

BUNDESANSTALT FÜR BERGBAUERNFRAGEN

IRRSINN UND LANDLEBEN

**Modelle einer Behindertenintegration
in der Landwirtschaft**

Forschungsbericht Nr. 28

Georg WIESINGER

Wien

November 1991

Medieninhaber (Verleger) und Herausgeber: Bundesanstalt für
Bergbauernfragen,
Umschlaggestaltung: Gregor Eichinger und Christian Knechtl
Druck: Rerosch-Amtmann, 1190 Wien

Vorwort

Relativ wenig ist über ihre Geschichte bekannt. Umso mehr ranken sich zahlreiche Klischeevorstellungen um ihr Dasein. Gemeint ist die Gruppe der Dorfdeppen, Landirren, Dosten oder wie sie im landläufigen Sinn, in unterschiedlicher regionaler Ausprägung, zu bezeichnen gepflegt wurden und teilweise noch immer werden. Die Klischees und die Attribute, die ihnen anhaften, reichen sehr weit. Sie gehen vom heiteren Dulder über den sozial gefährlichen Irren bis hin zum religiös verklärten Leidenden und glücklichen Idioten, der in einer besinnlichen und beschaulichen Landumgebung ein inneres Gleichgewicht finden kann. Gerade diese im Bewußtsein der Bevölkerung tief verankerten Vorstellungen sind jedoch zumeist stark idealisierte Stereotypen, welche von der Realität weit entfernte Idyllen unterstellen. Sosehr es auch schwerfällt, ein wirklichkeitsnahes und nüchternes Bild über die tatsächlichen Lebenssituationen dieser Menschen zu zeichnen, so ist zumindest eine Aussage leicht zu treffen. Tatsache ist, daß geistig behinderte Menschen von jeher keine verschwindend kleine Randgruppe darstellten, sondern immer schon aufgrund ihrer relativ großen Zahl einen Teil der gelebten Wirklichkeit im ländlichen Sozialsystem ausmachten.

Der Umgang mit dieser gesellschaftlichen Randgruppe im allgemeinen und die Stellung dem Wahnsinn gegenüber im besonderen änderte sich im Laufe der Zeit. Der Wahnsinn blieb in der Kulturgeschichte der Menschheit keine konstante Größe, die von ihm Befallenen erfuhren dementsprechend unterschiedliche Behandlungen, die von einer weitgehenden sozialen Akzeptanz bis zur Ausgrenzung bzw. Segregation in eigens dafür errichteten Bewahrungsanstalten reichten. Auch im ländlichen Raum zeitigten dabei allgemeine gesellschaftliche Werteänderungen und Paradigmenwechsel in der Position gegenüber den Wahnsinnigen letztendlich ihre Auswirkungen, obwohl sich diese Entwicklun-

gen generell langsamer vollzogen und die traditionellen Wertemuster sich noch relativ lange als sehr persistent erwiesen.

Katalysierend wirkten sich schließlich die strukturellen Änderungen in der Landwirtschaft aus. Geistig Behinderte verloren mit dem Ende der bäuerlichen Großfamilie und im Zuge der fortschreitenden Technisierung und Mechanisierung in der Landwirtschaft ihre Existenzgrundlage und Betätigungsfelder. Viele mußten mangels Betreuungspersonen ihren angestammten Lebensraum verlassen und fielen der sozialen Wohlfahrt in eigens dafür errichteten Irrenhäusern, psychiatrischen Anstalten und Kliniken anheim.

Erst in den letzten Jahrzehnten entstand im Dunstkreis neuerer psychiatrischer Reformüberlegungen ein zunehmendes Problembewußtsein gegenüber den in Anstalten Internierten. In der Diskussion über "Modelle einer Offenen Psychiatrie" und unter dem Postulat "Grundsätze einer modernen Behindertenpolitik" meldete sich sehr bald auch die Landwirtschaft zu Wort. Man begann sich wieder auf die lange Tradition landwirtschaftlicher Behindertenbetreuungsmodelle zu besinnen. Erste internationale Untersuchungen über Möglichkeiten einer Integration behinderter Menschen im ländlichen Raum außerhalb traditioneller Betreuungseinrichtungen fanden zunehmend Beachtung. Daß dabei natürlich auch die Okkasion staatlicher Transferzahlungen für Leistungen der Behindertenbetreuung, gerade für ökonomisch marginalisierte landwirtschaftliche Betriebe, einen wesentlichen Angelpunkt in der Diskussion ausmachten, darf nicht verschwiegen werden. Gerade in jüngerer Vergangenheit gibt es Beispiele systematischer Verwahrlosungen, dort wo landwirtschaftliche Betriebsleiter, bar jeder Pflegekompetenz, die Betreuung behinderter Menschen zu einer lukrativen Einkommensalternative machten. Gleichwohl darf die Komponente eines außerlandwirtschaftlichen Erwerbseinkommens nicht von vorne herein als negativ gesehen werden, sofern Aufwand und Leistung in einem vernünftigen Verhältnis zu einander stehen und flankieren-

de Maßnahmen einen effizienten Schutz für die in der Landwirtschaft betreuten Personen gewährleisten können.

Der nun vorliegende Bericht ist der zweite Teil einer Studie zur Situation behinderter Menschen in der Landwirtschaft. Er beschränkt sich in seinem Inhalt auf eine Evaluierung der Chancen und Gefahren, welche mit einer extra-asyllären Betreuung von geistig Kranken und psychisch Behinderten in der Landwirtschaft verbunden sind. Andere behindertenrelevante Fragestellungen, die im Zusammenhang mit der Integrationsthematik ebenfalls eine nicht unwesentliche Bedeutung haben, wie z.B. Begriffsdefinitionen, die rechtliche Hierarchie und Förderungsmaßnahmen für Behinderte in Österreich oder eine Abschätzung über die Anzahl behinderter Personen, bleiben in dieser Arbeit bewußt ausgeklammert, da sie bereits im ersten Teil der Studie (Forschungsbericht Nr. 27) ausführlich abgehandelt worden sind. In rechtlichen Belangen wird in einem Exkurs auf die Problematik des Anhalte- und Sachwalterschaftsrechtes eingegangen, da diese gerade im Kontext mit der Betreuung geistig behinderter Menschen als außerordentlich wichtig erscheint.

Anmerkung des Autors

Wenn in diesem Forschungsbericht des öfteren Begriffe wie Wahnsinn, Schwachsinn oder Irrsinn fallen, so darf dies nicht als abwertend gesehen werden. Um zu verhindern, daß bei der Rezension historischer Materialien sprachliche Brüche entstehen, zog ich es vor, in allen jenen Kapiteln, welche auf historische Entwicklungen bezug nehmen, diese traditionellen, heute allerdings stark negativ besetzten sprachlichen Kategorien zu gebrauchen. In allen anderen Teilen der Studie finden die heute in der Medizin und in den Sozialwissenschaften üblichen Begriffe Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	5
Einleitung: Zur Integration geistig behinderter Menschen in der Landwirtschaft	9
1. Kurzer Abriß über die Geschichte der Psychiatrie	11
1.1. Interpretation und Kulturgeschichte des Wahnsinns	11
1.2. Reformansätze im Irrenwesen, erste Beispiele von ländlichen Integrationsmodellen	18
1.3. Eugenetik, Sozialdarwinismus und NS-Psychiatrie	27
2. Historische Beispiele landwirtschaftlicher Integrationsmodelle	32
2.1. Frühe Integrationsmodelle	35
2.2. Traditionelle Versorgungsinstitutionen für geistig Behinderte in den agrarischen Regionen Österreichs	40
2.3. Funktionale Rollen geistig Behinderter im ländlichen Sozialsystem	49
3. Fragen zur Integration behinderter Menschen	53
3.1. Der Integrationsbegriff	53
3.2. Zwischen emanzipatorischer Behindertenarbeit und Behindertenmanagement	54
4. Moderne psychiatrische Modellansätze	57
4.1. Angloamerikanische Antipsychiatrie	57
4.2. Demokratische Psychiatrie Italiens	62
4.3. Sektorielle Psychiatrie Frankreichs	68

	Seite	
5.	Fallbeispiele kontemporärer landwirtschaftlicher Integrationsmodelle in Österreich	76
5.1.	Internierung in Österreich	78
5.2.	Formen einer Integration geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen in der Landwirtschaft	89
5.2.1.	Traditionelle haushaltsbezogene Modelle	90
5.2.2.	Geschützte Arbeitsplätze und geschützte Werkstätten	93
5.2.3.	Ausbildungshöfe	95
5.2.4.	Pflegeplätze und Beschäftigungstherapie	97
5.3.	Darstellung einzelner kontemporärer Fallbeispiele	100
5.3.1.	Beispiele für Ausbildungshöfe	101
5.3.1.1.	Rehabilitationszentrum Schlüßlberg für geistig behinderte Jugendliche	102
5.3.1.2.	Rehabilitationsprojekt Tollet	111
5.3.1.3.	Behindertenheim der Caritas der Erzdiözese Wien in Retz/Unternalb	112
5.3.2.	Anthroposophische Einrichtungen	122
5.3.2.1.	Hofgemeinschaft Wurzerhof	125
5.3.2.2.	Dorfgemeinschaft Liebenfels (Ein ländliches sozialtherapeutisches Wohnprojekt)	134
5.3.2.3.	"Karl Schubert Haus" in Mariensee am Wechsel	144
5.3.3.	Modelle der Außenpflegefürsorge	147
5.3.3.1.	Außenpflegefürsorge des Landeskrankenhauses Klagenfurt	149
5.3.3.2.	Außenpflegefürsorge des Landessonderkrankenhauses Graz-Feldhof	158
5.4.	Weitere Einrichtungen	169
6.	Exkurs: Sachwalterschafts- und Anhalterecht	170
6.1.	Gesetzliche Reformanstrengungen	171
6.2.	Vereinsachwalterschaft in der Praxis	180

	Seite	
7.	Resümee: Perspektiven einer sinnvollen und emanzipatorischen Integration geistig Behinderter und chronisch psychisch Kranker in der Landwirtschaft	185
7.1.	Genereller Vergleich zwischen extra-asylärer Versorgung und einer Anstaltspflege	188
7.2.	Kurze Einschätzung der einzelnen landwirtschaftlichen Betreuungseinrichtungen	192
7.2.1.	Effekte einer Unterbringung in Ausbildungshöfen	192
7.2.2.	Aspekte anthroposophischer Heil- und Sozialtherapiegemeinschaften	194
7.2.3.	Aspekte einer Unterbringung von Behinderten auf Bauernhöfen	196
8.	Zusammenfassung	205
	Summary	215
	Abstract	223
	Literatur	224

Einleitung: Zur Integration geistig behinderter Menschen in der Landwirtschaft

Modelle einer Einbindung geistig behinderter Personen in landwirtschaftliche Tätigkeitsbereiche sind nicht neu. Betrachtet man die Geschichte, so finden sich eine ganze Reihe von Beispielen, die jedoch nicht einfach als Prototypen einer "Offenen Psychiatrie" auf die heutige Situation übertragbar sind. So hat sich der Zugang zum Wahnsinn im Laufe der Geschichte in Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie in etwa von den mit der Entwicklung der Produktivkräfte eng verbundenen Ordnungserfordernissen, aber auch mit den methodologischen und therapeutischen Fortschritten der Psychiatrie und der Sozialmedizin geändert. Eine Einschätzung der Sinnhaftigkeit integrativer Modelle in der Landwirtschaft verlangt deshalb nach einer tiefgreifenderen Analyse, welche neben einer ontologischen Infragestellung des Wahnsinnsbegriffes auch retrospektiv auf die historische Lebenssituation geistig behinderter Menschen in den ländlichen Regionen einzugehen hat. Nur so kann sozialromantischen Vorstellungen von idealisierten, idyllischen Lebensverhältnissen für Geistesschwache auf dem Land begegnet werden.

Aufgrund der begrenzten Ressourcen und der relativ engen Fragestellung dieser Arbeit wird sich die Diskussion über sozialpsychologische und psychotherapeutische Ansätze im Sinne einer Rehabilitation geistig behinderter Menschen wie auch der soziohistorischen Rahmenbedingungen auf einzelne knappe Skizzen beschränken müssen, die nichtsdestotrotz die ganze Komplexität der Thematik aufzeigen sollen.

Der zentrale Punkt der Untersuchung wird die Präsentation einiger bestehender oder in Entwicklung begriffener Integrationsmodelle für geistig behinderte Menschen in der Landwirtschaft sein. Davon abstrahierend wird der Versuch unternommen, adäquate Rahmenbedingungen als Grundvoraussetzung für

die Unterbringung geistig Kranker in der Landwirtschaft zu postulieren.

1. Kurzer Abriss über die Geschichte der Psychiatrie

1.1. Interpretation und Kulturgeschichte des Wahnsinns

Soweit man die Geschichte verfolgen kann, findet man Reflexionen über Erfahrungen mit dem Wahnsinn. Die in der Anthropologie lange Zeit als zentral angesehene Begriffsdefinition und Abgrenzung zwischen Normalität und Abnormalität erweist sich hierbei jedoch als denkbar ungeeignetes Instrument. Andersartigkeit und offensichtliche Unvernunft hatten durchaus ihren Platz in der Gesellschaft, sofern im Sinne einer Funktionalität daraus Nutzen gezogen werden konnte oder zumindest die bestehende Herrschaftsordnung nicht gefährdet erschien. So konnte der griechische Philosoph Diogenes in der antiken Stadt Sinope, von den Behörden relativ unbehelligt, seinen Exzessen nachgehen. Er zeigte alle Anzeichen von Non-Konformität und Non-Akzeptanz, d.h. er lebte unter anderem halbnackt in einem Faß und provozierte in aller Öffentlichkeit durch ungestümes Benehmen und sexuelle Ausschweifungen. Nun wäre es jedoch falsch, Diogenes eine Geisteskrankheit zu unterstellen, dennoch kann er als Symbol einer gewissen Liberalität der damaligen Gesellschaft herhalten, als historisch dokumentierter Archetyp eines Outsiders, der alle Zeichen eines Wahnsinns zur Schau stellte.

