steht. Aber er trifft zu. Ohne die unzähligen Hände, die um mich sind, die in ihrer Sprache sagen, was sich allen Worten entzieht, würde ich verkommen, wäre ich es wahrscheinlich schon längst. Unter diesen Vorbedingungen ist das Bei-sich-selbst-Sein für mich nur erschwert möglich, weil mir die Fähigkeit fehlt, diese Gegebenheiten: mein Ich, mein Tun (zu dem mir das durchweg positive Verhältnis fehlt) und dieses ständige Angewiesensein auf andere, streng voneinander zu trennen. Ich müßte es können, es sollte eine Therapie geben, wo man das lernt. Ansatzweise lernt, um auf gleicher Ebene mit jenen zu stehen, die wie ich versuchen, Harmonie zu erreichen. Die wie ich auf dem Weg sind, der nie endet, nie ein Ziel erreicht.

Allgemein unterscheidet sich der Behinderte dadurch, daß es ihm nicht gelingt, auf diesen Weg, der, rational betrachtet, nicht viel Verlockendes hat, zu kommen. Eine absurde Situation – und dann wohl am verrücktesten –, wenn, nachdem das brennende Leid gesagt, anvertraut ist, der Rat folgt, fügsam zu sein, fügsam und duldend. Dann wird man müde als Behinderter, und einige meinesgleichen sterben ab, ohne daß es jemand recht zur Kenntnis nimmt.
Soweit zur Situationsbeschreibung, die, wie ich ahne, auch nicht zur Kenntnis genommen werden wird, höchstens unter dem Aspekt: Informationsnachschub. An meinen guten, seltenen Alltagen denke ich nicht daran. An diesen guten Alltagen denke ich an wenig Negatives, was heißen soll: nicht an meine Behinderung, die Möglichkeit äußerer Verkommenheit; nicht an die Begrenztheit menschlicher Beziehungen, nicht an die Lethargie der Konsumentenleser (zu denen ich mich zählen muß). Ich denke nicht an meine traurige Finanzlage und nicht daran, wie unsicher allein schon die äußeren Bedingungen meines Alltages sind. Ich bin an diesen Tagen (die sehr selten sind) eine glückliche, scheuklappentragende Schreibende. Auf diesem Hintergrund entstanden bislang meine Arbeiten; man muß sich das vergegenwärtigen, ganz nüchtern, ich schreibe schlechtweg eben nicht als Behinderte, wenn man die manuellen Vorbedingungen erst mal außer Acht läßt. Ich schreibe in den Ausklammerungen, mit nichts im Rücken als mit meinen selbstgezimmerten Vorstellungen von den Dingen, die andere sein könnten, wenn sie nicht so wären, wie sie sind.
Weiter oben erwähnte ich es schon: es gibt für alles Erklärungen, noch dazu ganz einfache. Man muß ehrlich zu sich und anderen sein können, oder halt schweigen. Das verstehe ich unter einem glücklichen Alltag. Wie selten er ist. Um selbst geschützt zu sein, reden wir ständig Blabla, lügen einander in die Tasche, glauben selten daran, manchmal. Oder wir schweigen, aus Liebe, aus Haß, aus beidem. Aus Müdigkeit. Ich z.B. glaube manchmal aus Müdigkeit an die bessere Welt, an den Fortschritt, an die Integration der Behinderten. Bin ich integriert in meinem Alltag? Es wird mir nachgesagt, Freunde wollen mich damit aufmuntern, wenn ich traurig bin, und das bin ich oft. Ich gehe stampfend zum Wohnzimmerbüffet, zerre am Schlüssel und kriege das Schloß auf. Altes Hutschenreuther Porzellan, Hinterlassenschaft meiner Eltern, Zwiebelmuster. Ich blicke finster auf die blau bemalten Teller. Was, so frage ich mich manchmal, könnte grotesker sein als ein zitternder, zappelnder, seiner Bewegungen nicht Herr werdender athetotischer Spastiker vor diesem Prozellan? In der Frage steckt ein wenig Verzweiflung, gemischt mit Ironie, aber ohne Bitterkeit. Vor letzterer muß sich der Behinderte schützen wie vor einer ansteckenden Krankheit. Für beides ist er anfällig.
Besuch bekomme ich heute. Lieben Besuch, sagt man. Welch ein Wortspiel, alles Redereien ohne konkreten Hintergrund. Wer bekommt schon bösen Besuch zu Kaffee und Biskuit? Das würde mich interessieren, mehr als die neuesten Nachrichten über gelungene Herztransplantationen. (Ich möchte kein *künstliches* Weiterleben; es sind schon so künstliche Dinge genug vorgegeben.) Also lieben Besuch – doch wie, verdammt, kriege ich die Tasse *aus* dem Schrank? Ich nehme ja doch wieder den bunten Becher, an dem ein Eckchen fehlt. Mit einem dicken Strohhalm (mit dem Wein zu süffeln gefährlich werden kann) sabbel ich meinen Kaffee. Ich muß diese Verben extra benutzen, auch wenn sie geballt aufeinander etwas abstoßend wirken; es hat keinen Zweck, wenn man es zaghaft umschreibt. Das Neben- und Miteinander mit schwer spastisch Gelähmten bringt Abstoßendes mit sich. – Es geht um Ehrlichkeit, um Wahrhaftigkeit, alles andere taugt für den Behinderten nicht. Es geht um die Hand,

die hält und stützt – und jetzt den verflixten Kaffeetisch deckt; um das Wort, das tröstet, den Blick, der versteht. Ob ein anderer versteht, wie es ist, wenn man nicht in der Lage ist, den Kaffeetisch für seinen lieben Besuch zu decken? In dem Nichtkönnen liegt schon ein Stück Verkommenheit, Not, fehlende Lebensmöglichkeit. Man muß die Freiheit, die verzweifelte Tapferkeit haben zu sagen, daß es so ist. Besuchertische zu decken ist natürlich nicht das *Wesentlichste* dieser Welt. Aber was ist schon *das Wesentliche?* Der Mensch? Das Leben? Die Sinnfrage? Das Letztgültige? Das kommt davon, wenn man zuviel Theologensprache hört, da wird man ruhiger und praxisfremder. Anderthalb Stunden bis zum Mittagessen und dann gleich Besuch. Ganz dabei sein bei einem Menschen, den man alle zwei Monate mal sieht. Konversation und ehrliche Freude, und dann doch nur gewählte Worte. Was läßt sich schon sagen mit lumpigen, ausgelaugten, sinnentleerten, abgegriffenen Worten? Später dann Abendbrotessen in der kleinen schmutzigen Küche. Fernsehkrimi.

Es geht um Wahrhaftigkeit habe ich geschrieben. Aber, du liebe Zeit, ist denn das, was ich jetzt schrieb: wahrhaftig? Bin ich wahrhaftig? Und welche Kriterien setze ich mir? Das sind die Tücken und dann auch wieder unvorstellbaren Möglichkeiten des Wortes. Darauf kommt es an; wie wir die Worte benutzen. Worte können mich begeistern, bestimmte Worte zu bestimmten Zeiten, ohne Pathos, unvermutete. Ich lebe sehr schwer ohne Ansprache; als erste wußte das meine Mutter – wenn sie mich richtig bestrafen wollte, sprach sie nicht mit mir. Worte und die Ansprache, die Umgangssprache hat mehrfache Verbindungen, ich grenze die einzelnen Gebiete nicht ein – und erst dort, wo die Grenzen fließend werden, wird das Leben lebendig. Jedenfalls für mich. Worte beinhalten oft Lügen, was mich nicht schreckt; dann nicht schreckt, wenn ich mir der Lügen bewußt bin. Erst in diesem Bewußtsein schaue ich auf den Boden der Wahrhaftigkeit. Es sind seltene Stunden, gut. Wenn ich dieses Bewußtsein beim Schreiben immer, oder sagen wir: doch öfter, hätte. Das wäre *Wahrhaftigkeit.*
Wenn der Vormittag ruhig war und ich für den Rest des Tages nichts Wichtiges vorhabe, freue ich mich auf den Nachmittag und Abend. Insofern stimmt es schon, daß auch mein Leben Seiten hat, um die mich viele Leute beneiden: trotz der mehrfachen Abhängigkeit bin ich in der Grundsubstanz meines Lebens mein eigener Herr. Unabhängig vom Berufsstreß und dem Gebundensein an die Familie. Eine waghalsige Sache: diesen beiden völlig verschiedenen Menschentypen, dem integrierten Staatsbürger und dem behinderten Outsider, ihre *Qualität des Lebens* gegeneinander aufzurechnen. Ich tue es nicht gern. Nur unter dem Aspekt, daß dieser Einwurf in die Diskussion mit eingefügt wird. Vom Wissen des Behinderten um sein Schicksal ist dieser Aspekt unlegitim und müßte verboten werden. Aber soweit sind wir noch lange nicht. Das Arrangement und der faule Kompromiß herrschen vor. Jedenfalls zu meinen Lebzeiten.
Meinen Tagesablauf zu beschreiben ist schwer, zu schwer, wie ich feststellen konnte. Auch das habe ich mir anfangs leichter vorgestellt. Natürlich gleicht ein Tag dem anderen, die Variationsmöglichkeiten des Behindertenlebens, auch im Alltag, sind mehrfach begrenzt. Manchmal ist mir das glasklar vor Augen, ohne jegliche Ressentiments auf die sich mir präsentierende Umwelt. Dann bin ich ganz bei mir selbst, sagen dann diejenigen, von denen ich meine, sie stehen mir nahe. Man meint eben oft so vieles – man lebt meist von Meinungen. Ob sie immer die ganze Wahrhaftigkeit umfassen, bleibt die offene Frage...
Die Variationsmöglichkeiten des Behinderten sind begrenzt, meine Möglich-

keiten sind begrenzt. Wer kann diese Klarheit schon immer vor Augen haben, kann sie aushalten? Es steht jedenfalls fest, daß ich es oft nicht genug kann und auch kein Bedürfnis habe, diese Stufe der Tugend zu lernen. (Es erscheint mir zeitweilig unglaubwürdig, daß das Einfügen in die Grenzen als Tugend zu sehen sei. Ich würde vom Gefühl her diese Anschauung eher als Stumpfsinn betrachten.) So kommt man am schnellsten zu Spannung. In dieser Zerreißprobe zwischen Verstehen und Empfinden bestehe und ertrage ich meinen Alltag, und manchmal zerreißt's mich dann. Das steht außer Frage.
Was könnte noch gefragt, gesagt werden? Ob ich mir bessere Lebensbedingungen für meinen Alltag denken könnte? Natürlich kann ich das, theoretisch kann ich alles, und an Phantasie mangelte es mir noch nie. Ob ich, wenn man mir alle häuslichen Widrigkeiten ersparen würde und es hundertprozentig sicher sei, daß ich an 365 Tagen zu den festgesetzten Zeiten mein Essen hätte, ich mich um Miete, Lichtrechnung, Futter für Hansi und Essen für mich nicht zu sorgen brauchte, ob ich dann mein Alltagsleben gegen ein Leben im Heim eintauschen würde? Von den Augenblicken, den Stimmungen, nachdem mir die Zugehfrau morgens um acht telefonisch mitteilte, daß sie krank sei und die nächsten Tage nicht kommt, von dem schalen Geschmack in meinem Mund beim Anblick meiner unaufgeräumten Wohnung und zweier offener Rechnungen – von diesen in konstanter Regelmäßigkeit wiederkehrenden Widrigkeiten abgesehen, weiß ich, daß ich nicht ins Heim will. An diesen Ort, an dem mich ein Bett, ein Kleiderspint, ein Nachtschränkchen und sehr viel Leid erwartet. Lohnt sich meine Auflehnung, mein Alleingang? Vor sechs Jahren noch bejahte ich die Frage temperamentvoll. Heute ärgert mich die Frage, ich halte es für unzulässig, nach Dingen zu fragen, für die es keine Alternative gibt. Auch auf die Frage, ob unser aller Leben, mit welcher Behinderung auch immer, sinnvoll sei, hört man nur Geschwätz. Unsere Maßstäbe für das *Sinnvolle* sind verschieden, zeitweilig fallen sie auch ganz aus. Was also?
Am Abend lasse ich in der Eineinhalbzimmer-Wohnung die Rolläden herunter, lese noch zwei Kapitel aus einem guten Buch. Mit der Sprachmelodie des Gelesenen im Ohr schreibe ich mit Bleistift den Plan jener Dinge, die am nächsten Tag erledigt werden müssen. Im engen Schlafzimmer steige ich mühsam aus den Kleidern, versuche sie ordentlich auf den Stuhl zu hängen; im Badezimmer erledige ich in zwanzig Minuten die Abendtoilette, in der Küche am Kühlschrank trinke ich noch einen Schluck Orangensaft. Meist ohne Nachtgebet, manchmal aber mit einem guten beruhigenden Gedanken, lege ich mich schlafen.
So ist mein Alltag.

Ohne Tränen kein Utopia

Schritte zur Änderung des behinderten Daseins

Christa Schlett

I.