Andererseits kann man bei einer Reflexion über die Stellung der Schwachsinnigen im Kulturleben der einzelnen historischen Epochen von keinem durchgehenden oder einheitlichen Bild ausgehen. Erfuhr der Wahnsinn einerseits eine gewisse gesellschaftliche Toleranz, so finden sich gleichzeitig immer wieder auch Zeugnisse von Mißhandlungen und Tötungen behinderter Personen. So war es bei den Spartanern durchaus üblich, mißgestaltete und hochgradig geistig behinderte Kinder in die Schluchten des Taygetos zu werfen. Ähnliches findet sich auch in einer der ersten schriftlich überlieferten Sozialutopien, den "Sonneninseln"

des Iambulos, in denen in Form eines phantastisch-abenteuerlichen Reiseberichtes die Konturen eines für die griechische Antike konzipierten Idealstaates wiedergegeben werden. Hierin befiehlt ein strenges Gesetz allen jenen, welche gelähmt sind oder an irgend einem Gebrechen leiden, sich selber das Leben zu nehmen.¹ Bei den Römern erhielten Schwachsinnige zum Zwecke des Spottes und der Erheiterung als Tischgenossen und Vorzeigeobjekte sogar Zutritt in die vornehmsten Kreise der Gesellschaft. Als sogenannte "Morionen" wurden sie verkauft und verschenkt. Möglichst vollkommene und mißgestaltete Idioten erzielten dabei den größten Marktwert. Letztendlich setzte sich dieser Unterhaltungscharakter mit den deutschen Hofnarren und den französischen Bouffons an den Herrscherhäusern des höfischen Absolutismus fort.²

Eine immer wiederkehrende Facette des Wahnsinns ist seine Mystifizierung, welche ursächlich mit dem fehlenden ätiologischen und pathogenetischen Wissen über das Wesen der Krankheit zusammenhängen dürfte. Sehr oft mußten Dämonen als Urheber für geistige und psychische Erkrankungen verantwortlich zeichnen. Schon in der altindischen Mythologie taucht die Gestalt des "Marut" auf, der als rachitischer Zwerg mit dickem Kopf, schwächlichen Beinen und blödem Gesichtsausdruck den personifizierten Wahnsinn versinnbildlicht. Ähnlich soll der buddhistische Teufel "Mara" den Menschen neben Dummheit und Faulheit auch Stumpfsinn und Trägheit bringen.³ Die mystischen Erklärungsmuster des Wahnsinns haben eine lange Tradition, welche niemals ganz aus dem öffentlichen Bewußtsein verschwand. In der christlich-abendländischen Kultur finden sich so

¹ Helmut Swoboda: Der Traum vom besten Staat. Texte aus Utopien von Platon bis Morris. München 1973, S.39

² Dorothea Meyer: Erforschung und Therapie der Oligophrenien in der ersten Hälfte des 19.Jahrhunderts, Berlin-Charlottenburg 1973, S.19

³ A.a.O.: S.18 und 20

manche Hinweise auf gesunde Kinder, welche in der Wiege vom Satan ausgetauscht oder von Hexen verhext worden sein sollen. Die Auffassung von der Existenz derartiger "Wechselbälge", die übrigens auch noch von Martin Luther vertreten wurde, brachte so manche Scheiterhaufen zum Entzünden. Andererseits existieren auch Berichte über Verehrungen von Idioten und Kretinen. Die Bewohner mancher Dörfer der Schweiz, aber auch der Steiermark betrachteten diese als Segen Gottes und verehrten sie als Heilige. Dieser Verehrung lag die Auffassung zugrunde, daß die Betroffenen mit ihrem Wahnsinn die Buße für die Sünden der ganzen Familie auf sich nehmen würden und daher einer besonderen Wertschätzung bedürfen. Auf diese Weise könnte ein Bezug zum französisch Schweizer Volksausdruck "crétin" hergestellt werden, welcher sich vom Wort Christ ableiten dürfte.⁴

Im Mittelalter war der Wahnsinn Teil einer pittoresken Realität. Die zentrale staatliche Ordnungsmacht sah keine Notwendigkeit und war auch viel zu schwach, andersartige Elemente zu disziplinieren. Angesichts des allgemeinen kulturellen Niedergangs und der Omnipräsenz des Todes, der durch die aus dem Orient eingeschleppten Seuchen Pest und Lepra, durch Hungerkatastrophen und Kriegswüstungen zahlreiche Opfer forderte, wird der Wahnsinn zu einer gelebten Wirklichkeit, zu einem verzweiferten Auflehnen wider die tradierten Vernunftsordnungen. "Der Wahnsinn wird eine Bezugsform der Vernunft, oder vielmehr, Wahnsinn und Vernunft treten in eine ständige umkehrbare Beziehung, die bewirkt, daß jede Wahnsinnsform ihre sie beurteilende und meisternde Vernunft findet, jede Vernunft ihren Wahnsinn hat, in dem sie ihre lächerliche Wahrheit findet."⁵ Insofern manifestiert sich Wahnsinn als Unvernunft, als negativer Pol zum Vernunftsgebäude.

⁴ A.a.O.: S.21

⁵ Michel Foucault: *Wahnsinn und Gesellschaft*, Frankfurt a. M. 1969, S.51

Die psychischen Belastungen, denen die Menschen in jener ungewissen Zeit ausgesetzt waren, mußten sich auf irgend eine Weise ventilieren. Der Wahnsinn der Welt führte gewissermaßen zur Hingabe an bestimmte Wahnsinnsformen. So breitete sich unter anderem im Hochmittelalter die Tanzwut aus. Radulfus de Rivo berichtet, daß sich die Tanzwütigen Kränze ins Haar flochten, halb nackt gingen und ohne Scham auf Friedhöfen, in Kirchen und auf öffentlichen Plätzen allerlei Wahnsinn betrieben.⁶

Narren waren integrierter Bestandteil des öffentlichen Lebens. Themen von Narrentänzen und Narrenfesten werden in den Holzschnitten und Stichen von Hieronymus Bosch oder Peter Bruegel dem Älteren wiedergegeben.⁷ Das Antlitz des Wahnsinns in den Bildern verschmilzt mit dem real existierenden Wahnsinn der Welt. Teilweise wird der Wahnsinn auch religiös verbrämt erlebt. In Anlehnung an den Korintherbrief (2.Korinther 11,16) "Nochmals sage ich: Es halte mich niemand für töricht! Wenn aber doch, dann ertragt mich als Toren, damit auch ich ein wenig mich rühme" und "ich rede unbesonnen, ich bin es noch mehr" (2.Korinther 11,23) wird der Wahnsinn zum Verzicht auf die Welt, zur völligen Hingabe an den dunklen Willen Gottes.

Sosehr auch die Existenz von Geisteskranken in der mittelalterlichen Gesellschaft hingenommen wurde, so gibt es dennoch einzelne Beispiele der Absonderung. So geschah es oft, daß die Irren ein Wanderleben führten. Häufig jagte man sie aus der Stadt und ließ sie in der freien Landschaft herumlaufen, wenn man sie nicht einer Gruppe von Händlern oder Pilgern anvertraute. Solche Irrenvertreibungen werden in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts häufig aus Deutschland berichtet, während sie in Frankreich oft Schiffen übergeben wurden. Solche "Narrenschiffe"

⁶ Harald Waitzbauer: Ein Schnitter, der heißt Tod. In: Wiener Zeitung 7.12.1990

⁷ Michel Foucault: a.a.O., S.33

brachten die Geisteskranken dann von Stadt zu Stadt.⁸ An einzelnen Orten, vor allem an bestimmten Pilgerorten, kam es dadurch zu einer Massierung von Geisteskranken, welche auf Stadtkosten untergebracht und ernährt werden mußten. Möglicherweise hat sich das Dorf Gheel im heutigen Belgien, ein historisches Beispiel für die Integration von Geistesbehinderten in der Landwirtschaft, auf diese Weise entwickelt.⁹

Im 17. Jahrhundert werden mit dem Aufkommen der merkantilen Wirtschaftsordnung Geisteskranke zunehmend als störend empfunden. Es beginnt das Zeitalter der großen Internierung. Ausgehend von Frankreich und England entstehen große Internierungshäuser zur Disziplinierung all jener, welche den Anforderungen der neuen Gesellschaft nicht mehr gewachsen sind. Man beginnt damit, bedrohend herumvagabundierende Individuen einzusperren. Wahnsinnige landen gemeinsam mit Sträflingen, Bettlern, Siechen, Arbeitslosen, Waisenkindern, Prostituierten, Vagabunden, Geschlechtskranken, Homosexuellen, politisch Verfolgten, Müßiggängern und sonstigen sich nicht in die Gesellschaftsordnung einfügenden Elementen in feuchten, dumpfen Massenanstalten. Überall in Europa werden *Hopitaux généraux*, workhouses, Arbeits- und Zuchthäuser eingerichtet, in denen die Insassen zur Arbeit angehalten bzw. einfach verwahrt werden.¹⁰ Dabei entwickelt sich eine eigene Architektur für eine größtmögliche Effizienz der Überwachung. Im Panopticon von Jeremy Bentham wird z.B. das Anstaltsgebäude ringförmig um einen Überwachungsturm im Zentrum angeordnet, sodaß für den Kontrollapparat nur noch eine geringe Anzahl von Personen notwendig

⁸ A.a.O.: S.25 f

⁹ vgl. Kapitel 2 über historische Beispiele von Integrationsmodellen

¹⁰ Bekannte große Internierungshäuser waren z.B. das Bicetre und die Salpêtrière in Paris, Bedlam in London oder die Zuchthäuser von Hamburg, Basel, Frankfurt und Königsberg

war.¹¹ Die Straßen der Städte begannen sich von allerlei unerwünschten Individuen zu entleeren, die strenge absolutistische Herrschafts- und Wirtschaftsordnung konnte sich ungehindert entfalten. Die Anzahl der Internierten blieb dabei der jeweiligen wirtschaftlichen Konjunktur unterworfen. So begannen sich die Internierungshäuser bei jeder wirtschaftlichen Krise mit verarmten und von der Gesellschaft ausgestoßenen Menschen zu füllen. Es bestand dabei immer ein enger Zusammenhang zwischen Armut und Geisteskrankheit. Die armen Irren waren die ersten Leidtragenden dieses Mechanismus. Das Leitprinzip der Internierung von Geisteskranken war weniger deren Heilung als vielmehr deren Absonderung und Verwahrung vor der "Normalität", der gutbürgerlichen Gesellschaft, von der die "Unvernunft ausgegrenzt wurde".¹²

Abgesehen davon existierten aber immer schon einzelne Einrichtungen, die Irren vorbehalten blieben. In bestimmten Hospitälern wurden den Geisteskranken Säle reserviert, in manchen Gebieten Deutschlands bestanden eigene "Doll- und Narrenhäuser".¹³ Dennoch blieb ihre Zahl gering, die Behandlung, welche die Irren dabei erfuhren, unterschied sich zumeist wenig von der in den großen Internierungshäusern.

Der Wahnsinn wurde, als Kuriosum erlebt, zu einem Objekt der allgemeinen Belustigung. Wahrscheinlich war es schon im Mittelalter Sitte, Geisteskranke zur Schau zu stellen. Sie verschwand auch nicht mit dem Entstehen der großen Internierungshäuser. Noch 1815 stellte das Hospital Bedlam jeden Sonntag Irre für ein

¹¹ Michel Foucault: Überwachen und Strafen, Frankfurt a. M. 1976, S.258

¹² Klaus Dörner: Bürger und Irre, Frankfurt a. M. 1969, S.28

¹³ Michel Foucault: Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1969, S.111 f

geringes Eintrittsgeld aus, ein Ausflug nach Bicetre galt in Frankreich bis zur Revolution als ein Sonntagsvergnügen.¹⁴

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts beginnen sich die allgemeinen Internierungsanstalten allmählich zu differenzieren. Nach Protesten von Strafgefangenen wurden die Irren aus den Zuchthäusern ausgelagert und in eigene Einrichtungen eingeliefert. Die Trennung zwischen den Geisteskranken und den Strafgefangenen war nun eine endgültige. Neben den Gefängnissen entstanden auf diese Weise öffentliche Irrenhäuser, Privatanstalten und Pensionen, welche als neue Auffangstationen für Geisteskranke dienten. In Wien wurde in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts der sogenannte "Guglhupf", mit 129 Personen eines der bedeutendsten Irrenhäuser Europas eröffnet.¹⁵ Von einer weitreichenden Irrenreform kann jedoch noch lange nicht gesprochen werden. Die große Gefangenschaft geht erst mit der Französischen Revolution 1792 sowie mit den Revolutionen im übrigen Europa in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts und mit dem Fortschritt in der Psychiatrie zu Ende.

1.2. Reformansätze im Irrenwesen, erste Beispiele von ländlichen Integrationsmodellen

¹⁴ A.a.O.: S.138

¹⁵ A.a.O.: S.395

Das einschneidende Ereignis für Reformansätze im Irrenwesen stellt zweifellos die Französische Revolution dar. Die Internierungshäuser werden geöffnet, die Geisteskranken frei gelassen oder in Hospitäler überführt. Nach den Prinzipien der Revolution durfte niemandem mehr grundlos die Freiheit entzogen oder die bürgerlichen Rechte beraubt werden. "Wenn die Menschen sich ihrer rationalen Fähigkeiten erfreuen, das heißt, solange sie nicht soweit verändert sind, daß sie die Sicherheit und Ruhe anderer Leute in Frage stellen oder sich selbst tödlichen Gefahren aussetzen, hat niemand das Recht, nicht einmal die ganze Gesellschaft, den geringsten Angriff auf ihre Unabhängigkeit zu machen."¹⁶

Die Verwahrung der Irren und die Beschränkung ihrer materiellen Freiheit setzt nun ein strenges Kontrollsystem voraus. Ärzte, Juristen, Beamte und sonstige fachkompetente Personen werden herangezogen, über das Wesen des Wahnsinns zu befinden, welches als Voraussetzung für eine Internierung herhalten mußte. Aber trotz dieser positiven Intentionen bleiben die meisten Geisteskranken aus Ermangelung an anderen Unterbringungsmöglichkeiten weiterhin in den großen Hopitaux généraux eingesperrt. Erst allmählich beginnt sich der Wahnsinn von der Bestrafung zu befreien. Anstelle der Internierungshäuser entwickeln sich Asyle, in denen bereits eine Behandlung unter Heranziehung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse erwogen wird.

Die ersten Ansätze einer Psychiatriereform sind jedoch schon etwas früher zu finden. Als Pionier der Psychiatrie in England gilt dabei William Battie, welcher aus den Erfahrungen als Anstaltsleiter von Bedlam die Mißstände zu beseitigen suchte und 1750 das St. Luke's Hospital gründete. Es muß für damals als revolutionär angesehen werden, wenn man erstmals unbemittelte Irre zu heilen trachtete und für das Wartungspersonal die Notwen-

¹⁶ Pierre-Jean-Georges Cabanis: Vues sur les secours publics. In: Michel Foucault, a.a.O., S.456

digkeit einer Spezialausbildung vorschrieb. Außerdem wurden in diesem Hospital eigene Ausbildungsplätze für Medizinstudenten eingerichtet, ein weiteres Indiz dafür, daß der Wahnsinn in der wissenschaftlichen Meinung immer mehr den Charakter einer Krankheit anzunehmen begann.¹⁷

Ein weiterer Meilenstein wurde von den Quäkern gelegt. Mitglieder dieser Religionsgemeinschaft beschlossen für ihre wahn-sinnigen Gemeindemitglieder ein eigenes Irrenhaus mit einem milderen Regime zu gründen. 1796 konnte unter der Oberaufsicht von William Tuke das sogenannte "Retreat" bei York eröffnet werden. Das Retreat zeigte schon alle Anzeichen einer ländlichen Betreuungseinrichtung, wie sie auch heute noch zu finden sind. Inmitten einer gesunden Umgebung außerhalb der Stadt gelegen, werden die Patienten der Autorität einer Großfamilie unterstellt. Sofern die Hausordnung und die religiöse Moral es zuließen, wurde den Patienten dabei die größtmögliche Freiheit gewährt. Das sogenannte "Non-Restraint-Prinzip" sah die Abschaffung jedes mechanischen Zwangs vor. Wahnsinn wird mit Kindsein gleichgesetzt, nur ein gesichertes Familienleben, eingebunden in die Prinzipien der Religion und der Natur, kann demnach die nötige Geborgenheit garantieren. Während der gesellschaftliche Fortschritt für Geistesschäden und alles Chaos verantwortlich sei, so heile die Natur das Irresein. Auch der Landarbeit wurde als ursprüngliche menschliche Beschäftigung eine heilende Kraft beigemessen.¹⁸

Was für England Tuke und Battie sind, ist für Frankreich Philippe Pinel, der schlechthin als Gründer der französischen - und durch den Einfluß der Napoleonischen Kriege - auch der deutschen Psychiatrie gilt. Als Leiter der Bicetre befreite er während