Ja, ich sehe es genau, jetzt lächeln schon manche. Phantasie, Utopia, die hier verbraten wird. Aber man soll sie nur lassen, die Behinderten, sie haben ja sonst wenig Erfreuliches vom Leben. Ich glaube, daß viele so denken. Daß sie damit die Ansprüche von Behinderten nicht zur Kenntnis, und selbst wenn, nicht ernst nehmen. Langfristig wird ihnen das sauer aufstoßen, denn wir Behinderten sind dabei, ganz konkrete Vorstellungen für bessere, glücklichere Lebensbedingungen zu erarbeiten und uns unserer selbst bewußt zu werden. Das wird nicht von heute auf morgen gehen. Deshalb erwarten wir die Veränderungen keineswegs von jetzt auf gleich. So dringend wir ihrer auch bedürfen. Unsere Planung von der besseren Welt des Krüppellebens hat System und Realismus trotz aller Utopia. Drum: Nichtbehinderte mit den verschiedensten Einstellungsmustern, Mitleid, Neugier, wahrer und manchmal nur aufgesetzter Menschlichkeit, unterschätzt uns nicht. Ich rate es euch in ehrlicher Freundschaft. Später wird unsere Hilflosigkeit kein Fakt mehr sein, demzufolge ihr uns in die Abhängigkeit zwingt. Denn allein das, so glaube ich, ist die Ursache für die Unmündigkeit vieler Behinderter.

Ihr redet zwar druckfertig in Worten von den Integrationsbemühungen für die Behinderten, doch wenn es ernst wird, dann laßt ihr die Gelder sperren, die Planstellen streichen, die Gesetze einfrieren. So sitzt ihr bald 35 Jahre. Die Grauzeit davor lasse ich mal außer acht, gebe euch die Chance, den bekannten Strich zu ziehen (ob ihr es schafft?). Ihr sitzt am längeren Hebel, brütet über Systemen, wie der Behinderte zu sein hat, damit er in das Mosaik eurer Wunderwelt paßt. Bloß mit einem habt ihr nicht gerechnet: mit der Initiativfähigkeit der euch Anbefohlenen. (Sicher, wer rechnet auch schon mit dem Schlimmsten und – in diesem Fall – so Unwahrscheinlichen?) Aber das Unwahrscheinliche wird sehr bald kommen und aufräumen mit euren mild lächelnden Gedankenspielen etwa von der Art, daß ihr sagt, Sondereinrichtungen der verschiedenen Sparten seien doch schon der absolute Fortschritt im Gegensatz zu den Hinterhofverstecken früherer Zeiten und der Gnadenspritze aus unserer dunklen Vaterlandzeit. Wenn ich recht informiert bin durch das, was ich so erlebte, dann war das doch immer die Position der offiziellen Vertreter von Behinderten in Schulen und Ausbildungsstätten. Dankbarkeit war das zu erreichende Lernziel, nicht die Fähigkeiten und der Wille zur Selbständigkeit.

II.

Das aber ist die Voraussetzung für den Behinderten (Krüppel), damit sich in seinem Leben etwas ändert. Eine zu realisierende Utopia für den Behinderten ist dann erreicht, wenn die Ausgliederung nicht mehr existiert. Wenn Sondereinrichtungen nicht mehr bestehen. Wenn die notwendigen Hilfen, die der Behinderte jeweils benötigt, von Jedermann selbstverständlich gegeben werden.

Wenn die geforderte, notwendige Rücksicht nicht wie bisher mit kuschender Dankbarkeit vergütet werden muß, die jegliche Entfaltung des Behinderten beschneidet.
In der zukünftigen, besseren Welt für den Behinderten wird es so sein, daß der Betroffene neben seinen Menschenrechten auch die damit verbundenen Pflichten voll in Anspruch nimmt. Erst diese Verbindung von Recht und Pflicht gibt dem Menschen jene Würde, die er zum Leben braucht. Beide Attribute hat man über Generationen hin dem Behinderten wie selbstverständlich abgesprochen und aberkannt. Jetzt werden durch allgemeine Freiheitsbewegungen der letzten Jahre aufgeklärte Behinderte sich ihre Rechte selbst nehmen, sich die Pflichten für ihre eigene Existenz und die der anderen Behinderten nicht nehmen lassen. So steigen sie aus ihrer Unmündigkeit und Unwissenheit. „Wer handelt macht sich schuldig." So ungefähr lautet der Satz, an den ich denken muß, wenn ich die jüngste Entwicklung der Krüppelbewegung verfolge, die ich mit meinen geringen Möglichkeiten unterstützen will. Ich glaube nicht, auch wenn es sich um eine „Behinderten-Bewegung" handelt, bei der es sonst zum guten Ton gehörte, kurzfristige Rücksichten gelten zu lassen, daß diese Bewegung in ihrer (notwendigen) Kompromißlosigkeit allein mit friedlichen Mitteln ihre Ziele erreichen wird. Das zu hoffen wäre Illusion und keine zu realisierende Utopia.
Wer handelt, macht sich schuldig. Behinderte werden, neben vielem anderen auch, lernen müssen, schuldfähig zu werden. Tränen werden fließen bei vielen Freunden, ob behindert oder nicht. Worte, Aussagen werden fallen, bei denen sich jeder Relativierungsversuch verbietet. Das wird nicht immer leicht zu bewältigen sein, und die Freiheit, die Selbständigkeit und die Verantwortung, die wir Behinderten hier übernehmen, werden so manches Mal nach Bitterkeit schmecken. Leicht wird das nicht, ich sage das den mit mir mitstreitenden Behinderten in aller solidarischen Deutlichkeit. Ich sage das im Eingeständnis meiner zeitweiligen Mutlosigkeit. Zu gerne möchte ich manchmal nachgeben, die Augen verschließen. Im Kompromiß der Freundlichkeiten, die nichts verändern, nichts in Gang setzen, schon die unaufgebbaren Ziele erkennen. Dann, mit dem Erkennen meiner Täuschung beginnt mein Kampf, gegen mich, gegen Freund und gegen Feind.

III.
Wenn ich wichtig finde, daß der Behinderte lernt, auch mit seinen Pflichten umzugehen, d.h. überhaupt erkennt, daß er welche hat, dann meine ich besonders Pflichten von jener Art, die er gegen sich selbst hat. Das geringe Selbstwertgefühl, das ich sehr oft bei Behinderten beobachte, muß aufgearbeitet werden, muß umschlagen in ein Vertrauen, ein Zutrauen zur Entfaltung verbliebener Fähigkeiten. Dabei stören natürlich die alt bewährten Erwartungsmuster der Helfer, die sich von einer Generation auf die andere vererben: Geduld, Dankbarkeit, bescheidene Zufriedenheit. Sie werden in dieser bekannten Form langsam aber stetig an Kurswert verlieren. Das gibt mir Mut und Zuversicht bei dem Gedanken an die bessere Welt für den Behinderten, die morgen entsteht.
Wer seine Pflichten (und seine Rechte) als Behinderter ernst nimmt, der wird sich auch nicht scheuen, in ein Haus zu ziehen, in dem generell niemand etwas gegen Behinderte hat. Er wird allerdings nicht einziehen, wenn er als Mensch dort unbeliebt und unerwünscht ist. Der pflichtbewußte Behinderte wird es

als selbstverständlich ansehen, sich diesem Kampf zu stellen – mit unnachgiebigem Charme und aggressivem Witz. Verletzungen der allgemein bekannten empfindsamen Seelen werden dabei nicht ausbleiben. Der Behinderte wird sein (mögliches) Schuldigwerden anerkennen.
Ein, für mich noch sehr neuer Gedanke kommt hier: Der Behinderte mit Selbstwertgefühl und Pflichtbewußtsein wird seine Behinderung mit allen ihren Folgeerscheinungen immer bejahen können. Bejahen wenigstens als zu bewältigende Alltagsexistenz. Allerdings auf einem anderen Blatt wird die Frage stehen, ob man einer Behinderung, die Lebensmöglichkeiten rigoros beschneidet, Sinngebung zusprechen kann. Dies ist aber eine allgemein weltanschauliche Frage und wird daher nur subjektiv von jedem Behinderten selbst beantwortet werden können – auch oder gerade erst in der besseren gerechteren Welt für Behinderte.

Von Christa Schlett sind bisher im Jugenddienst-Verlag erschienen:
Krüppel sein dagegen sehr. Wupptertal 1970, 1975 (3)
Babs. Eine Mutter entscheidet sich für ihr behindertes Kind. Wuppertal 1975 (1978 als dtb-Taschenbuch)
Ich will mitspielen. Wuppertal 1978

Anmerkungen

Teil I

Behinderte Menschen unterm Hakenkreuz, Stefan Romey

1 Unter Faschismus soll ein Herrschaftssystem verstanden werden, das durch Unterstützung von Schwerindustriellen, Finanzgrößen, Großgrundbesitzern, Teilen des Militärs u.a. zur Macht gekommen ist, und das deren Privilegien sichern und mehren helfen soll. Der Faschismus vernichtet alle demokratischen Freiheiten und übt hemmungslosen Terror gegen seine Feinde, insbesondere die Arbeiterbewegung, aus. Kernbestand faschistischer Denkweise sind rassistische, nationalistische, militaristische und antidemokratische Anschauungen.

2 Hier wirkten sich auch Anstöße durch die Medien (z.B. Ausstrahlung der Sendung *Holocaust)* positiv aus. (Vgl. hierzu Klaus Dörner u.a.: *Der Krieg gegn die psychisch Kranken.* Rehburg-Loccum 1980)
Umfassende Diskussions- und Forschungsergebnisse liegen ansatzweise vor, vlg. Baader/Schultz (Hrsg.): *Medizin und Nationalsozialismus.* Dokumentation des Gesundheitstages 1980. Band 1. Berlin 1980; Güse/Schmacke: *Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus.* Kronberg 1976; Jantzen: „Behinderung und Faschismus", in: Ders. (Hrsg.): *Konstitutionsprobleme materialistischer Behindertenpädagogik.* Lollar 1977; Nowak: *Euthanasie und Sterilisierung im Dritten Reich.* Göttingen 1980; Mitscherlich/Mielke: *Medizin ohne Menschlichkeit.* Frankfurt/M. 1978; Wuttke-Groneberg: *Medizin im Nationalsozialismus.* Tübingen 1980.

3 Die Massenmordaktion gegen behinderte Menschen war das *Versuchsstadium* der sog. Endlösung gegen politische Gegner des NS-Regimes, Menschen jüdischen Glaubens und andere Völker.

4 vgl. Mitscherlich/Mielke: *Medizin ohne Menschlichkeit.* Frankfurt/M. 1978 (Neuauflage), S. 287

5 abgedruckt in: Dörner u.a.: *Der Krieg gegen die psychisch Kranken.* Rehburg-Loccum 1980

6 Dieser Vortrag wurde nicht auf dem Gesundheitstag gehalten. Elemente sind in die Diskussionen der verschiedenen Veranstaltungen eingegangen. Es erschien uns aber sinnvoll, beispielhaft das Naziprogramm an einer Anstalt in seinen verschiedenen Stufen aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, daß die einzelnen Beiträge aufeinander abgestimmt wurden. Überschneidungen wurden weitgehend durch Kürzungen gemieden, Fragen aus der Diskussion soweit wie möglich durch Neubearbeitung beantwortet.

Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung, Stefan Romey

1 H. Binding, A. Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – Ihr Maß und ihre Form.* Leipzig 1920, S. 55

2 ebenda

3 ebenda, S. 54

4 Die VVN – Bund der Antifaschisten, in der inzwischen auch eine Vielzahl junger Menschen organisiert sind, geht davon aus, daß es nach 1945 noch nicht zu einer, anfangs von allen führenden politischen Organisationen geforderten, antifaschistischen Umwälzung gekommen ist. Zu den Grundbedingungen einer entsprechenden antifaschistisch-demokratischen Grundordnung gehört ein humanes System psychiatrischer und behindertenspezifischer Versorgung.

5 Zur Frage der überproportionalen Mitgliedschaft von Ärzten in der NSDAP siehe auch Ulrich Schultz: „Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens", in: Baader/Schultz (Hrsg.): *Medizin und Nationalsozialismus.* Dokumentation Gesundheitstag Berlin 1980. Band 1. Berlin (West) 1980.