¹⁷ vgl. Klaus Dörner: a.a.O., S.46

¹⁸ vgl. Klaus Dörner: a.a.O., S.82 und 85 sowie Michel Foucault: a.a.O., S.482

der Französischen Revolution die Geisteskranken von ihren Ketten und leitete eine umfangreiche Anstaltsreform ein. Im Gegensatz zur romantischen Reformpsychiatrie in Englands "Retreat" will der antiklerikale Pinel in seiner Anstalt kein religiöses Milieu schaffen, da der abergläubische Inhalt der frommen Bücher eher die Entstehung des Irreseins fördere.¹⁹ Als Mittel für eine Heilung sieht er eine regelmäßige körperliche Arbeit, die der aliénation, der Entfremdung, begegnen soll. Die Ordnung des Tagesablaufes wird streng administriert. Bei Übertretungen sind Sanktionen und diverse Strafmöglichkeiten vorgesehen, die jedoch ärztlich kontrolliert bleiben. Pinel schwebt in seinem physiokratisch-rousseauischen Leitbild die Umwandlung aller Anstalten in eine Art straff durchorganisierten Agrarbetrieb vor. Der Landwirtschaft wird also auch in diesem Reformansatz eine wichtige Bedeutung für die Therapie geistig Kranker beigemessen. Daneben schreibt er dem Theaterspiel eine heilkräftige Wirkung zu. Dem Kranken soll quasi ein Spiegel vorgehalten werden, mit dessen Hilfe er sich selber demystifizieren soll. Irre inszenieren öffentliche Theateraufführungen. So fanden z.B. die Aufführungen der Irrenanstalt Charenton unter der Spielleitung von de Sade große Beachtung, bis sie durch die Autorität eines Polizeimeisters 1808 beendet wurden. Peter Weiss widmete diesem Thema ein eigenes Schauspiel.²⁰

Die asylären Einrichtungen von Tuke und Pinel weisen trotz ihres gegensätzlichen ideologischen Backgrounds eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf, welche sie von den Internierungshäusern der vorangegangenen Epoche unterscheiden. So wird der Wahnsinn von der Verwandtschaft mit dem Verbrechen und dem Bösen befreit, den Irren werden die Ketten abgenommen. Im Gegensatz

¹⁹ vgl. Klaus Dörner: a.a.O., S.143 ff und Michel Foucault: a.a.O., S.487

²⁰ Peter Weiss: Verfolgung und Ermordung Jean-Paul Marats, dargestellt durch die Schauspielgruppe des Hospizes zu Charenton unter der Leitung des Herrn de Sade. Frankfurt a. M. 1964.

zur alten Auffassung daß "... der größte Teil unserer langwierigen Nervenkrankheiten (...) gar nichts anderes sei als Trägheit und Passivität des Geistes, die Folge des schlaffen Hingebens an körperliche Gefühle und Einflüsse ist"²¹, d.h. daß dem Geisteskranken immer ein gewisses Maß an Hypochondrie unterstellt wird, beginnt man nun langsam, die somatischen Ursachen einer Geisteskrankheit zu erkennen. Die "... wahrhaft psychische Behandlung (hält) den Gesichtspunkt (fest), daß die Verrücktheit nicht abstrakter Verlust der Vernunft, sowohl nach der Seite der Intelligenz als des Willens und seiner Zurechnungsfähigkeit, sondern nur Verrücktheit ist, die Behandlung daher den Kranken als Vernünftigen voraussetzt und hieran den festen Halt hat, an dem sie ihn nach dieser Seite erfassen kann, wie nach der Leiblichkeit an der Lebendigkeit, welche als solche Gesundheit in sich enthält."²² Diese Änderung des psychiatrischen Denkens ermöglicht eine effizientere, positivistischere Behandlung durch Ärzte und induziert weitere Fortschritte in der Psychiatrie. Neue Begriffe für den Wahnsinn finden Anwendung, die Nosographie wird grundlegend reorganisiert. Die somatisch orientierte Schule trug allmählich den Sieg über die naturphilosophisch theoretisierende davon.

Aus mehreren Gründen hinkt Deutschland in der Psychiatriereform hinten nach. Zum einen wirkte sich das Kleinstaatentum hemmend aus, zum anderen gab es im Unterschied zu England oder Frankreich weit und breit keinen Arzt wie Tuke oder Pinel, der nach langen empirischen Erfahrungen mit Irren zu einer wissenschaftlichen Ansicht gelangt wäre. Ende des 18. Jahrhunderts war die Pflege von Kranken, Hilflosen, Irren und Siechen fast

²¹ Georg Wilhelm Hegel: Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaft im Grundrisse, Heidelberg 1827, S.391

²² Christoph Wilhelm Hufeland: Makrobiotik 1796 In: Alexander Mitscherlich, Tobias Brocher, Otto von Merin und Klaus Horn (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1984, S.18

ausschließlich in der Hand caritativer Vereinigungen. Ihre Unterbringung erfolgte in Konventen. Erst mit der französischen Besatzung werden die Konvente aufgelöst, die Irren Hospitälern überstellt und Wohlfahrtskommissionen überantwortet.²³

Die ersten bedeutenden Reformer Deutschlands, wie J.G. Langemann, Ernst Horn und Johann Christian Reil orientierten sich deshalb an den Erfahrungen mit den Reformansätzen in Frankreich und England.²⁴ Von einer zügigen Reform des Irrenwesens in Deutschland kann jedoch ob dieser theoretischen Bemühungen noch lange nicht gesprochen werden. Zu sehr wurde doziert und zuwenige der erarbeiteten Ideen in die Praxis umgesetzt. So hatte zwar Reil mit seinem Werk "Rhapsodien" von 1803 eine gewisse Bedeutung für eine aufklärerische Haltung in der Irrenfrage, seine theoretischen Konzepte verließen jedoch kaum die Lehrstühlen.

Reil wandte sich entschieden gegen jede Verwahrung und forderte die Entwicklung einer psychischen Kurmethode sowie Lehrstühle für empirische Psychologie. Die Institutionen sollten öffentlichen Charakter annehmen, in einer dem Gemüt wohlthuenden romantischen, anmutigen Landschaft liegen und am besten in Form einer Meierei betrieben, für eine angemessenen Beschäftigung der Kranken sorgen. Müßiggang und Faulheit sollten vehement begegnet werden. Nur durch eine regelmäßige Arbeit könnte ein Heilungserfolg erreicht werden.

Angesichts der beschriebenen Tatsache ging die preußische Irrenreform nur sehr schleppend vor sich. 1821 war nur 1/6 der Irren durch Arzt oder Anstalt behandelt, der Rest war noch in Zuchthäusern interniert oder befand sich auf der Straße.²⁵ Erst

²³ Klaus Dörner: a.a.O., S.229

²⁴ vgl. a.a.O., S.216 ff

²⁵ nach Angaben des Reil-Schülers F. Nasse; vgl. Klaus Dörner: a.a.O., S.243

die Revolution von 1848 brachte wieder Bewegung in die Anstaltsreform. Ludwig Meyer gebührt das Verdienst 1858 in Hamburg, mehr als hundert Jahre nach Tuke, zum ersten Mal in Deutschland das Non-Restraint-Prinzip eingeführt zu haben. So war er prädestiniert, Griesingers engster psychiatrischer Freund und Mitstreiter im Kampf um die naturwissenschaftliche Psychiatrie und die Abschaffung allen mechanischen Zwangs zu werden.²⁶

Wilhelm Griesinger erkannte bereits die Bedeutung gesellschaftlicher Mechanismen für das Entstehen von Geisteskrankheiten. Er studierte eingehend das englische Non-Restraint-Prinzip, die französischen *agricolen Colonien* und besuchte die belgische Irrensiedlung Gheel. Gemäß seinem gemeindepsychiatrischen Konzept lehnte er eine rein psychiatrische Spezialisierung auf somatischer Basis genauso ab, wie eine ausschließlich stationäre Behandlung ohne ambulanter Begleitbetreuung. So dürfte Griesinger damit die folgenden theoretischen Richtungen, der neuropathologischen, der klinischen und der psychoanalytischen Psychiatrie eines Kraepelin oder eines Freud maßgeblich vorwegbestimmt haben.²⁷

Im Bereich der Behindertenheilpädagogik erlangte der Schweizer Arzt Johann Jacob Guggenbühl (1816-1863) international eine große Bedeutung. Ein zentrales Erlebnis in seiner Kindheit, er beobachtete, wie ein hochgradiger Kretin an einem Bildstock betete, ließ in ihm die Überzeugung reifen, daß selbst vollkommen "Blödsinnige" offenbar in manchen Bereichen eine erstaunliche Lernfähigkeit aufweisen konnten. 1841 gründete er am Abendberg bei Interlaken eine "Heilanstalt für Cretinismus". Diese Einrichtung war als Hospital und Schule für "unheilbare Kretinen" und "einfach Blödsinnige" konzipiert. Die frische Bergluft,

²⁶ Klaus Dörner: a.a.O., S.287 f

²⁷ vgl. a.a.O., S.289 ff

die anmutige Umgebung, eine einfache Ernährung, das Wohnen in schlichten Holzhäusern, Körpergymnastik und leichte Arbeiten im Haus und Garten sollten wesentlich zum Heilungserfolg beitragen. Die ganze Anstalt wurde offen geführt. Jeder Besucher konnte sich durch eigene Anschauungen ein Urteil bilden, Vorurteilen und Unwissenheit in der breiten Bevölkerung wurde auf diese Weise begegnet. Die Erfolge seiner medizinisch-pädagogischen Arbeit sollten Guggenbühl zunächst recht geben. Der Zustand vieler vor allem kretinöser und sozial verwahrloster Kinder besserte sich rasch. Etwa ein Drittel der Aufgenommenen hatte sich soweit entwickelt, daß sie öffentliche Schulen besuchen, irgend ein Handwerk erlernen oder mit Erfolg landwirtschaftliche oder häusliche Arbeiten verrichten konnten. Die Besucher kamen von nah und ferne und waren von den Therapieerfolgen begeistert. Sehr bald entstanden in ganz Europa ähnliche Institutionen, die sich der Behindertenpädagogik Guggenbühls verschrieben hatten. Letztlich wurden jedoch die Möglichkeiten einer effektiven Heilung von Kretinen, Debilen und Imbezillen überschätzt. Bei vielen Fällen war für die Intelligenzstörung weniger eine Oligophrenie als einfach Verwahrlosung und mangelnde Zuwendung verantwortlich. Mit den ersten Rückschlägen stellten sich auch Kritiker ein. Guggenbühl wurde der Scharlatanerie bezichtigt und kam mit seiner Reformmethode ins wissenschaftliche Abseits. Kurz nach seinem Tod 1863 wurde die Anstalt auf dem Abendberg wieder aufgelöst.²⁸ Obwohl Guggenbühl zeitlich nicht zu den ersten Verfechtern einer Heilpädagogik für geistig Behinderte zu zählen ist, so hatte er dennoch weit über die Grenzen Mitteleuropas und des deutschsprachigen Raumes hinaus auf deren Entwicklung großen Einfluß.

In Salzburg sammelte der Lehrer Gotthard Guggenmoos (1782-1838) schon wesentlich früher, nämlich bereits in den Jahren 1816 bis 1824, bei der Erziehung von an Kretinismus leidenden

²⁸ vgl. Dorothea Meyer: a.a.O., S.101 ff

Kindern Halleiner Salinearbeiter Erfahrung. Seinem beharrlichen Ansinnen nach Gründung einer öffentlichen Lehranstalt für kretinöse Kinder wurde nach langer Zeit und harten Kämpfen mit den Behörden endlich stattgegeben, sodaß 1830 in der Stadt Salzburg mit der "Lehranstalt für Taubstumme und Kretins" die erste Kretinenschule der Welt entstehen konnte.²⁹ Aber bereits 1835 mußte das Projekt, nachdem zuvor mit der Begründung auf einen mangelnden Erfolg die öffentliche Finanzierung eingestellt worden war, wieder aufgegeben werden. Guggenmoos starb wenige Jahre später resigniert und verbittert.

Die in Österreich schon relativ früh einsetzende Irrenreform ist der aufgeklärten Staatsgesinnung Josef II zu verdanken. Im Zuge der Säkularisierung der beschaulichen Ordensklöster kam er dem Brauch der Wiener Kapuziner auf die Spur, wahnsinnig gewordene Klosterbrüder nach erfolgloser Teufelsaustreibung auf Lebenszeit in unterirdischen Verließen fasten und verschwinden zu lassen. 1783 wurde ein Dekret erlassen, daß künftig alle irren Klosterinsassen dem Kreisamt anzuzeigen seien, "und solle jedes Kloster beyderley Geschlechts für die Seinigen, die mit Narrheit befallen werden, Sorge tragen, so als wenn sie an einer anderen Krankheit litten." Hier werden also für einen beschränkten Bereich die Irren erstmals mit anderen Kranken gleichgestellt.³⁰

Bei der Errichtung des allgemeinen Krankenhauses entstand 1784 mit dem "Narrenturm" zum ersten Mal eine psychiatrische Abteilung innerhalb einer öffentlichen Krankenanstalt. Der Narrenturm hatte als fünfstöckiger Bau mit 139 Einzelzellen durch seine dicken Mauern einen gefängnisartigen Charakter, das heißt die Funktion der Sicherung der Öffentlichkeit stand im Vordergrund. Der Staatsmediziner Johann Peter Frank ließ zwar in den

²⁹ vgl. Inghwio aus der Schmitt: Schwachsinnig in Salzburg, Salzburg 1985, S.49 ff

³⁰ Klaus Dörner: a.a.O., S.192

Neunziger Jahren des 18. Jahrhunderts Verbesserungen vornehmen, die jedoch wenig am Wesen des Narrenturms änderten. Zu sehr stand seine Psychiatrieauffassung weiter unter dem Aspekt des Schutzes der Öffentlichkeit vor der sozialen Gefährlichkeit der Irren. Der Wiener Narrenturm blieb eine Quelle ständiger Mißstände, erst 1869 wurde er durch eine bessere Unterkunft für die Geisteskranken ersetzt.

Zu den bedeutendsten Irrenreformern des 19. Jahrhunderts in Österreich zählen E. v. Feuchtersleben und K. Spurzheim. Feuchtersleben war als Psychosomatiker und Dekan der medizinischen Fakultät eine zentrale Figur der Wiener Salons der Dreißiger und Vierziger Jahre. Spurzheim trug als Leiter des Ybbser Versorgungshauses und später der Wiener Anstalt maßgeblich zur Verbesserung der Situation der Geisteskranken bei.³¹ Letztlich nahm Österreich mit Sigmund Freud und dem Entstehen der psychoanalytischen Schule in der Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft einen bedeutenden Platz ein.

1.3. Eugenetik, Sozialdarwinismus und NS-Psychiatrie

Seit der Jahrhundertwende und insbesondere seit Ende des Ersten Weltkrieges fanden sozialdarwinistische, erbbiologistische und rassistische Vorstellungen in der Psychiatrie zunehmend Eingang. Der Brite Sir Francis Galton (1822-1911) vereinigte als Begründer der sogenannten Eugenetik oder Erbgesundheitslehre

³¹

A.a.O.: S.287

alle diese Auffassungen zu einer in sich geschlossenen Lehrmeinung. Dabei kreierte er, von den Darwinistischen Grundprinzipien der Mutation und Selektion abstrahierend, ein Modell für sozialpolitisches Handeln gegenüber Schwachsinnigen. Das natürliche Selektionsprinzip soll demzufolge frei zur Wirkung kommen und die "wertvolle Erbmasse" vor "Entartung" schützen sowie die "erbgenetische Volksgesundheit" bewahren. Schwachsinn, als biologische Negativmutante, gelte als Rückfall in der anthropologischen Entwicklung und müsse unter allen Umständen, auch mit staatlichen Maßnahmen, bekämpft werden. Jede sozialpolitische Maßnahme für Geisteskranke sei Verschwendung an Ressourcen der Allgemeinheit, Mitleid mit den Betroffenen reine "Humanitätsduselei". Der "negativen Eugenetik", bei der es um die "Ausmerzungen" von "Erbkrankheiten" gehe, steht die "positive Eugenetik" gegenüber, die sich als explizites Ziel die Förderung der "wertvollen Erbmasse" setzt.

Alte Lehrmeinungen, wie die Phrenologie von Franz Joseph Gall (1758-1828), welcher aufgrund von Formeigentümlichkeiten der Schädel die geistigen Anlagen der Menschen zu erkennen glaubte, wurden neu aufgegriffen und fanden weite Verbreitung. Anthropographien, rassistischen Ethnographien und Intelligenztests begann man zunehmend Bedeutung beizumessen.

Sehr bald zeigten eugenetische Auffassungen Wirkung auf die Sozialgesetzgebung einzelner Staaten. So wurden bereits im ersten Quartal des 20. Jahrhunderts Sterilisationsgesetze für Sexualverbrecher und Geisteskranke in den USA, Kanada, Dänemark, Schweiz und Finnland erlassen.³² Überall entstanden theoretisierende Zirkel und wissenschaftliche Gesellschaften, welche sich auf rassistische und sozialdarwinistische Auffassungen stützten. So erschien in Österreich bereits 1904 die Zeitschrift "Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie", 1925 wurde die "Wiener

³² vgl. Inghwio aus der Schmittens: a.a.O., S.161 ff

Gesellschaft für Rassenpflege" gegründet, deren erster Vorsitzender Otto Reche, Professor für Anthropologie und Ethnographie an der Universität Wien, in seiner Eröffnungsrede, programmatisch den NS-Staat vorwegnahm.³³

Eine grundlegende Bedeutung wird dem Werk des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche zuteil, die 1920 in Deutschland ihre gemeinsame Publikation "Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form" veröffentlichten.³⁴ Darin wird erstmals in einer umfassenden Art und Weise die Euthanasie für Geisteskranke, Schwachsinnige, Idioten und mißgebildete Kinder diskutiert. Von "unwertem Leben", "Ballastexistenzen", "leeren Hülsen", "geistig Toten", dem "Gegenbild eines Menschen" ist dabei die Rede. Es gäbe keinen Platz für "Halb-, Viertel-, oder Achtelkräfte". Das Werk ist voll von Rassismus und Antisemitismus. Ausländer und Juden bedrohten als sogenannte "rassisch Minderwertige" die "Erbreinheit" des "deutschen Volkes". Wer "nichts leistet, soll auch nichts zu essen haben", war ein Motto, welches gerade in Zeiten wirtschaftlicher Krise großen Zuspruch erfuhr.

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten werden die Prinzipien der Eugenetik aufgegriffen und in "rassenhygienische Maßnahmen" umgesetzt, in der Absicht, die Erbsubstanz des deutschen Volkes "aufzunorden", "aufzuarten" bzw. vor "Entartung" zu schützen. Bereits 1933 kommen eine Reihe von Gesetzen zu Beschluß, die sich direkt gegen geistig behinderte Personen richten. So z.B. das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", in dem das Ziel einer "erbgesunden, rassisch reinen, kinderreichen Familie" formuliert wurde. Dieses Gesetz sah die zwangsweise Sterilisation Erbkranker vor, wobei der Begriff

³³ A.a.O.: S.162 und 163

³⁴ Karl Binding, Alfred Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.

der Erbkrankheiten neben Schwachsinnigen, Schizophrenen, Manisch-Depressiven unter anderem auch Epileptiker und schwere Alkoholiker miteinschloß. Man schätzt die Zahl der nach diesem Gesetz sterilisierten Personen auf bis zu 350.000. Viele sind dabei während oder als Folge des Eingriffs gestorben.

Eine weitere Verschärfung erfuhr die Situation der geistig Behinderten bei Kriegsausbruch. Während bis dato Überlegungen zur Euthanasie nur angestellt, nicht jedoch in die Realität umgesetzt worden sind, wurde nun in aller Eile ein Konzept für den "Gnadentod für unheilbar Kranke" ausgearbeitet, der sogenannten T-4-Aktion, welches vor der Öffentlichkeit geheim gehalten wurde. An die in diese Tarnmission eingeweihten Personen erging ein mit 1.9.1939 datierter Erlaß folgenden Inhalts: "Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbaren Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann."³⁵ Bereits kurz zuvor erfolgte ein Erlaß aus dem Reichsinnenministerium, datiert mit dem 18.8.1939, demzufolge alle mißgebildeten Kinder bis zum dritten Lebensjahr von den Klinikleitungen bzw. von den Hebammen zu melden seien. Dieser Meldepflicht unterlagen in der damaligen Ostmark insgesamt 21 Kinderfachabteilungen. Geisteskranke und mißgebildete Kinder wurden zwecks Beobachtung in die Wiener Städtische Nervenlinik Spiegelgrund gebracht, wo sie dann ohne Einwilligung der Eltern dem Euthanasieprogramm zum Opfer fielen.

Die T-4-Aktion dehnte die systematische Ermordung auch auf geistig behinderte Erwachsene aus. Die psychiatrischen Anstalten

³⁵ Alexander Mitscherlich, Fred Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt am Main 1962, S.184

und Pflegeheime hatten die Pflicht, als statistische Erhebungsbögen getarnte Meldebögen auszufüllen. Anschließend wurden die Insassen unter dem Vorwand einer "kriegsbedingten Maßnahme" verlegt, in Wirklichkeit jedoch in eine der sechs vom Reich installierten Tötungsanstalten gebracht, vergast und verbrannt. Eine dieser Anstalten befand sich im Schloß Hartheim bei Alkoven in Oberösterreich. In dieser, nach außen hin gut getarnten Anstalt, fand eine große Anzahl der in Österreich interniert gewesenen Geisteskranken den Tod. Die Angehörigen dieser Menschen sowie die Leitung der psychiatrischen Anstalten wurden mit fingierten Briefen lapidar vom "Ableben" verständigt. Es ist dem aufopferungsvollen Einsatz einiger weniger Betreuungspersonen zu verdanken, daß, nachdem sie Verdacht geschöpft hatten, wenigstens ein kleiner Teil der Anstalts- und Pflegeheiminsassen gerettet werden konnte. Die T-4-Aktion wurde im August 1941 auf Befehl Hitlers eingestellt, da sich die Proteste aus der Bevölkerung und seitens der Kirche mehrten, aber auch wegen des Rußlandfeldzuges, der sämtliche personellen Ressourcen beanspruchte. Nach diversen Schätzungen fielen der T-4-Aktion zwischen 70.000 und 100.000 Menschen zum Opfer.

Mit dem Ende der T-4-Aktion war das Massaker an den Geisteskranken jedoch noch nicht zu Ende. Es begann die zweite Phase der Vernichtungsaktion, die oft auch als die Phase der "Wilden Euthanasie" bezeichnet wird. Im wesentlichen geschah die Ermordung dabei nicht mehr zentral gesteuert, sondern auf Eigeninitiative einzelner Ärzte und Klinikleiter. Auf diese Weise fanden in der restlichen Zeit bis zum Sturz des Naziregimes weitere 100.000 Personen den Tod.

Mit der Befreiung vor dem Nationalsozialismus kommt es jedoch zu keiner klaren Zäsur in der Behindertenpolitik. In der Anstaltsleitung setzt sich häufig die personelle Kontinuität fort. In der Nazizeit "erfolgreiche" Anstaltsleiter werden nicht oder nur äußerst selten zur Rechenschaft gezogen. Die wenigen Prozesse gegen die Täter enden mit ausgesprochen milden Urteilen oder

mit Freisprüchen, die von den Richtern teilweise sehr merkwürdig begründet werden. So berief sich z.B. das Hamburger Landesgericht am 19.4.1949 auf die "moral- weltanschaulichen Vorstellungen Normaler" als es in einem Prozeß die Hauptverhandlung mit der Begründung absetzte, daß "... die Frage der Verkürzung lebensunwerten Lebens zwar ein höchst umstrittenes Problem (sei), daß ihre Durchführung aber keineswegs eine Maßnahme genannt werden kann, welche den allgemeinen Sittengesetzen widerstrebe".³⁶ Aufgrund von Stellungnahmen der Ärztekammer wurde auch den an Kindertötungen Beteiligten die Approbation (staatliche Zulassung als Arzt) belassen, denn, so z.B. die Ärztekammer Hamburg, das zugrundeliegende Problem der "Euthanasie" sei noch "... keineswegs im rechtlichen oder beruflich ethischen Sinne geklärt. Bekanntlich haben sich hervorragende Wissenschaftler und Persönlichkeiten wie z.B. Hoche, Binding usw. im Sinne einer ethischen Berechtigung der Euthanasie ausgesprochen. Die Frage läuft daher letzten Endes mehr auf eine weltanschauliche hinaus..."³⁷ Die wenigen Überlebenden des Naziterrors gingen in Österreich bis dato leer aus, während die Bundesrepublik Deutschland jeder Person zumindest eine einmalige Entschädigung in der Höhe von 5.000 DM zukommen ließ.

2. Historische Beispiele landwirtschaftlicher Integrationsmodelle

Wie im vorhergegangenen Kapitel gezeigt werden konnte, ist die jeweils unter der Bevölkerung vorherrschende Geisteshaltung gegenüber dem Wahnsinn in den einzelnen historischen Epochen

³⁶ Peter Lehmann: Der chemische Knebel, Berlin 1986, S.35

³⁷ A.a.O.: S.34

für eine mehr oder minder geglückte Integration der Geisteskranken ausschlaggebend. Je nach den vorherrschenden Produktionsbedingungen, dem Organisationsgrad, den kulturellen und soziologischen Rahmenbedingungen und Anforderungsprofilen einer Gesellschaft erfährt das Bewußtsein gegenüber den Geisteskrankheiten seine spezifische Ausprägung. Andererseits wirken wissenschaftliche Lehrmeinungen und Forschungserkenntnisse auf die in der Bevölkerung vertretenen Grundhaltungen. So sind gerade emanzipatorische Ansätze stark von einer aufgeklärten Wissenschaft abhängig.

In bestimmten Zeitabschnitten stellte sich die Frage der Integration geistig behinderter Menschen aufgrund einer weitgehenden Präsenz des Wahnsinns in der Gesellschaft nicht. Irre beanspruchten ihren gesellschaftlichen Platz, fanden ihre Nischen und lebten relativ unbehelligt einher. "Da der Schwachsinnige sehr oft eine lebensnahe, praktische Intelligenz besitzt, konnte er sich in einer bäuerlichen Umgebung, in einem Lebensrhythmus, der durch Sitten und Traditionen festgelegt war, sehr wohl zurechtfinden. Die übliche Wanderung der Handwerker ließ die unruhige Lebensart vieler Debiler weniger auffallen. In den Dörfern und in der Großfamilie waren Schwachsinnige eher zu ertragen, als in den Städten und in einer Kleinfamilie, bei einer geringen Bevölkerungsdichte eher als in einem dicht besiedelten Land."³⁸ Durch Verrichten bestimmter einfacher Tätigkeiten trugen sie auch zur gesellschaftlichen Produktion bei, hatten daher eine Funktion im Sinn der Funktionalität einer Arbeitsleistung und erfuhren daraus eine gewisse Akzeptanz. Diese Tatsache änderte sich mit der steigenden Spezifizierung und den daraus resultierenden zunehmenden Anforderungserwartungen der modernen Industriegesellschaft. Der Leistungsanspruch begann zu steigen, immer mehr Menschen können mit dem Fortschritt nicht mehr Schritt halten und werden gesellschaftlich marginalisiert. So verlieren sie einer-

seits wegen der zunehmenden Mechanisierung und Technisierung ihre Aufgabenbereiche, andererseits kommen ihnen auch ihre Schutznischen durch den gesellschaftlichen Strukturwandel abhanden. Um das zu veranschaulichen, sollen zwei Beispiele angeführt werden.

- a) Moderne Industriegesellschaften implizieren hohe Anforderungen an Bildung und Spezialkenntnissen. War es zum Beispiel im vorkapitalistischen Zeitalter in agrarischen Lebensgemeinschaften weitgehend unerheblich, ob jemand des Lesens oder Schreibens kundig war, so konnten später Lernschwache das Erwartungsprofil nicht mehr erfüllen. Während sie also früher kaum auffielen, werden sie nun mit einem gesellschaftlichen Stigma versehen. Ähnlich ergeht es auch all jenen Menschen, welche nur sehr einfache Tätigkeiten verrichten können. Der technische Fortschritt rationalisiert jene Bereiche weg, in denen sie durch das Erbringen eines gesellschaftlichen Nutzens Selbstbestätigung finden könnten.
- b) Die freien Lebensräume werden für geistig Behinderte immer enger. In gewissem Sinne werden sie Opfer des gesellschaftlichen Strukturwandels. In einer gesamtgesellschaftlichen Tendenz und insbesondere im agrarischen Bereich vollzieht sich seit dem letzten Jahrhundert der Übergang von der Groß- zur Kernfamilie. Waren früher noch genügend Personen vorhanden, welche Aufsichts- und Pflegeleistungen für Behinderte erbringen konnten, ist dies in einer Kleinfamilie praktisch unmöglich. Die Belastung hätten meistens die Frauen zu tragen, welche gerade bei einer Nebenerwerbslandwirtschaft schon mit der Landwirtschaft stark beansprucht sind. Den Geisteskranken fehlen in einer Kleinfamilie auch die Bezugspersonen und das Milieu, welches Geborgenheit vermitteln könnte. Außerdem konnten sie früher mit einfachen Aufgaben, z.B. dem Aufpassen auf Kleinkinder sinnvoll beschäftigt werden. Nolens volens blieb in vielen Fällen als Lösung zumeist nichts anderes übrig, als diese Personen in Anstalten zu überführen.

Da der Rückweg in die alten Verhältnisse der Großfamilie oder des vorindustriellen Zeitalters weder erstrebenswert noch möglich ist, ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung neuer Utopien und Umsetzungsstrategien zur Realisierung einer möglichst weitreichenden gesellschaftlichen Integration geistig behinderter Menschen.

Im historischen Kontext kommt der Landwirtschaft bei der Entwicklung von Integrationsmodellen für Geisteskranke eine besondere Bedeutung zu. Hatte die Landwirtschaft am Anfang vor allem eine Absonderungs- und Verwahrungsfunktion für in der Gesellschaft als unerwünscht empfundene Elemente, so rücken mit der revolutionierenden Erkenntnis eines somatischen Krankheitsbildes des Wahnsinns Heilungsintentionen in den Mittelpunkt. War es also anfangs wichtig, die Wahnsinnigen von der sich gefährdet fühlenden Öffentlichkeit fern zu halten und dabei die Arbeitskraft der Betroffenen in der Landwirtschaft, also in einem Bereich, der im vorindustriellen Zeitalter eine große Anzahl von Arbeitskräften erforderte, bestmöglich auszunutzen, so wird später den landwirtschaftlichen Tätigkeiten Therapiecharakter beigemessen.

Auch heute noch bietet sich die mittel- und kleinstrukturierte Landwirtschaft durch ihr Charakteristikum einer relativ wenig entfremdeten Arbeit als hervorragend geeignetes Betätigungsfeld für therapeutische Maßnahmen an. Die Vielfalt der Aufgabenbereiche, der Umgang mit Tieren, die Erlebnisse in der freien Natur können mannigfaltige Sinneseindrücke, das heißt jenes optimale Umfeld, liefern, welches für die Besserung oder Heilung des Gemütszustandes erforderlich ist. Dies wird umso mehr deutlich, wenn man weiß, zu welcher monotonen Tätigkeiten Geisteskranke in geschützten Werkstätten oder Behinderteneinrichtungen häufig angehalten werden.