1 I. Malbin: *Historische Betrachtungen zur Frage der Vernichtung lebensunwerten Lebens.* in: Archiv für Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre, Bd. 8 (1922), S. 130
2 B.G. Camphell: *Entwicklung des Menschen.* Stuttgart 1922, S. 206
3 Platon, Politeia V. 460, 461, in: Platon/Phaidon: *Politeia.* Hamburg 1958, S. 181
4 Platon: Politeia III. 407, a.a.O., S. 139 f
5 Aristoteles, Politik 1335a15, in: Aristoteles: *Politik.* München 1973, S. 245
6 ebenda, S. 246
7 T. Meyer-Steineg: *Kranken-Anstalten im griechisch-römischen Altertum.* Jenaer medizinisch-historische Beiträge, 1912, Heft 3, S. 31
8 C. Fouquet: *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens unter Berücksichtigung des behinderten Menschen.* Oberbiel 1978, S. 18
9 P. Schumann: *Geschichte des Taubstummenwesens.* Frankfurt/M. 1940, S. 14
10 ebenda, S. 30
11 ebenda, S. 14
12 K. Engisch: *Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung.* Stuttgart 1948, S. 23
13 ebenda
14 G. Baader: „Zur Ideologie des Sozialdarwinismus", S. 46, in: Baader/Schultz (Hrsg.): *Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?* Berlin 1980
15 K. Binding/A.
Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Berlin 1980
15 K. Binding/A. Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form.* Leipzig 1920, S. 18
16 ebenda, S. 28
17 ebenda, S. 33
18 ebenda, S. 54
19 ebenda, S. 57
20 aus: *Das Band,* Organ des Bundesverbandes für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V., Düsseldorf 6/1981, S. 6 ff
21 *Autonomie.* Materialien gegen die Fabrikgesellschaft, Neue Folge Nr. 7, S. 25
22 A. Krampf: *Sterilisierung und Hilfsschule,* in: Die deutsche Sonderschule. Organ der Reichsfachschaft V Sonderschulen im NSLB. Halle 1935, S. 130 ff
23 ebenda, S. 130 ff
24 H. Weinert: *Erbgesundheitsunterricht in einer Schwerhörigenschule,* a.a.O., 1936, S. 43 ff
25 Deutschland-Berichte der Sopade (Sozialdemokratische Partei Deutschlands) 1934 - 1940. Salzhausen 1980. hier: 3. Jg. 1936, Januar; S. 79 f
26 D. Boßmann: *Was ich über Hitler gehört habe.* Frankfurt/M. 1977, S. 303
27 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles – Gesundheitssicherstellungsgesetz (GesSG); Bonn, 31.5.1980, S. 7
28 Der Spiegel, Nr. 41/1967; hier: P. Röttgen: *Das Recht zu sterben*
29 Die Tageszeitung 24.7.1981; zitiert wird von E. Trautner der Leiter des Projekts Epilepsieforschung an der Universität Heidelberg, Prof. Janz
30 Frankfurter Rundschau 20.1.1982; Autonomie, a.a.O., S. 60
31 Demokratisches Gesundheitswesen 1/1981, S. 8
32 M. Heifetz/C. Mangel: *Das Recht zu sterben.* Frankfurt/M. 1976, S. 53 ff
33 Die Abendzeitung 25.3.1982
34 a.a.O., zitiert aus Sendung „Report", ARD 23.3.1982. Hervorhebung durch den Verfasser

1 A. Mitscherlich, F. Mielke: *Medizin ohne Menschlichkeit.* Frankfurt/M. 1978, S. 7
2 H.-G. Schmidt: „Die Geschichte der Alsterdorfer Anstalten", in: *Geistig und mehrfachbehinderte Behinderte in Hamburg.* Hamburg 1977
3 F. Lensch: „Dennoch", in: *Briefe und Bilder aus Alsterdorf.* Hamburg 1931/32, S. 2 f
4 ebenda, S. 4
5 ebenda, S. 5
6 F. Lensch: „Die Alsterdorfer Anstalten im dritten Reich", in: *Briefe und Bilder aus Alsterdorf.* Hamburg 1934, S. 3
7 ebenda, S. 2
8 Konferenz der Vorsteher evangelischer Anstalten für Geistesschwache und Epileptiker, (ohne Autorenangabe) in: *Briefe und Bilder aus Alsterdorf.* Hamburg 1934, S. 24
9 Konferenz der Vorsteher evangelischer Anstalten für Geistesschwache und Epileptiker, (ohne Autorenangabe) in: *Briefe und Bilder aus Alsterdorf.* Hamburg 1935, S. 17
10 ebenda
11 F. Lensch: „Erbgesundheit", in: *Briefe und Bilder aus Alsterdorf,* Hamburg 1936, S. 14
12 ebenda, S. 16
13 Vgl. J. Jensen: *Bericht über Vorgänge betr. Euthanasie und Judenentlassung in den Alsterdorfer Anstalten.* 29.1.60, in: Akte Sta HH 147 Js 58/67, Sonderband E 7 (49), Anhang
14 Akte Sta HH 147 Js 58/67, Sonderband E 7 (49), S. 3a
15 ebenda, S. 4a
16 ebenda, S. 2a
17 ebenda, S. 11
18 ebenda, S. 13
19 Die folgenden Angaben sind der Anklageschrift gegen Pastor Lensch (Alsterdorfer Anstalten) und Dr. Struve (Gesundheitsbehörde Hamburg) entnommen, die am 24.4. 1973 von der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Hamburg vorgelegt wurde (Az.: Sta HH 147, Js 58/67
20 Sta HH 147 Js 58/67, Anklageschrift, S. 549
21 ebenda, S. 556
22 ebenda, S. 560
23 ebenda, S. 578
24 ebenda, S. 584
25 ebenda, S. 585
26 ebenda, S. 586
27 ebenda, S. 585
28 ebenda, S. 599/600
29 ebenda, S. 727/728
30 ebenda, S. 728
31 ebenda, S. 729
32 ebenda, S. 731
33 ebenda, S. 732
34 ebenda, S. 740
35 ebenda, S. 743
36 ebenda, S. 742/743
37 ebenda, S. 762
38 Die Tötungen der aus den Alsterdorfer Anstalten in den Kalmenhof verlegten Kinder ist u.a. Gegenstand des Buches von Alice Platen-Hallermund: *Die Tötung Geisteskranker.*
39 Sta HH 147 Js 58/67, Anklageschrift, S. 771 ff
40 Die hier angegebenen Zahlen entstammen der Akte Sta HH 147 Js 58/67, Sonderband 5, E 7 (52), „Betr. Verlegung von Pfleglingen 1938 - 45".
41 Sta HH 147 Js 58/67, Anklageschrift, S. 83
42 H.-G. Schmidt: *Die Geschichte der Alsterdorfer Anstalten,* a.a.O.

Augenzeugenbericht eines Bewohners, Udo Sierck

1 R. Oltmann u.a.: *In der Pflegeanstalt zerbrochen,* in: ZEIT-Magazin Nr. 19, 1979
2 ebenda, S. 22
3 Der Name wurde geändert, U.S.

Teil II

Wider die Therapiesucht, Michael Wunder

1 Ulrich Schultz: „Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens", in: Baader/Schultz (Hrsg.): *Medizin und Nationalsozialismus.* Dokumentation Gesundheitstag Berlin 1980, Band 1. Berlin 1980, S. 184