Integrationsmodelle geistig behinderter Menschen in der Landwirtschaft haben eine lange Tradition. Schon sehr früh wurden Einrichtungen historisch dokumentiert.

2.1. Frühe Integrationsmodelle

Die ersten in Europa historisch belegbaren Betreuungseinrichtungen mit landwirtschaftlichen Aufgabenfeldern entstanden zu Beginn des 15. Jahrhunderts in Spanien. Dies kommt nicht von ungefähr, standen die Spanier doch unter dem Einfluß der maurischen Kultur. Die Araber kannten schon viel früher eigene Einrichtungen für Geisteskranke, wobei allerdings eine landwirtschaftliche Beschäftigung der betreuten Personen keine Rolle gespielt haben dürfte, vielmehr wurden Therapieversuche mit Musik, Tanz und Schauspiel unternommen.³⁹

Unter dem Eindruck der arabischen Behinderteneinrichtungen wurden auf Initiative von Mönchsorden und wohlthätigen reichen Händlern erste Hospize eingerichtet. Im Zeichen einer liberalen Grundhaltung standen sie für Kranke aus allen Ländern und Glaubensbekenntnissen offen. 1425 wird das Hospital von Saragossa eröffnet, in welchem bereits nachweislich Irre für landwirtschaftliche Tätigkeiten herangezogen wurden. Der durch die französische Naturphilosophie geprägte Pinel war mehr als dreihundert Jahre später, auf der Suche nach Modellen für seine Anstaltsreform, von dem relativ zwanglosen, aber dennoch geordneten Leben der Geisteskranken im Einklang mit der Natur und mit der Landwirtschaft tief beeindruckt. So beschrieb er das Hospitz von Saragossa folgendermaßen: "Darin wird eine Art Gegengewicht zu den Geistesverwirrungen durch die Lieblichkeit und die Anziehungskraft des Ackerbaus, durch den natürlichen Instinkt des Menschen für die Bebauung der Erde und die Versorgung durch die Früchte seiner Arbeit hergestellt. Vom Morgen an sieht man sie (...) sich heiter in den verschiedenen Teilen der großen Einfriedung verteilen, die zum Hospiz gehört, sich die den Jahreszeiten entsprechenden Arbeiten teilen, Getreide, Gemüse, Suppengemüse anbauen, sich nacheinander um die Ernte,

³⁹

Michel Foucault: Wahnsinn und Gesellschaft, S.110

den Weinanbau und die Weinernte, die Olivenernte kümmern und abends in ihrem einsamen Asyl Ruhe und einen ruhigen Schlaf finden. Die dauernde Erfahrung hat in diesem Hospiz gezeigt, daß dies das sicherste und wirksamste Mittel ist, wieder vernünftig zu werden."⁴⁰ Nach Saragossa entstanden bald darauf auch in Sevilla, Toledo und Valladolid ähnliche Einrichtungen.

Kurz nach den ersten Ansätzen in Spanien hat sich in der belgischen Ortschaft Gheel ein weiteres, wenn auch ein ganzes Dorf umfassendes Integrationsmodell gebildet. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel angeführt wurde, kam es während des Mittelalters an bestimmten Pilgerorten häufig zu Ansammlungen von Geisteskranken, die, entweder auf Heilung hoffend oder aus ihren angestammten Gemeinschaften verstoßen, eine Zufluchtsstätte suchten. Gheel dürfte dafür ein Beispiel sein, zumindest wird berichtet, daß seit dem Mittelalter ständig mehr als die Hälfte seiner Einwohner geistig behindert gewesen sein sollen. Dabei fanden die Besagten Unterkunft in den Bauernhöfen und lebten und arbeiteten fast ohne Anwendung von Zwang und ohne aktive Therapie mit den bäuerlichen Familien zusammen. "Damit war das natürlich-moralische Element der Familie als heilsam für die Irren anerkannt, noch bevor die französischen Anstalten wie die englischen sich als Familie verstanden."⁴¹

Diese relativ zwanglose Einbindung in eine bäuerliche Lebensgemeinschaft gemeinsam mit den positiven Wirkungen einer natürlichen Umgebung verhalfen den betroffenen Individuen zu einer verhältnismäßig weitreichenden Integration und erscheinen als Kontrast zur damals gängigen Situation der Irren und erst recht zur späteren großen Internierung. Gheel hatte noch im 19. Jahrhundert auf der Suche nach fortschrittlichen Psychiatricansätzen für viele Wissenschaftler Vorbildcharakter.

⁴⁰ Philippe Pinel: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation ou la manie*, Paris 1798 In: Michel Foucault, a.a.O., S.344

⁴¹ Klaus Dörner: a.a.O., S.125

In weiterer Folge war die Entwicklung landwirtschaftlicher Integrationsmodelle für geistig Behinderte eng mit den beginnenden Reformen in der Psychiatrie verbunden. Auf zwei im historischen Kontext sehr wesentliche Modelle wurde dabei im vorangegangenen Kapitel bereits hingewiesen. Es sind dies zum einen die Erfahrungen von Tuke mit dem Non-Restraint-Modell im "Retreat" in England sowie andererseits die Anstaltsreform unter Pinel in Frankreich, welche sich ebenfalls die Möglichkeiten einer Beschäftigung ehemals internierter Irrer in der Landwirtschaft zunutze machte. Um Wiederholungen zu vermeiden, soll an dieser Stelle nicht mehr näher darauf eingegangen werden. In beiden Fällen standen neben therapeutischen auch Kostenüberlegungen im Mittelpunkt.

Gerade finanzielle Überlegungen waren es auch, die die Entwicklung von haushaltsbezogenen Modellen einer Behindertenfürsorge katalysierten. War man im Zeitalter des Absolutismus aus ordnungstechnischen Gründen noch darauf bedacht, geistig Behinderte in Anstalten abzusondern, so mehrten sich bald die Stimmen, die eine Wiedereingliederung in die Familien der Kranken forderten. Dabei wurden mehrere Argumente angeführt. Erstens käme der Bau und die Erhaltung riesiger Spitäler teurer, als wenn man direkt den Familien Unterstützung zukommen ließe, zweitens verspüre die Familie wirkliches Mitleid mit den behinderten Angehörigen und letztendlich ergäbe sich auch ein medizinischer Vorteil: das deprimierende Schauspiel eines Hospitals wirke lähmend auf das Gemüt, erschwere dessen Heilung und bringe schließlich bei den Patienten neue Krankheiten hervor, die man normalerweise in der Natur nicht spontan findet.⁴² Man erkannte also bereits die Gefahren des Hospitalismus, welches ein Leben in einer geschlossenen Anstalt mit sich bringe.

In England ermöglichte 1796 erstmals ein Gesetz die Unterstützung von behinderten Personen zu Hause, im Frankreich der

⁴² Michel Foucault: a.a.O., S.432

Revolution führte La Rochefoucauld-Liancourt in seinem Bericht zur Neuorganisation der Fürsorge an: "Wenn das System der häuslichen Hilfe überwöge, das unter anderen wertvollen Vorteilen den enthielte, die Wohltaten in der ganzen Familie des Unterstützten zu verbreiten und ihn von den ihm Teuren umgeben sein zu lassen und so durch die öffentliche Fürsorge die Bindungen und natürlichen Zuneigungen zu stärken, so wäre die Folge davon eine sehr beträchtliche Ersparnis, weil eine in viel geringerem Maße beträchtliche Summe als die Hälfte dessen, was heute der Arme im Hospital kostet, den bei sich zu Hause unterstützten Kranken zur Genüge aufrecht erhielt."⁴³

All diese theoretischen Überlegungen lagen bei der Entwicklung der ersten sogenannten "agricolen Colonien" in Frankreich zugrunde. Diese entstanden in Folge als erste Ansätze von extraasylären Einrichtungen, zuerst in Form sogenannter "agricoler Colonien", in denen Irre und Wärter zusammen wohnten und Landwirtschaft betrieben. Um die hohe Zahl von Hospitalisierungen herabzusetzen, andererseits die Geisteskranken weiterhin unter Kontrolle zu behalten, wurden harmlose Irre auf das Land geschickt. Seit ungefähr 1820 wurden vereinzelt Geisteskranke zur Landarbeit auf den die Irrenanstalten umgebenden Feldern angehalten. 1832 wurde Sainte-Anne bei Paris als erste agricole Colonie gegründet.⁴⁴ Ganze Trupps von Geisteskranken arbeiteten dort unter Aufsicht von Irrenwärtern. Neben der therapeutischen Wirkung, die man sich von der Arbeit im Freien erhoffte, versprach die große Zahl von kostenlosen Arbeitskräften, die Rentabilität der betreffenden Institution zu erhöhen.

Der Bau neuer Häuser auf dem Land inmitten der Felder erfolgte nach neuen Gesichtspunkten. Da die Kranken aufgrund ihrer Ungefährlichkeit für die Landarbeit ausgesucht worden waren,

⁴³ A.a.O.: S.433

⁴⁴ Sainte-Anne befindet sich heute bereits im Stadtgebiet von Paris, genauer im 14. arrondissement

brauchte man die Behausungen nicht länger wie Gefängnisse zu bauen. Es zeigen sich erste Ansätze zur offenen Anstalt. Die Behandlung durch Arbeit auf dem Lande steht dabei durchaus in der Folge der moralischen Behandlung der Irren. Die Unordnung in den verwirrten Geistern soll durch eine neue Ordnung ersetzt werden. Die Proponenten der agricolen Colonien sahen in der Landarbeit ein Modell, welches bei der Behandlung der Kranken als beruhigendes Vorbild wirken könnte.⁴⁵

Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten sich die agricolen Colonien teilweise zu "Familienkolonien" weiter. Irre wurden entweder in den umliegenden Dörfern zu Bauern oder Handwerkern in Pension gegeben, die ihre Arbeitskraft ausnutzen konnten und dafür noch Tagessatz erhielten. Diese Form hatte den Vorteil der familiären Verpflegung und ermöglichte die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches soziales Medium, in den Kreis des Familienlebens.⁴⁶ Obwohl Familienkolonien neben Kostenersparnissen für die öffentliche Fürsorge ein hohes Maß an Reintegration gewährleisten konnten, blieben sie nur wenig zahlreich.

2.2. Traditionelle Versorgungsinstitutionen für geistig Behinderte in den agrarischen Regionen Österreichs

⁴⁵ Marianne Köppelmann-Baillie: Gemeindepyschiatry - Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich. Frankfurt a. M. 1979, S.60
f

⁴⁶ Klaus Dörner: a.a.O., S.304

Betrachtet man die Situation geistig Behinderter im sozio-historischen Kontext, so manifestieren sich in erster Linie Unterschiede bei den Versorgungseinrichtungen zwischen den ländlichen und städtischen Regionen. Die primären Ursachen für diese Diskrepanzen sind dabei eng mit den jeweiligen Erfordernissen der vorherrschenden ökonomischen Produktionssysteme konjugiert. Lange Zeit, bis ins 18. Jahrhundert herauf, kann man von einer im großen und ganzen ähnlichen Lebenssituation der ländlichen und der städtischen geistig Behinderten ausgehen. Der Wahnsinn war noch akzeptierter Teil des öffentlichen Lebens, eine Sonderbehandlung von Andersartigen stellte noch die Ausnahme dar. Andererseits ist für diese Epoche eine eindeutige Abgrenzung der einzelnen Gruppen von Geistesbehinderten nach ländlicher bzw. städtischer Herkunft noch nicht charakteristisch, war es doch üblich, daß Irre ebenso wie Bettler und Vagabunden, je nach den sich gerade bietenden Möglichkeiten für das Zuteilwerden von Subsistenzmitteln, zwischen Stadt und Umland hin und her zogen. Dabei waren sie auf die wohlthätige Fürsorge von weltlichen und kirchlichen Einrichtungen angewiesen.⁴⁷ Klöster, Ritter- und Spitalsorden, Laienbruderschaften, Armenstiftungen und Armenfonds übernahmen die Armen- Alten- und Krankenversorgung. Auch der Bettel galt noch als gesellschaftlich durchaus akzeptierte Form zur Erlangung der öffentlichen Mildtätigkeit.

Bei der Versorgung der Irrsinnigen, wie auch der sonstigen armen Personen, galt dabei das sogenannte Heimatrecht. Prinzipiell mußte demnach die Gemeinde der Geburt für die sozialen Kosten der mittellosen Heimatberechtigten aufkommen. Die Unterbringung der versorgungsbedürftigen Personen erfolgte dann häufig in eigenen Gemeindehäusern oder als Einleger bei den Bauern (vergleiche weiter unten!). Zum Teil wurden die sogenannten

⁴⁷ vgl. Ernst Bruckmüller: Sozialgeschichte Österreichs, Wien 1985, S.121 und 157

"Hausarmen" auch mit freiwilligen Spenden durch die Pfarreien beteiligt.⁴⁸ Für kleine, arme Gemeinden war die Ernährung und Verpflegung oft ebenso schwierig wie für die armen Individuen. Selbst Menschen, die jahrelang in der Stadt gelebt hatten, konnten sich auf dieses Recht berufen und in ihre Heimat zurückkehren, respektive zurückgeschickt werden.⁴⁹ Daß es dabei seitens der Gemeinden immer wieder zu Versuchen kam, dieses Heimatrecht in einzelnen Fällen abzustreiten, bzw. die Verantwortung der zu versorgenden Mittellosen auf eine Nachbargemeinde abzuschieben, braucht dabei nicht eigens erwähnt werden.

Das einschneidende Ereignis, welches dann zu einer stärkeren Differenzierung zwischen ländlichen und urbanen Versorgungssystemen für geistig Behinderte geführt hat, stellt der Eintritt in das Zeitalter der Industriellen Revolution dar. Während man bis zu diesem Zeitpunkt im großen und ganzen von einer sehr ähnlichen Lebenssituation der ländlichen und der städtischen geistig Behinderten ausgehen kann, beginnen sich nun deren konkrete Lebensumstände in der Epoche des höfischen Absolutismus zu verändern.

Mit der Industriellen Revolution werden neue Anforderungen an die der industriellen Produktion unterworfenen Bevölkerungsschichten herangetragen. Den lohnabhängigen Individuen wird ein größeres Maß an Konformität abverlangt. Ein geregelter, langer Arbeitstag, geordnete Familien- und Wohnverhältnisse, eine minimale Ausbildung der Werk tätigen für die Aneignung der nötigen Fertigkeiten für den Produktionsprozeß werden zur Grundvoraussetzung für das Funktionieren der neuen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Das relativ unstete Leben der Geisteskranken, wie auch all der anderen sich nicht in das neue

⁴⁸ Lisl Waltner: *Der gemeine Steirer*, Wien 1982, S.91 f

⁴⁹ vgl. Johann Ernest Tettinek: *Das Domizil- oder Heimatrecht der Armenversorgung*, Salzburg 1844, zt. nach Inghwio aus der Schmitt: a.a.O., S.31

System einfügenden Bevölkerungsgruppen, wirkt für den ideologischen Überbau ebenso wie für die in den Arbeitsprozeß erfolgreich Eingebundenen als Bedrohung und Verunsicherung.

Da jedoch die Industrialisierung sich nicht gleichzeitig im ganzen Land vollziehen kann, beginnen sich die Unterschiede in den konkreten Lebenssituationen der Schwachsinnigen in den industrialisierten Zentren und den bäuerlichen, peripheren Regionen kontinuierlich zu vergrößern. Während also in den Zentren der aufstrebenden kapitalistischen Wirtschaftsordnung, d.h. in den großen Städten und verdichteten Siedlungsräumen, geistig behinderte Menschen sehr bald zu störenden Objekten transformieren, die man in menschenfeindlichen Internierungshäusern vor der Öffentlichkeit zu verwahren trachtete, blieben jene in den bäuerlich strukturierten ländlichen Regionen vorerst noch weitgehend vor Einsperrung und Absonderung verschont.