Förderung der Normalität und Gesundheit..., A. Milani-Comparetti/L.O. Roser

1 Weitere Beiträge von Dr. Roser finden sich in *Forum für Medizin und Gesundheitspolitik,* Nr. 18, Februar 1982 („Zur beruflichen Förderung Behinderter") und Nr. 19, Juni 1982 („Hilfe für Behinderte in der Gemeinde").
2 Siehe hierzu auch: Franco Basaglia/Klaus Dörner: „Von der Irrenanstalt zur reformierten Großklinik" und Matthias Abram: „Franco Basaglia 1924 - 1980" in: Dersee/Dupke (Hrsg.): *Bankrott der Gesundheitsindustrie.* Dokumentation Gesundheitstag Berlin 1980. Band 4. Berlin 1981
3 Ivan Illich, geb. 1926, Philosoph und Schriftsteller, Mexiko. Er wurde zu einem der führenden Sprecher gegen das Überschreiten einer Schwelle in der industriellen Entwicklung, die unvermeidlich zum Phänomen der „paradoxen Kontraproduktivität" führt. Sein bekanntestes Buch: *Die Nemesis der Medizin.* Reinbek 1977. – Sein Vortrag „Was kann der Allgemeinmediziner zur Demedikalisierung beitragen?", gehalten im April 1982 in Dublin, erscheint in: Brinkmann/Franz: *Nachtschatten im weißen Land.* Berlin 1982.
4 Bewegungslähmungen, die auf eine Hirnschädigung zurückgehen
5 Entwicklung des Lebewesens von der befruchteten Eizelle bis zum geschlechtsreifen Zustand
6 Lehre der (Krankheits-) Zeichen
7 Wissenschaftlicher Ausdruck für die von rassistischen Vorurteilen geprägte Bezeichnung Mongolismus
8 Auszeichnungsverfahren für Bewegungsabläufe

Probleme behinderter Kinder – Therapie als Hilfe oder Hindernis, Monika Aly

1 In den 50er Jahren begann Berta Bobath (London) als Krankengymnastin ihre spezielle Behandlung zerebraler Bewegungsstörungen, damals „spastische Lähmungen" genannt. Bekannt wurde sie durch die Einführung reflexhemmender Stellungen, welche ermöglichten, die durch Nerveneinflüsse bedingte Zusammenziehung eines Muskels (Muskeltonus) leichter zu kontrollieren und in der Folge bessere Bewegungen zuließen. Ihr Mann, Dr. Karel Bobath, Neurologe, interpretierte und unterbaute die Behandlungsweise neurophysiologisch, d.h. ausgehend von den normalen körperlichen Abläufen. Wenn die Koordination der Bewegungsabläufe bei nicht vollendeter Reifung des zentralen Nervensystems abnorm verläuft, sind Störungen aller automatischen Reaktionen (Stell-, Stütz- und Gleichgewichtsreaktionen) die Folge. Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung ihrer Arbeit durch/und Einbeziehung fundierter Anregungen werden heute weder reflexhemmende Stellungen noch Bewegungsmuster beschrieben. B. Bobath spricht nur von individueller Behandlung (treatment), womit sie „Handhabung" oder Führung des ganzen Kindes meint. Einige wesentliche Punkte der Bobathschen Behandlung sind u.a.:

Alle therapeutischen Maßnahmen sind auf *erreichbare* Ziele ausgerichtet und dienen gleichzeitig als Vorbereitung für den nächsten Entwicklungsschritt des Kindes. Die *normale Entwicklung* dient als Leitfaden. Wesentlich ist nicht das Erlernen von Bewegungen, sondern die Vermittlung des Gefühles für normale Bewegungen. Bei Bedarf über Spielzeug und andere, das Interesse des Kindes weckende Hilfsmittel, werden unbewußt automatische, spontane Bewegungen hervorgerufen. Erst wenn das Kind fähig ist, diese Bewegungen zu kontrollieren, sollte die Ausführung gewollter Bewegungen erlernt werden. Teamarbeit mit den Eltern/Betreuern ist wesentlich, die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Therapien (Krankengymnastik, Beschäftigungs- und Sprachtherapie) ist unumgänglich; Liege-, Sitz-, Steh- und Gehhilfen werden nur wenn absolut notwendig angewandt. (nach I. Danielcik: Entwicklungsneurologische Behandlung nach Bobath, in: Feldkamp/Danielcik: Krankengymnastische Behandlung der cerebralen Bewegungsstörung. München o.J.)

2 Dr. Václav Vojta, Kinderneurologe, Prag. Entwicklung seiner Methode seit 1954. Vojta sieht und beurteilt die Entwicklung eines Kindes vom Prinzip der menschlichen Fortbewegung: a) Beherrschung der Gesamtkörperhaltung, b) Aufrichtung und c) in regelmäßigen Abständen wiederkehrende Bewegungen als Teil einer Bewegungsabfolge. Er stellt beim cerebral bewegungsgestörten Kind Mängel in der normalen Bewegungsentwicklung und Koordination fest und glaubt, daß die Spastik erst als Folgeerscheinung dieser Störung auftritt, da es zu einer Fixation der „falschen" Bewegungen kommt, wenn keine Behandlung einsetzt. Man spricht von seiner Behandlungsmethode als einem „Bahnungssystem". Durch Druck und Zug, auch unter Zuhilfenahme von Kissen und Rollen, werden über bestimmte „Auslösungszonen" Bewegungen angebahnt, um eine pathologische Bewegung in eine normale umzuwandeln. Ausgegangen wird von den vorhandenen Fehlstellungen und dem Ziel der Behandlung, d.h. der Bewegungsantwort, die man erreichen will. Diese Reaktion muß abgewartet werden, d.h. zum Beispiel Druck oder Zug müssen solange ausgeübt werden. Die Übungen sollen fünfmal täglich 10 - 20 Minuten durchgeführt werden. (nach E. Träger: Entwicklungskinsiologische Behandlung der zerebralen Bewegungsstörung nach Vojta, in: Feldkamp/Danielcik, a.a.O.)

3 durch Reize hervorgerufene Sinnes- und Bewegungsleitung des Nervensystems und daraus folgende Muskelaktivität

Mütter berichten über ihre behinderten Kinder, Cornelia Bliesner und Uta Lamprecht

1 Spritze zur Betäubung der untersten, das Rückenmark verlassenden Nerven (manchmal auch „Rückenmarks-Spritze" genannt)

2 Brutkasten

3 Das Punkte-Schema nach Apgar wird zur schnellen Erfassung des körperlichen Zustandes eines Neugeborenen angewandt. Beurteilt werden während der ersten zehn Minuten nach der Geburt Herzschlagfrequenz, Atmung, Muskelspannung, Hautfarbe und Reflexe und in Punkten ausgedrückt. Liegen die Apgar-Werte zwischen 8 und 10, ist alles normal.

4 ungewöhnliche Vergrößerung des Kitzlers

5 ACTH ist die Abkürzung für ein Körperhormon, das die Hirnanhangdrüse erzeugt und auf die Nebennierenrinde wirkt. Beim Belastungstest wird ACTH intravenös verabreicht, um die Funktionstüchtigkeit der Nebennierenrinde, die selbst Hormone produziert, zu prüfen.

6 Art hirnorganischer Krämpfe bei Kleinkindern, die nach ihrer Form, Augen- und Kopfverdrehen nach oben bzw. schräg oben und Kopfschütteln und -nicken, „Blick-Nick-Salaam" benannt werden.

7 hormonelle Störung, die zur Fehlbildung der Geschlechtsorgane führen kann

8 Medikamente gegen Krämpfe

9 Abkürzung für Elektro-Enzephalogramm (Darstellung der Gehirnströme)

10 hier: künstliche Ernährung durch einen Schlauch, der in die Speiseröhre eingeführt wird

11 Röntgensichtverfahren, bei dem die nach Gabe eines Kontrastmittels erfolgende Strah-

lung (in diesem Falle: des Gehirns) mit einem rotierenden Röntgenstrahl per Computer in Schichten gemessen wird
12 hier: Sehnen- und Muskelverkürzung aufgrund des Nichtgebrauchs der Gliedmaßen
13 natürliche Verbindung der beiden großen Herzschlagadern, die innerhalb der ersten drei Lebensmonate verwachsen muß
14 Hirnentzündung, Lungenentzündung und Unterentwicklung der Thymusdrüse. Letztere hat eine mangelhafte Entwicklung der lymphatischen Organe und eine fehlende Antikörperbildung zur Folge
15 hirnorganische Anfälle, die in wechselnden Phasen von Zuckungen und Anspannungen verlaufen
16 Herzmuskelentzündung und Verstopfung der kleinsten Blutgefäße der Lunge mit Erstickungsgefahr
17 Abkürzung für den Tonisch-klonischen Nackenreflex
18 angeborener Mangel an Hirnsubstanz
19 Autismus ist ein Begriff für eine hochgradige Beziehungsstörung zur dinglichen und personalen Umwelt; diese wird meist mit einer zentralen Verarbeitungsstörung der Sinneseindrücke erklärt

Frühförderung und Sonderkindergarten, Ingrid Matthäus

1 Quelle: *Gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Elementarbereich.* Berichte und Materialien einer Fachtagung im Deutschen Jugendinstitut München vom 20. - 22.5.1981. Deutsches Jugendinstitut 1981

Erziehung oder soziale Hilfe?, Henning Sletved

1 „Klein ist schön!". Das Buch *Small is beautiful* von E.E. Schumacher ist auf deutsch mit dem Titel *Zurück zum menschlichen Maß* erschienen.

Teil III

Die Entwicklung der Krüppelgruppen, Udo Sierck

1 Pastor Sengelmann, Gründer der Alsterdorfer Anstalten, in: *Der Bote aus dem Alstertal,* Hamburg 1862
2 *Tagungen, Seminare, Freizeiten '82,* CeBeeF 1982, S. 7
3 ebenda, S. 14

Die Helferrolle als Herschaftsinteresse..., Horst Frehe

1 Vgl. Wolfgang Schmidbauer: *Die hilflosen Helfer.* Reinbek 1978
2 Vgl. Lore Gerhard: *Über die richtige Antwort und die falsche Scham. Emotionale Beziehungen zu Klienten – Bedürfnis und Motivation in der Sozialarbeit.* Gießen 1979
3 ebenda, S. 23
4 psychoanalytischer Ausdruck; anal steht hier für Charakterzüge wie Ordnungsliebe, Sparsamkeit, Eigensinn, die nach der Freudschen Theorie durch Fixierung auf analerotische Erlebnisse der Kindheitsphase zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr entstanden sind; Kollusion kann mit „Hinterhältigkeit in der Beziehung" übersetzt werden, sich gegenseitig durch hinterhältige Pläne zu bevormunden.
5 Gerhard, a.a.O., S. 35
6 Asmus Petersen: Ventil „Nichts gegen Krüppel", in: *Transatlantik* 1981, S. 93
7 Gerhard, a.a.O., S. 36 ff
8 Willi Jürg: Die Zweierbeziehung. Reinbek 1975, S. 107, zitiert nach Gerhard, a.a.O., S. 36

9 Bertolt Brecht: *Gesammelte Werke*
10 Gerhard, a.a.O., S. 37
11 Artur W. Combs et al.: *Die helfenden Berufe.* Stuttgart 1975, S. 15. Hervorhebungen H.F.
12 ebenda, S. 92
13 ebenda, S. 11
14 ebenda, S. 246, Hervorhebungen H.F.
15 Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.: *Partner sein – Ein Leitfaden für Laienhelfer in der Psychiatrie.* Bonn 1980, S. 34
16 wörtlich: uneigennützig; hier im Sinne von anscheinend uneigennützig
17 Helge Peters: Die mißlungene Professionalisierung, in: H.U. Otto, K. Utermann: *Sozialarbeit als Beruf – Auf dem Weg zur Professionalisierung?.* München 1971, S. 118
18 G. Deleuze, M. Foucault: *Der Faden ist gerissen.* Berlin, S. 90

Krüppelgruppe – Isolation oder Selbsthilfe, Uschi Willeke

1 Von Zeit zu Zeit stattfindender „Kongreß der Rehabilitation" mit Ausstellung der neuesten Errungenschaften der technischen Hilfsmittel für Behinderte; zuletzt im Juni 1981 in Düsseldorf.
2 Vereinigung Integrationsförderung e.V., Herzog-Wilhelm-Straße 16, 8000 München 2. (Organisiert u.a. die „Ambulanten Hilfsdienste für Behinderte")
3 In Dortmund hat die offizielle Eröffnung des UNO-Jahres der Behinderten 1981 der BRD stattgefunden.
4 Club Behinderter und ihrer Freunde; siehe auch Udo Sierck: Entwicklung der Krüppelgruppen in diesem Buch.
5 Querschnittgelähmter mit Lähmung von Armen und Beinen

Bildnachweis:

S. 3, 72, 163:	Bernd Röstel, Berlin
S. 8:	Staatliches Museum Auschwitz. Quelle: Volk & Gesundheit, a.a.O., Seite 29
S. 80, 81:	Ludwig O. Roser, Florenz
S. 110, 112, 113, 115:	Ingrid Matthäus, Hamburg
S. 139:	aus: „Beschwerdezentrum", Bonn, Sept. 1981
S. 154, 192:	aus: „Bestandsaufnahme einer Psychiatrie". Katalog zur deutschen Ausstellung des Gesundheitstages 1981 und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Adressen der Autoren

Monika Aly, Stubenrauchstr. 11, 1000 Berlin 45
Horst Frehe, Wendtstr. 26, 2800 Bremen 1
Heike Kühn (Kollegenkreis der Alsterdorfer Anstalten), Neverstaven 11, 2060 Travenbrück
Uta Lamprecht, Am Spitzwald 82, 2056 Glinde
Ingrid Matthäus (Arbeitsgruppe Integration), Vaenserweg 12, 2110 Buchholz
Prof. Dr. Adreano Milani-Comparetti, Istituto Anna Torrigiani, Via di Camerata 8, I - 50141 Firenze
Rainer Nathow (Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie), Schumannstr. 8, 2800 Bremen 1
Nati Radtke, Borselstr. 15, 2000 Hamburg 50
Stefan Romey (Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes – Bund der Antifaschisten), Kremperstr. 11, 2000 Hamburg 20
Dr. Ludwig O. Roser, Via di Ruffignao 12, I - 50141 Firenze
Christa Schlett, Bernadottestr. 10, 6000 Frankfurt/M. 50
Manfred Schmidt, Zillestr. 102, 1000 Berlin 10
Udo Sierck, Oelkersallee 15, 2000 Hamburg 50
Henning Sletved, Undervisningsministeriet, Direktoratet for erhvervsuddannelserne, Højbro Plads 4, DK-1200 Kopenhagen K
Uschi Willeke, Barbarossastr. 24, 1000 Berlin 30
Michael Wunder, Rehmstr. 17, 2000 Hamburg 60