Dies mag zum einen mit den bereits weiter oben angedeuteten Ordnungserfordernissen einer rationalisierten Wirtschaftsordnung zusammenhängen, andererseits aber auch mit der Notwendigkeit der Entlastung der haushaltseigenen Betreuungspersonen von Pflegeaufgaben und deren Verfügbarmachung für die industrielle Produktion. Gerade die Arbeitskraft von Frauen konnte auf diese Weise, von traditionellen Haushaltsaufgaben entbunden, für industrielle Verwertungsprozesse dingbar gemacht und eo ipso in die industrielle Reservearmee eingereiht werden. In den rückständigen ländlichen Regionen blieben währenddessen die traditionellen gesellschaftlichen Strukturen noch längere Zeit erhalten.

Die relative Rückständigkeit dieser ländlichen Lebens- und Produktionsstrukturen schuf gerade aber auch Existenznischen für all jene Personen, die dem Leistungsdruck der neuen Arbeitswelt nicht mehr standhalten vermochten. Dabei dürfen wir jedoch nicht in ein unreflektiertes eindimensionales Beurteilungsschema verfallen. In der Realität erwies sich nämlich die Situation geistig Behinderter auf dem Lande beileibe nicht als jene romantische

Idylle und schon gar nicht als das optimale Versorgungsmodell oder Antipode zur prekären Unterbringung der städtischen Geisteskranken, wie es von manchen immer wieder darzustellen versucht wird. Im Gegenteil, man kann nicht einmal davon ausgehen, daß Irrsinnige auf dem Land in jedem Fall ein besseres Auskommen gehabt hätten.

Geistesranke waren als schwächstes Glied in der Gesellschaft in besonderer Weise von der Konjunktur der agrarischen Produktion abhängig und deren Schwankungen unterworfen. Sie waren aufgrund des Fehlens eines allgemeinen Fürsorgesystems als erste von den Auswirkungen bei Mißernten, Hunger und allgemeiner Not betroffen und litten am stärksten darunter. Dies wirkte sich naturgemäß entscheidend auf ihre Überlebenschancen aus. Obwohl keine Daten verfügbar sind, kann eine enge Korrelation der Sterblichkeitsziffern mit wirtschaftlichen und politischen Krisenzeiten angenommen werden. Andererseits konnte sich die Landbevölkerung schon immer leichter mit den benötigten Nahrungsmitteln versorgen als die städtische Bevölkerung. Dies mußte sich auch auf die Ernährung der haushaltseigenen, geistig behinderten Personen auswirken. Daß aber dennoch des öfteren gerade in kinderreichen bäuerlichen Familien der Versuch unternommen wurde, ein schwer geistig beeinträchtigtes Kind loszuwerden, veranschaulicht folgende von Inghwio aus der Schmitten angeführten Geschichte. Ausschlaggebend waren dabei weniger sozialetische Überlegungen als vielmehr ganz einfach die Versorgungsprobleme wegen der bitteren Armut, welche Menschen zu verzweifelten Schritten zwangen.

"Der verwitwete Holzknecht Sylby hatte einen taubstummen und verkrüppelten Kretin und vier normale Kinder. Der Holzknecht verdiente täglich 50 bis 70 Kreuzer. Für seine Kinder nahm er sich sehr an, doch reichten seine Mittel nicht für deren Ernährung aus. Sylby versuchte mehrmals, den geistesschwachen Krüppel in irgend einer Wohltätigkeitsanstalt unterzubringen, aber immer ohne Erfolg. Krank war der Knabe nicht, deshalb nahm man ihn

im Krankenhaus nicht auf. Als irrsinnig wurde er von den Ärzten nicht anerkannt, daher auch nicht in ein Irrenhaus aufgenommen. Siech genug für ein Siechenhaus war er nach Ansicht der maßgebenden Leute auch nicht. Von einer Taubstummenanstalt konnte keine Rede sein, da diese nur bildungsfähige Taubstumme, aber keine Idioten aufnehmen. (...) Als der unglückliche Vater noch einen Versuch machte und mit dem Gemeindevorsteher nach Graz ins Allgemeine Krankenhaus fuhr, da wies man ihn an den städtischen Polizeiarzt. Der aber schickte ihn wieder an den Bezirksarzt in Deutschlandsberg. Der aber hatte für ihn überhaupt keine Zeit ..."

Diese konkrete Geschichte ging für Vater und Sohn tödlich aus. Der Vater erstickte das Kind und wurde selbst hingerichtet.⁵⁰ Obwohl es sich bei dieser Geschichte um die Geschichte eines Holzfällers handelt, kann angenommen werden, daß sich ähnliche Vorfälle häufig auch unter Bauern, Kleinhäuslern und Landarbeitern zugetragen haben. Da die wirtschaftliche Misere als Grund für die versuchte Abschiebung eines geistig behinderten Kindes ausschlaggebend war, kann wiederum abgeleitet werden, daß sehr wohl auch die soziale Stellung der Angehörigen der geistig behinderten Person, vor allem der Eltern, für deren Betreuung und Fürsorge maßgeblich war. Wie auch die städtischen Geisteskranken mit vermögenden Angehörigen, konnten auch schwachsinnige Kinder reicher Bauern mit einer relativ angenehmen Versorgung rechnen.

Geistig behinderte Menschen fanden im traditionellen bäuerlichen Großfamilienverband ihre Lebenssphäre und wurden zu einfachen Tätigkeiten, soweit es ihre Behinderung erlaubte, herangezogen. Wie weit nun tatsächlich eine befriedigende soziale Integration gegeben war, hing dabei von verschiedenen Faktoren ab. Dabei

⁵⁰ Inghwio aus der Schmitten: a.a.O. S.104, zt. nach Der barmherzige Samaritan. III.Jg., 1903, S.24 f

ausschlaggebend war einerseits die wirtschaftliche Potenz etwaiger Angehöriger, die sich der Pflege und der Versorgung annahmen, das Ausmaß der für die bäuerliche Arbeitsgemeinschaft nutzbaren "Restarbeitskraft", der Grad der Pflegebedürftigkeit und ab Ende des 19. Jahrhunderts auch das Angebot an Unterbringungsalternativen in Pflege-, Siechen- und Irrenanstalten. Auf die Bedeutung des letzten Punktes für den Bereich der Landwirtschaft soll weiter unten noch näher eingegangen werden. Vorerst, bis gegen Mitte des 19. Jahrhunderts, hatte diese Option allerdings aus zwei Gründen noch keine praktische Bedeutung: zum einen existierten in den ländlichen Regionen noch kaum derartige Internierungsanstalten und zum anderen hatte sich der Strukturwandel in der bäuerlichen Familie noch nicht vollzogen.

Besonders schwierig erwies sich die Lage für alle jene Geistesbehinderten, welche von Dienstboten oder kinderreichen Kleinhäuslerfamilien abstammten. Deren Versorgung konnte aus wirtschaftlichen Gründen von den Angehörigen praktisch nicht oder nur sehr schwer bewerkstelligt werden. Kinder von Knechten und Mägden waren außerdem von der Gunst der Bauern abhängig. Häufig fielen sie deshalb als Gemeindearme der öffentlichen Fürsorge anheim. An dieser Stelle wird angemerkt, daß es sich hierbei um kein Spezifikum für Geisteskranke handelte, sondern dies ebenso für alte, nicht mehr arbeitsfähige Dienstboten zutraf. Generell zeigt das für ländliche Geisteskranke in Frage kommende Versorgungssystem gewisse Parallelitäten mit der traditionell-historischen Alten- und Krankenfürsorge. Während Altbauern sich ein Ausgedinge aushandelten, blieb arbeitsunfähigen Dienstboten die Einlege nicht erspart. Genauso sicherten Altbauern bei der Hofübergabe einem behinderten Kind häufig eine vertraglich festgeschriebene Subsistenz ähnlich dem Ausgedinge, währenddessen arme Behinderte oft schon in jungen Jahren in die Einlage mußten. Das Ausbedingen vertraglicher Leistungen hat sich im bäuerlichen Bereich zum Teil bis heute als eine übliche Form der Sozialfürsorge für behinderte Kinder erhalten.

Betrachten wir nun das Einlagewesen etwas genauer. Schon seit dem Mittelalter fand die Einlege, Einlage oder auch Anlage in den ländlichen Regionen des heutigen Österreich als Fürsorgeinstitution von mittellosen Armen, Kranken, Alten und Geisteskranken weite Verbreitung. Dabei handelt es sich um eine naturalwirtschaftliche Sicherungseinrichtung in Form einer periodisch wechselnden Unterbringung bei den Bauern einer bestimmten (Heimat)gemeinde.⁵¹ Die einzelnen Bauernhöfe wurden dabei zu einer Rotte zusammengefaßt. Jeder Bauer einer Rotte war verpflichtet, in Abhängigkeit von seiner Vermögenslage für eine bestimmte Anzahl von Einlegern für wenige Tage bis mehreren Wochen im Jahr aufzukommen. Wie sich diese Unterbringung im konkreten vollzog, ist u.a. den Untersuchungen des Erzherzog Johann zu entnehmen, welcher in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den ländlichen Regionen der Steiermark drei Umfragen zu den konkreten Lebensverhältnissen der Bewohner durchführen ließ, die von Lisl Waltner dokumentiert wurden.⁵² Aus der Gemeinde Neuberg wird dabei 1803 folgendes berichtet: "Wenn sich ein Armer findet, der wegen des hohen Alters oder Gebrechlichkeit durch Dienen sich den Unterhalt nicht mehr verschaffen kann, so meldet er sich beim Gemeinderichter oder im Beschwerdeweg bei der Herrschaft, finden diese, daß er wirklich nicht seinen Unterhalt verdienen könne, so wird er eingelegt, d.h. einer Rotte von ca. 20 Häusern zur Verpflegung zugetheilt. Nach Maße der Besetzung jedes Hauses ist es schon bestimmt, daß selbes durch 3, 2, oder eine Woche oder nur einige Tage den Armen zu verpflegen verbunden sei. (...) Für die Kleidung des Armen sorgt der Rottmann, welcher das Bedürfnis dem Gemeinderichter meldet, worauf dieser einverständlich mit dem Pfarrer aus dem Armengelde die nöthigen Stücke anschafft."⁵³ Das Armengeld wurde in diesem Fall von einem Gemeindeanschlag und

⁵¹ vgl. Ernst Bruckmüller: a.a.O., S.383

⁵² Lisl Waltner: a.a.O.

⁵³ A.a.O.: S.89 f

aus Beiträgen der Herrschaft aufgebracht. Gebrechliche Arme, die Pflegepersonen benötigten oder ekelhafte und ansteckende Leiden hatten, wurden ins Spital oder Siechenhaus gebracht und dort aus dem Spitals- oder Armenfonds ernährt. Die Einlage erfährt aber eine gewisse Vorbedingung. So wurden die Einleger verpflichtet, noch bestimmte, ihren körperlichen Kräften angemessene Arbeiten zu verrichten. Konkret heißt das, sie wurden noch zu einer begrenzten Mitarbeit gezwungen. Konnte diese nicht mehr erbracht werden, landeten die Einleger im Armenhaus.

Man darf sich unter dem Einlegewesen jedoch keinesfall eine funktionierende Sozialfürsorgeeinrichtung vorstellen, die einen minimalen Schutz böte. Die Einleger wurden bei den Bauern üblicherweise sehr schlecht behandelt, in der Regel durften sie nicht einmal mit den Dienstboten essen und mußten die Nacht im Stall verbringen, waren zerlumpt, verdreckt und verlaust.⁵⁴ Die Lebenserwartung der Einleger war demzufolge auch sehr gering, für viele bedeutete die Einlege bereits das Todesurteil.

Mitunter wurden die einzelnen Einleger noch nach dem Grad ihrer Behinderung, Pflegebedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit unterteilt. So ließen sich nach Vierthaler anfang des 19. Jahrhunderts im Raume von Salzburg zwei Gruppen von Einlegern ausmachen: "Kinder und Greise, ohne anderen Gebrechen außer jenem ihres Alters wurden als leichte; Kranke, Preßhafte und Blödsinnige als schwere Anlieger genannt. Ein Schwerer wurde dabei zwei, oder nach Umständen auch drei Leichten gleich geschätzt."⁵⁵ Mit der Aufnahme von schwerer Behinderten konnte sich der Rottmann quasi mehrere Wochen der Einlage ersparen.

⁵⁴ vgl. Roland Girtler: *Aschenlauge. Bergbauernleben im Wandel*, Linz 1988, S.171 ff

⁵⁵ Franz Michael Vierthaler: *Meine Wanderungen durch Salzburg, Berchtesgaden und Österreich, 1.Theil*, Wien 1816, zt. nach Inghwio aus der Schmitt: a.a.O., S.30

Diese unterschiedliche Bewertung führte dazu, daß die einzelnen Einleger zu Handelsobjekten der Gemeindefürsorge wurden.

Das Einlegewesen verlor gegen die letzte Jahrhundertwende zunehmend an Bedeutung. War es um 1800 noch selbstverständlicher Bestandteil eines traditionellen Versorgungssystems und ohne Alternativen, so blieben um 1900 die Gemeinden zwar immer noch zuständig, aber es gab bereits Subventionen vom Land für die Internierung in der "Geschlossenen Psychiatrie" und in Versorgungshäusern.⁵⁶

⁵⁶

Inghwio aus der Schmitten: a.a.O., S.103

2.3. Funktionale Rollen geistig Behinderter im ländlichen Sozialsystem

In diesem Abschnitt soll der Versuch unternommen werden, das Behindertendasein auf dem Land weniger von der Seite der Versorgungsinstitutionen her als vielmehr unter einem soziologischen Blickwinkel zu beleuchten. Wie war die gesellschaftliche Position der geistig behinderten Personen, welche Rollen spielten sie im Sozialgefüge und welche Akzeptanz oder Ablehnung erfuhren sie ? Dies allein wäre schon das Thema einer umfangreichen Arbeit und würde den Rahmen unserer Untersuchung sprengen. Es sollen an dieser Stelle dennoch ein paar kurze Notizen angemerkt werden.

Besonders im Alpenraum waren geistige Behinderungen unter der Landbevölkerung weit verbreitet. Eine der Ursachen für die relative Häufigkeit von Geisteskrankheiten dürfte dabei mit dem Jodmangel in der Nahrung infolge der armen Urgesteinsböden zusammenhängen. Jodunterversorgung der Schilddrüse führt nicht nur zu geistigen Defekten durch Störung der Fötenentwicklung, sondern auch zu häufigen Kropfbildungen. In vielen Alpentälern waren Kröpfe bis in unsere Tage so häufig, daß sie landläufig zu einem Stück nationalen Charakter wurden. Jedenfalls finden sich viele Hinweise dahingehend in Aufzeichnungen der Pfarreien, Dominien, Steuergemeinden und Kreisämtern. Inghwio aus der Schmitten weist darauf hin, daß zuerst ausländische Gelehrte ein gewisses Interesse dem in den Alpen endemischen Kretinismus entgegenbrachten.⁵⁷ Daneben waren Fehl- und Mangel-

⁵⁷ vgl. Inghwio aus der Schmitten: a.a.O. S.9 ff Schmitten schildert das Beispiel der Mainzer Arzneidoktoren Joseph und Karl Wenzel, die 1792 auf der Suche nach Kretins das Land Salzburg bereisten und anschließend einen Bericht legten. Auch Johann Wolfgang Goethe weist in seinen Tagebüchern 1810 in einem Gespräch mit dem Irrenarzt Langermann und dem Physiker Seebeck auf die Häu-

ernährung, unzureichende Förderung von Kleinkindern, die Verabreichung von Mohn- und Schnapsschnullern als auch bestimmte Infektionskrankheiten für das häufige Auftreten von Geisteskrankheiten verantwortlich.

Praktisch jedes Dorf kannte seine Dorfdeppen, Fexen, Trodeln, Dosten, Dosteln, Lümmel, Doggen, arme Hascheles oder wie sie sonst noch in den verschiedenen regionalen Varianten zu bezeichnen gepflegt wurden. Etymologisch ist die Herkunft der einzelnen Bezeichnungen oft schwer nachzuvollziehen, mit den Begriffen waren jedoch durchaus nicht immer nur die Geisteskrankheiten im engeren Sinne gemeint, sondern es wurde meist damit auch in gewisser Weise Spaßhaftigkeit, Geselligkeit, Unterhaltsamkeit, närrisches, ungezwungenes Treiben und Lebenslust verbunden. Wahnsinnig-Sein erlaubte ein hohes Maß an Non-Konformität, welches den der Normalität Unterworfenen nicht zugestanden und um das die "Narren" beneidet wurden. Dies wäre ein Indiz für die These einer durchaus vorhandenen sozialen Wertschätzung geistig behinderter Personen. Dabei muß jedoch überlegt werden, inwieweit sich deren Funktion auf eine rein passive Position als Schauobjekte mit Unterhaltungswert wider die Langeweile bzw. als Konfliktpuffer der Dorfbevölkerung reduzierte, oder ob mit der sozialen Rolle eine tatsächliche Wertschätzung einherging. Zur Untermauerung beider Thesen lassen sich stichhaltige Argumente anführen. Dabei dürfte auch

figkeit von Kretinen in den Alpen hin. Dies scheint ihm anlässlich seiner Italienreise aufgefallen zu sein. Die ersten systematischen Forschungen über den endemischen Kretinismus werden allerdings schon etwas früher in der Schweiz, Oberitalien und in Savoyen angestellt (Albrecht von Haller 1772, Horace Benoit de Saussure 1788, Michele Vincenzo Giacinto Malacarne 1789 etc.). In der Reisebeschreibung von Hacquet 1785 finden sich auch Hinweise über die Häufigkeit von Kropfbildungen und Schwachsinn in Kärnten und in der Steiermark. Eingehendere Schilderungen sind bei Dorothea Meyer: a.a.O., S.39 ff nachzulesen.

der Wandel der Zeit eine gewisse Rolle spielen. Die Attitude gegenüber den vom Wahnsinn Betroffenen dürfte sich in der historischen Abfolge in Abhängigkeit von den soziokulturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen geändert haben. Auf diese Interdependenzen wurde schon weiter oben eingegangen.

Gründe für eine Wertschätzung konnten neben durchaus beachtlichen Leistungen bei körperlich anstrengenden landwirtschaftlichen Arbeiten auch mystischer Natur sein. So gibt es Hinweise, daß Geistesschwache als gutes Omen angesehen wurden. Z.B. werden Kretinen 1842 in Murau noch wie Schwalben als Haussegen gehalten.⁵⁸ Närrisches Treiben findet in den alpenländischen Perchten- und Glöcklerbräuchen als Teil einer Volkskultur seinen Niederschlag. Andererseits werden Bezeichnungen für Geistesschwache aber auch als Schimpfworte verwendet.

Wahrscheinlich kann man von der Annahme ausgehen, daß die soziale Degradierung verstärkt erst im Zuge der Technisierung der Gesellschaft und dem damit zusammenhängenden landwirtschaftlichen Strukturwandel erfolgte. Zum einen weicht die Irrationalität aus der Gesellschaft, der Omenanspruch der Irren geht verloren, zum anderen erfolgt eine arbeitsfunktionale Marginalisierung. Die Arbeitsleistung der geistig Kranken verliert an gesellschaftlichem Wert. Dazu kommt noch die sich seit der Jahrhundertwende abzeichnende Auflösung der bäuerlichen Großfamilie und des Dienstbotenwesens. Die für die Aufsicht und Betreuung der Behinderten benötigten Arbeitskräfte gingen verloren. Es wurde für die in der Landwirtschaft verbliebenen Arbeitskräfte immer schwieriger, Pflegeaufgaben nachzukommen. Außerdem erfolgte ab Mitte des vorigen Jahrhunderts auch schon in den ländlichen Regionen der rasante Aufbau von Irren- und Pflegeanstalten. So entstanden allein zwischen 1870 und 1910 in Österreich insgesamt 45 neue Anstalten mit 40.000 Pfl-

⁵⁸

Lisl Waltner: a.a.O., S.23

geplätzen. Zu Beginn des 1. Weltkrieges waren bereits 60% der registrierten Irren interniert.⁵⁹ Einhergehend mit der Internierung setzt sich in der Bevölkerung das Klischee der sozialen Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken durch, mit dem die Absonderung und Verwahrung zu legitimieren versucht wurde.

Mit einem gewissen Time-Lag vollzog sich demzufolge in den ländlichen Regionen die gleiche Entwicklung wie in den industrialisierten städtischen Zentren. Hatten sich die bäuerlichen Familien anfangs noch dagegen gewehrt, ihre geistig behinderten Angehörigen in den neugegründeten Anstalten unterbringen zu lassen, so waren sie im Zuge des Wandels ihrer konkreten Lebensverhältnisse dazu zunehmend gezwungen. Diese Entwicklung korrespondiert dabei eng mit den sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen, die sich für die ländliche Bevölkerung mit immer rasanterer Geschwindigkeit änderten.

⁵⁹

Inghwio aus der Schmitten: a.a.O., S.86

3. Fragen zur Integration behinderter Menschen

3.1. Der Integrationsbegriff

Bevor wir näher auf die einzelnen Möglichkeiten der Integration geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen in landwirtschaftliche Lebens- und Arbeitsverhältnisse eingehen, erscheint es notwendig, sich etwas genauer mit dem Begriff der Integration zu beschäftigen.

Das Wort Integration läßt sich etymologisch vom lateinischen "integrare", was soviel heißt wie "ergänzen, wiederherstellen", herleiten. Überträgt man diesen Sinn auf die aktuelle Situation von behinderten Menschen, so könnte man damit die volle Wiederherstellung der gesellschaftlichen Wertigkeit respektive auch der Ergänzung des sozialen Defizites dieser in unserer Gesellschaft schwer benachteiligten Bevölkerungsgruppe assoziieren.

Setzt man sich als Ziel, eine integrative Psychiatrie zu schaffen, in der emanzipatorische Intentionen in den Mittelpunkt rücken, so darf sich die Integration nicht nur auf die Wohnsituation der betroffenen Personen beziehen, d.h. auf die Frage, inwieweit eine extra-asyläre Versorgung einem Anstaltsleben vorzuziehen ist, sondern muß das gesamte Spannungsfeld von Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz, Kommunikation und Freizeitgestaltung einbeziehen.

3.2. Zwischen emanzipatorischer Behindertenarbeit und Behindertenmanagement

In vielen herkömmlichen Modellen der Behindertenintegration wird üblicherweise von einem eindimensionalen Verhältnis zwischen der "unterzubringenden Person" und der oder den "Betreuungspersonen" abstrahiert. Ausgehend von der Einsicht in die Notwendigkeit einer Demokratisierung der Psychiatrie wird zwar das rein verwahrende und absondernde Moment eines Anstaltsleben einer Kritik unterzogen, als Alternative dazu werden auch Konzepte entwickelt, die sich die Einbindung dieser gesellschaftlich marginalisierten Gruppe in das öffentliche Leben zum Ziel setzen, auf den Aspekt der Gleichwertigkeit der Partner als Voraussetzung eines emanzipatorischen Verhältnisses wird jedoch zu wenig Rücksicht genommen. Nach dem Integrationsbegriff von Bengt Nirje setzt eine Integration "Beziehungen zwischen Menschen voraus", die "auf der gegenseitigen Anerkennung der Integrität des anderen und auf gemeinsamen Grundwerten und Rechten beruhen".⁶⁰

Obwohl in vielen neu entstandenen extra-asylären Einrichtungen und Unterbringungsmodellen - dazu zählen auch Modelle, die sich mit landwirtschaftlichen Tätigkeitsbereichen befassen - die behinderten Personen nicht länger in Pflegeheimen bzw. Verwahrungsanstalten weggeschlossen sind, wird ihnen dennoch das soziale Umfeld vorenthalten, sie werden weiter zur Unmündigkeit erzogen und zu Hilfsempfängern degradiert. Eine Emanzipation bleibt unerwünscht, anstatt eines sozialen Trainings werden die betreffenden Personen oft verhätschelt und von der Öffentlichkeit ferngehalten. Die Interessen konzentrieren sich in diesem Fall häufig auf die wirtschaftlichen Vorteile für die Pflegestellen-

⁶⁰ vgl. Dieter Berdel, Peter Pruner: Institut für Soziales Design; Forschungsbericht zu Projekt F 1111; Durchsetzungsbedingungen behindertengerechten Bauens, Wien 1989, S.87

betreiber. Geistig beeinträchtigte Menschen werden auf diese Weise zu frei disponierbaren Handelsobjekten einer Behindertenpolitik. Es ist hier angemessen, weniger von einer sozialen Integration als vielmehr von einem "Behindertenmanagement" zu sprechen.

Um das oben Angeführte auf drastische Weise und etwas überspitzt zu formulieren: Behindertenmanagement wäre es z.B., wenn im Fall der Unterbringung geistig behinderter bzw. chronisch psychisch kranker Personen auf Bauernhöfen der wirtschaftliche Aspekt eines Nebeneinkommens für die Landwirtschaft aus öffentlichen Zuwendungen für die Leistung der Verpflegung und Unterbringung der betreffenden Personen einen derartigen Stellenwert erlänge, daß daraus einerseits eine lukrative Alternative zu einer anderen Bewirtschaftungsform, sagen wir einmal der Schweine- oder Rindermast entstünde, dabei aber andererseits die individuellen und sozialhygienischen Bedürfnisse der behinderten Menschen zu kurz kämen.

Die andere Option liegt in den emanzipatorischen Prozessen einer integrativen Psychiatrie. Dies setzt einen wesentlich komplexeren und komplizierteren Mechanismus voraus, welcher nur mit einer möglichst weitgreifenden Einbindung aller Beteiligten in die Entscheidungsprozesse erreicht werden kann. Dabei ist es wesentlich zu begreifen, daß behinderte Personen keines Mitleids sondern Selbstbestimmung und Selbstorganisation bedürfen. Neben den optimalen materiellen und therapeutischen Ausstattungserfordernissen einer Einrichtung ist auch ein förderliches soziales Klima Grundvoraussetzung. Paradigmatisch ist dabei der Glaube an die Entwicklungsfähigkeit des geistigen und psychischen Zustandes der betreuten Personen zu sehen. Eine Erziehung in Richtung Eigenverantwortung muß als *Conditio sine qua non* einer sozialen Integration bewußt werden. Auf individuelle Bedürfnisse muß eingegangen werden. Daneben sollen sämtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dies gewährleisten können. Interkommunikative und therapeutische Prozesse sollen

helfen, das individuelle Potential zur Entfaltung zu bringen. Unabhängig davon, ganz besonders aber dann, wenn eine entsprechende Selbständigkeit der extra-asylär untergebrachten Personen nicht gegeben ist, sind unabhängige Kontrollmechanismen zu deren Schutz einzurichten.

Die Landwirtschaft bietet durchaus die Möglichkeit, im Verständnis einer demokratischen Psychiatrie, sinnvolle und zukunftsweisende Integrationsprojekte zu entwickeln. Es muß jedoch angesichts der ausgeführten Gefahren eines Behindertenmanagements klar werden, daß die Einrichtung derartiger Modelle nicht einfach und unreflektiert vonstatten gehen kann, sondern ein gehöriges Maß an theoretischen Überlegungen und Grundsatzplanung erfordert.

4. Moderne psychiatrische Ansätze

Bevor wir nun endgültig in medias res, in die beschreibende und analysierende Darstellung einzelner in Österreich existenter Modelle der Behindertenbetreuung in oder mit der Landwirtschaft gehen, erscheint es zweckmäßig, einen kurzen Blick auf ein paar wichtige, interessante, moderne und fortschrittliche, jedoch in der Konzeption sehr unterschiedliche Psychiatrieansätze zu werfen. Aus den theoretischen Überlegungen und Erfahrungen dieser Modelle heraus kann im Hinblick auf die Diskussion über die Integration geistig behinderter Menschen in der Landwirtschaft das Verständnis für tatsächliche Möglichkeiten und gangbare Wege geschärft werden. In erster Linie soll dabei auf kritische Ansätze der "Offenen Psychiatrie" als Negation zur klassischen Schulpsychiatrie hingewiesen werden. Es muß jedoch klar sein, daß sich dabei die Charakterisierung dieser antipsychiatrischen Konzepte auf einige wenige grundlegende Eigenheiten beschränken muß.

4.1. Angloamerikanische Antipsychiatrie

Die angloamerikanische Antipsychiatrie vergegenwärtigt wohl die konsequenteste und radikalste Form einer Kritik der klassischen Schulpsychiatrie. Psychische Krankheiten seien ein Ausdruck gesellschaftlicher Fremdbestimmung und Unterdrückung und dialektisch mit der Klassenstruktur der Gesellschaft verbunden. Der Verrückte sei in Wahrheit ein Herrschaftsverweigerer und Dissident, welcher durch non-konformes Verhalten Anerkennung sucht. "Das Verrücktsein ist keine Krankheit, sondern

die Psychiatrie und ihre Ausgeburten sind die Krankheit des Kapitalismus und des bürokratischen Sozialismus."⁶¹

Die Gesellschaft reagiere mit Polizeioperationen, um seine Verschiedenheit, Originalität und Visionen zu unterdrücken. "Die klinische Psychiatrie ist nur ein kleiner Teil eines ausgedehnten Gewaltsystems von Normierungstechniken, die mit dem ersten Konformierungsinstrument des bürgerlichen Staates, der Familie beginnen und sich in der Schule und der Universität fortsetzen, und dahin zielen, in einer endlosen Reihe idente industrielle Kreaturen zu produzieren und reproduzieren, für einen Sinn, der längst verloren ging bzw. niemals sichtbar gewesen war."⁶² Daraus resultiere, daß sich eine Psychiatriekritik zwangsweise politisch emanzipatorisch gegen die herrschende Gesellschaftsordnung der kapitalistischen Klassengesellschaft richten muß.

Die Entpsychiatriierung könne nur in einer völligen positiven Negation der Psychiatrie bestehen. Unterdrückungsinstrumente im Sinne dieses Ansatzes sind nicht nur die Anwendung von Zwangsjacken, Elektroschocks oder die Verabreichung von Psychopharmaka, sondern im Grunde genommen jede systemimmanente Form der psychosozialen Rehabilitation oder Resozialisierung, da es ja nur darum ginge, die Arbeitskraft Mensch als willfähiges Produkt und Empfänger von Autoritätsimpulsen dem industriell-kapitalistischen Verwertungsprozeß wieder zuzufüh-

⁶¹ David Cooper: *Wer ist Dissident*, Berlin 1977, S.56

⁶² David Cooper: *The Grammar of Living*, Bungay-Suffolk 1974, S.55. Original: Clinical psychiatry, however, is only a small part of an extensive system of violence, of normalizing techniques that commence with the principal conformism-inducing instrument of the bourgeois state, the family, and run on through primary and secondary schooling and universities aiming to produce and then reproduce an endless assembly-line of identical industrious creatures who all work for some purpose which has long been lost sight of and which was never very visible in the first place anyhow.

ren. "Alle Psychiater müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu begehen, solange nur ein einziger Patient gegen seinen Willen in irgendeiner psychiatrischen Institution eingesperrt bleibt."⁶³ Die klassische Psychoanalyse wäre der Handlanger dieses repressiven Systems.