Eine Auswahl empfehlenswerter Zeitschriften:

Der Krückstock, c/o M. Glage, Rheinweg 101, 6900 Heidelberg
Die Irrenoffensive, Redaktion, Bülowstraße 54, 1000 Berlin 30
Die Luftpumpe, Pohlmannstraße 13, 5000 Köln 60
Gehörlos – Was nun?, Gehörlosen-Redaktion, An der Bredenbek 9d, 2071 Ammersbek
Getto-Knacker, c/o Rainer Schindler, Naukler Straße 20, 7400 Tübingen
Krüppel-Zeitung, c/o J. Schalthöfer, Ansgarikirchhof 3, 2800 Bremen 1
oder: c/o Udo Sierck, Oelkersallee 15, 2000 Hamburg 50
Lädiert, c/o Pavillon, Listermeile 4, 3000 Hanover 1
Türspalt, Postfach 46, 8000 München 65

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Dr. med. Mabuse

- Ist das Diskussionsforum der Alternativen und Linken in Gesundheits- und Sozialberufen
- Bringt Wind in den konservativen Medizin-Blätterwald
- Berichtet über: Gesundheitspolitik & Alternativmedizin & Krankenpflege & Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen & Medizin in der Dritten Welt & Gewerkschaften & Standesideologie & Vieles andere mehr . . .
- Hat einen umfangreichen Kleinanzeigen- und Stellenmarktteil
- Gibt's 6mal pro Jahr für je 4,50 DM in allen besseren Buchläden **und für nur 25 DM im Jahresabonnement.**
- Freut sich über Mitarbeit jeglicher Art
- **Kostenloses Probeheft gefällig?**

Dr. med Mabuse
Zeitschrift im Gesundheitswesen
Mainzer Landstraße 147
6000 Frankfurt am Main 1
☎ 069/7381724

Gesundheit & Politik

ISBN 3-925499-15-6

Für mich das Beste!
Therapietips aus drei Generationen. Ernsthaftes und Kurioses aus dem Deutschen Ärzteblatt, Hexengeflüster von der Kräutergruppe des Berliner Gesundheitsladens. Von Hackethal bis Kneipp. 416 Seiten!, Großformat statt 36,— DM nur **10,— DM**

ISBN 3-925499-20-2

Krankenpflege im Nationalsozialismus
Dieses Buch arbeitet die Geschichte des Pflegeberufes im 3. Reich auf. Mit Dokumenten, Interviews, einer Zeittafel einer umfangreichen Liste der Quellen- und Sekundärliteratur sowie vielen Fotos. **160 Seiten. 15 DM**

ISBN 3-925499-09-1

Erfassung zur Vernichtung Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«,
hrsg. von Karl Heinz Roth, »Kostendämpfung« und »Sozialabbau« in der Nachfolge faschistischer Sozialhygieniker. 200 S., Abb. u. Dokumente, **statt 26,80 nur 12,— DM**

Peter O'Neill
Gesundheit 2000 — Krise und Hoffnung
hrsg. vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Um eine Krise abzuwenden, fordert die WHO in ihrer Regionalstrategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« eine grundlegende Umorientierung: 200 S., zahlr. Abb., Tab. u. Schaubilder, **24,80 DM**
ISBN 3-925499-17-2

ISBN 3-925499-01-6

Morbus Crohn — Colitis Ulcerosa. Darmerkrankungen aus ganzheitlicher Sicht. G. Tecker, Diplom-Psychologe und selbst betroffen, gibt in diesem Buch einen Überblick über den derzeitigen Stand von schulmed. Ursachenforschung und Therapie. Ihnen stellt er weiterführende ganzheitliche Ansätze gegenüber. 160 Seiten, **15,— DM**

Gesundsein 2000
Ein nationaler Plan
Projektgruppe im Auftrag der GRÜNEN im Bundestag. Die Fraktion der Grünen im Bundestag stellt die Übertragung der Regionalstrategie der WHO auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik vor. 80 S., **7,80 DM**
ISBN 3-925499-18-0

ISBN 3-925499-10-5

Zwischen zwei Kulturen
Was macht Ausländer krank?
Hrsg. von H. Kentenich, P. Reeg und K.H. Wehkamp, 184 Seiten. Eine Bestandaufnahme der Situation von Ausländern in der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland. **Statt bisher 19,80 DM nur 9,80 DM**

ISBN 3-925499-11-3

Nachtschatten im weißen Land
Grundlagen und Kritik der Naturheilkunde und der alternativen Heilmethoden. Hrsg. von Manfred Brinkmann und Michael Franz mit Beiträgen vom Gesundheitstag 1981. 256 Seiten, **statt bisher 24,— DM nur 8,50 DM**

Bezug über: Dr med Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen
Mainzer Landstraße 147, 6000 Frankfurt 1

Behindertsein bedeutet Unverständnis, Ablehnung, Benachteiligung und Aussonderung. Diese Formen des Umgangs mit behinderten Menschen fanden während der Nazi-Zeit ihre Zuspitzung in der massenweisen Verstümmelung und Ermordung.
In den Beiträgen über die Behandlung behinderter Menschen im NS-Staat wird aufgezeigt, daß Herabwürdigung und Aussonderung Vorstufen einer mörderischen „Sonderbehandlung" sein können. Letztlich entscheidet der Wert der Arbeitskraft eines behinderten Menschen über lebenswert bzw. „lebensunwert".
Was geschieht heute in den Anstalten für Behinderte? Welche Zwecke werden mit besonderen Unterbringungen, Beschulungen und Therapien verfolgt? Sind das nicht Anfänge einer neuen Sonderbehandlung?

Behinderte Menschen haben aus Vergangenheit und Gegenwart gelernt. Sie leisten Widerstand gegen Aussonderung und Anpassungsdruck. Sie wollen ihr Leben selbst bestimmen: Die Krüppelbewegung manifestiert sich. „Wir nennen uns Krüppel und sprechen damit aus, was Nichtbehinderte über uns nur denken."
Auf dem GESUNDHEITSTAG Hamburg 1981 diskutierten sie Perspektiven, Forderungen und Standpunkte.

Dr. med. Mabuse
ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN
ISBN 3 925499 22 9 15 DM