Dagegen helfe nur eine kategorische Dissidenz. Gemeinsames gesellschaftliches Schicksal müsse kollektiv in politische Aktivitäten umgesetzt werden, um die herrschende Gewalt abzuwehren. Therapie heiße "Kampf gegen die herrschenden Herrschaftsverhältnisse".⁶⁴ Die nicht psychiatrische Arbeit sei im wesentlichen eine politische Erziehung oder eine Sensibilisierung der Bevölkerung für das Bedürfnis, die eigenen affektiven Probleme selbst in die Hand zu nehmen, mit dem Beistand von aktiven Basisgruppen, Feministinnengruppen und Gewerkschaftsgruppen.⁶⁵ Für die praktische Umsetzung dieser Idee erfordere dies eine therapeutische Gemeinschaft, die politisch geprägt sein müsse. Die klassische Hierarchie Arzt-Pfleger-Patient sei dabei aufzuheben. Jeder Patient sei sein eigener Therapeut und Therapeut jedes anderen in der Gruppe. In täglichen Gruppengesprächen sei jede gesellschaftlich bedingte Passivität zu bekämpfen. Dadurch hebe sich die Bezeichnung "krank" in der Bedeutung von "hilflos" auf. Im Wege einer solidarischen Praxis soll der Widerstand organisiert werden. Arbeitskreise, Einzel- und Gruppenagitation sollen zur Aktivierung des sozialpsychiatrischen Widerstandes führen und die Kraft verleihen, um erfolgreich den Kampf gegen das Repressionssystem bestehen zu können.

Gerade hier ergeben sich Reibungsflächen zur demokratischen und sektoriellen Psychiatrie. Sil Schmid zitiert in ihrer Beschrei-

⁶³ David Cooper: *Wer ist Dissident*, Berlin 1977, S.23

⁶⁴ Michael Schneider: *Neurose und Klassenkampf. Materialistische Kritik und Versuch einer emanzipativen Neubegründung der Psychoanalyse*, Hamburg 1973.

⁶⁵ David Cooper: a.a.O., S.24

bung über das demokratische Psychiatriemodell in Italien Franco Basaglia, welcher der Meinung ist, daß die britischen antipsychiatrischen "Laissez-Faire-Gruppen" nur scheinbar völlig demokratisch ohne institutionalisierte Strukturen funktionieren, denn "... der Leader der Gruppe solidarisiert sich immer gleich mit dem Stärksten innerhalb der Gruppe, sodaß er am Schluß immer das Heft in der Hand hat. So kommt es, daß die scheinbar antiautoritärste Methode zur denkbar autoritärsten wird. So ist es in der angelsächsischen Welt, die sich dem Pragmatismus verschrieben hat, mit dem Fortschritt der Psychiatrie. Die Aussage der Antipsychiater, daß die Geisteskrankheit nicht existiere und daher auch keiner Heilung bedürfe, wird von uns abgelehnt. Es gehe darum, welcher Mißbrauch mit 'dieser Krankheit' getrieben wird, sie ist eine faktische Realität."⁶⁶

Als Wegbereiter der anglosächsischen Antipsychiatrie können David Cooper und Ronald D. Laing angesehen werden. R.D. Laing, ein schottischer Psychiater, der lange Jahre in diversen britischen psychiatrischen Anstalten praktische Erfahrungen sammelte und David Cooper, ein gebürtiger Südafrikaner, welcher in England mit jugendlichen Schizophrenen lebte und arbeitete, gründeten 1964 zusammen mit anderen die "Philadelphia Association Ltd." in London, die sich zum Ziel setzte, geeignete Repliken auf die psychiatrische Misere zu finden.

Die Bedeutung von Cooper und Laing liegt mehr im theoretisch-konzeptionellen Bereich als in der tatsächlichen Modellumsetzung. Berühmt wurde ihr Antipsychiatriekonzept weniger durch die relativ unbedeutenden praktischen Therapiegruppen in England, sondern vielmehr durch ein Modell, welches sich 1970 in der Bundesrepublik Deutschland an der Universität Heidelberg entstand und in der Fachwelt als auch in der allgemeinen Öffent-

⁶⁶ Sil Schmid: Freiheit heilt. Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien, Berlin 1979, S.65

lichkeit großes Aufsehen erregte, dem sogenannten "Sozialistischen Patientenkollektiv (SPK) Heidelberg".

Am Anfang stand die Entlassung von Dr. Wolfgang Huber aus der Neurologischen und Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg wegen angeblich politisch motivierter Agitation unter den Patienten. Huber besetzte daraufhin mit 60 bis 80 Patienten die Klinik. Nach zähem Ringen gestand der Rektor der Universität Huber und seinen Patienten die befristete Weiterarbeit und die Errichtung eines Patientenkollektivs auf Universitätsgelände zu. Die dabei entstandene therapeutische Gemeinschaft war von allem Anfang an als "Sozialistisches Patientenkollektiv" politisch ausgerichtet. Nach der These Hubers "Ärzte brauchen Patienten, Patienten keine Ärzte" wurde die Hierarchie Arzt-Patient-Pfleger aufgehoben. In täglichen Gruppengesprächen wurde der Kampf gegen die gesellschaftlich geprägte Passivität aufgenommen, als Ziel stand dabei der offene Widerstand gegen die "Unterdrückungspsychiatrie" im Mittelpunkt. Nur das Bewußtsein über die eigene Lage könne zur Bewältigung und Überwindung der gesellschaftlich bedingten Misere führen. Um zu diesem Bewußtsein zu gelangen, wurden u.a. Arbeitskreise zu Themen wie Hegel, Marx, Lukacs, Luxemburg, aber auch über die Psychoanalyse eingerichtet. Nach und nach schlossen sich immer mehr Patienten, Pfleger und Ärzte an und das SPK wurde allein schon wegen ihrer Größe zu einer echten Konkurrenz zur klassischen Universitätsklinik. Im Juli 1971 waren es bereits 500 Patienten, die auf diese Weise zusammengeschlossen waren.

Mit dem Erfolg des Kollektivs setzte auch eine wohlorganisierte Verleumdungskampagne ein. Das SPK wurde in der Öffentlichkeit als staatsfeindlich, terroristisch, anarchistisch, gemeingefährlich, bzw. als "Aushängeschild für Stadtguerilla" diffamiert. Es wurde ihm unterstellt, Patienten zu bedrohen. Auf Druck der Öffentlichkeit kündigte der Rektor der Universität schließlich die Benützungsgenehmigung für die Räumlichkeiten auf dem Universitätsgelände. Letztendlich trat am 21.7.1971, nur acht Mona-

te nach der Gründung, die Polizei in Aktion und räumte und zerschlug mit dem SPK-Heidelberg das erste radikalpolitische Antipsychiatrieexperiment auf deutschem Boden. Mittlerweile kam es in Heidelberg jedoch zu einer Neugründung des "Sozialistischen Patientenkollektivs", welches sich nicht nur wegen des gleichlautenden Namens in direkter Tradition mit dem ursprünglichen SPK sieht.

4.2. Demokratische Psychiatrie in Italien

Der Kritik der demokratischen Psychiatrie an der traditionellen Anstaltspsychiatrie liegen folgende theoretische Überlegungen zugrunde:

Das offensichtlichste Phänomen sei das Fehlen der Freiheit des Kranken. Diese Freiheit wäre das direkte Gegenteil des Zwangs, den ihre Wächter auf sie ausübten, d.h. die Psychiatrieklinik wäre ein Kerker. Ein zweites Merkmal der Anstaltspsychiatrie, welches viel schwieriger zu erkennen, aber auch sehr weitreichend in seinen Auswirkungen sei, wäre mit der Armseligkeit des Milieus und damit den Lebensbedingungen der Kranken konjugiert. Das Fehlen jeglichen Anreizes von außen durch Erwartungen, Besitz oder Verantwortung führe zwangsläufig zu Defätismus seitens der Internierten. Die Kranken litten an einer zur kommunikativen Bedeutungslosigkeit herabgeminderten Sprache, an Isolation und Verlassenheit. Das Leben würde monoton, persönliche Beziehungen könnten sich nicht entwickeln. Der Kranke existiere nur noch als Materie, er wird nicht mehr als Person und soziale Einheit wahrgenommen. Nicht die Krankheit, sondern die Institution mache ihn apathisch und passiv und verunmögliche ihm die affektive Integration seiner Gefühle. Sie hindere ihn daran, Liebe oder Sympathie entsprechend den kulturellen Bräuchen unserer Gesellschaft auszudrücken. All die traditionellen Theorien über

Geisteskrankheiten seien perfide und beraubten den Kranken des Gefühls seiner Existenz.⁶⁷

Die Anfänge der demokratischen Psychiatrie in Italien sind eng mit dem Namen Franco Basaglia verbunden. Basaglia war zwölf Jahre lang als Assistent an der medizinischen Fakultät in Padua tätig und anschließend Leiter der Irrenanstalt in Gorizia/Görz. Getragen von der Erkenntnis, daß Irrenhäuser nicht heilen, sondern lediglich verwahren, begann er in den Sechziger Jahren in der Görzer Anstalt mit seinem Kampf gegen das "institutionalisierte Netz der Ausstoßung". Therapeutische Erfolge bei der Behandlung psychisch Kranker seien nur in einem emanzipatorischen Prozeß und durch die Beseitigung repressiver Behandlungstechniken möglich. Dies setze wiederum ein demokratisches Verhältnis zwischen Arzt und Patient voraus. Auftretende Probleme müßten in offenen Diskussionen in regelmäßigen Versammlungen gelöst werden. Der Umgang mit Medikamenten, insbesondere mit Psychopharmaka, soll überdacht und auf ein vernünftiges Maß reduziert werden, sämtliche Zwangsbehandlungsmethoden wie z.B. Elektroschocktherapien, Zwangsmedikation oder Zwangsjacken wären prinzipiell zu verurteilen. Eine Integration der Patienten sei nur durch die Abschaffung der Bewahrungspsychiatrie, welche sich in der Existenz von psychiatrischen Kliniken und Irrenhäusern manifestiert, zu erreichen. Auf dem Weg dazu sind alle bestehenden psychiatrischen Einrichtungen sukzessive zu demokratisieren. Geschlossene Anstalten und Kliniken müßten nach außen hin geöffnet und die psychiatrische Versorgung allmählich dezentralisiert werden. Basaglias Liberalisierungskonzept in Görz fand allerdings 1968 ein abruptes Ende. Ein Patient der mittlerweile geöffneten Anstalt tötete im Affekt bei einem routinemäßigen Urlaub seine Frau, woraufhin die Provinzregierung Basaglia das Vertrauen entzog und die Irrenanstalt

⁶⁷ Sil Schmid: a.a.O., S.32 f. Sil Schmid schildert an dieser Stelle die theoretischen Konzepte eines Berichts von Piccione und Losavio.

in seiner alten Form wieder herstellte. Damit ging mit dem Görzer Experiment die erste Phase des italienischen "Offenen Psychiatriemodells" zu Ende.

Damit war das Ende dieses Kapitels demokratischer Psychiatriexperimente aber noch nicht besiegelt. Schon 1971 begann in Triest eine neue Epoche der italienischen Gemeindepsychiatrie. Basaglia wurde nach einem kurzen Zwischenspiel in Parma zum Leiter der Triester Psychiatrieklinik San Giovanni berufen und konnte aufbauend auf die Erfahrungen in Görz sein Reformmodell konkretisieren und weiterentwickeln. Zuerst ging es ihm vor allem darum, gegenseitige Vorurteile abzubauen, die darin bestanden, daß einerseits Außenstehende Psychiatriepatienten für gefährlich und aggressiv hielten, andererseits aber auch von den Klinikinsassen die Außenwelt als bedrohlich und diskriminierend empfunden wurde. "Die gelegentliche Gewalttätigkeit Geisteskranker ist (...) nicht Ursache, sondern Wirkung. Nicht der Ausdruck also einer psychischen Deformation, sondern die logische Reaktion auf die Unterdrückung durch die Institution: auf die totale Unterwerfung, auf Freiheitsberaubung, auf systematischen Entzug alles dessen, was das Leben lebenswert macht. Diese Gewalttätigkeit ist demnach kein Symptom der Geisteskrankheit, sondern Ausdruck der Verfassung, die Triests Antipsychiater "Anstaltskrankheit" nennen. Es ist der Zustand, in den Langzeitpatienten zwangsläufig nach Jahren verfallen."⁶⁸

Die Öffnung der Anstalt richtete sich sowohl nach innen als auch nach außen. Bei sämtlichen geschlossenen Abteilungen wurden Schritt für Schritt alle räumlichen Barrieren, beispielsweise Gitter und Zäune, genauso beseitigt wie die obligatorischen Türkontrollen. Besucher erhielten freien Zutritt, an die Patienten wurden Schlüssel ausgehändigt. Gemeinsam mit der Leitung schafften die Anstaltsbewohner neue, freundlichere Möbel an, die stigmatisie-

⁶⁸

A.a.O.: S.17 f

rende Anstaltskleidung wurde abgeschafft. Die Ärzte mußten ihre institutionelle Macht abbauen. Insassen, Ärzte und Pfleger suchten in offenen Versammlungen und Diskussionen anstehende Probleme zu lösen und neue Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Daneben gründeten die Patienten eine eigene Kooperative, in der sie Garten- und Reinigungsarbeiten in Auftrag nahmen. Auf diese Weise konnte ein Anstoß für die allmähliche ökonomische Reintegration in das Alltagsleben gegeben werden. Auf dem weiten Areal von San Giovanni fanden verschiedentlich kulturelle Veranstaltungen statt, außerdem richtete die Stadtverwaltung einen Kindergarten im Anstaltspark ein. So wurde die ehemalige psychiatrische Klinik von einer Verwahranstalt für Langzeitpatienten ihrerseits zu einem Teil der Außenwelt.

Die Integration der Langzeitpatienten in die Gesellschaft sollte dabei aber nicht überstürzt vorgenommen werden. Es war ein Gebot, den Status der Patienten nur langsam von Zwangseingewiesenen über Freiwillige zu Gästen zu transformieren. Die Gäste hatten die loseste Verbindung mit der Klinik. Diese Gruppe umfaßte all jene, die keine psychiatrische Betreuung mehr nötig hatten, aber dennoch weiterhin die Unterkunft in Anspruch nahmen.⁶⁹ Nur ein sehr kleiner Teil der Patienten, vorwiegend alte und langzeithospitalisierte Personen, wurde weiterhin traditionell betreut. Das Gros der ehemals Internierten wurde aber in kleinere, dezentrale Außenquartiere und Wohngemeinschaften verlagert. Die Wohngruppen, es handelte sich dabei um eigens dafür angemietete Wohnungen in der Stadt, sollten durch das Zusammenleben von Patienten mit Betreuern und Volontären den psychisch Kranken die Resozialisation in den Alltag erleichtern. Die "Psychozialen Zentren" übernahmen währenddessen die ambulante Behandlung und Beratung bei Krisensituationen. Von dort aus führten Sozialarbeiter und Psychologen auch Hausbesuche durch, stellten den Kontakt zu den Familien der ehemals hospita-

⁶⁹

A.a.O.: S.14

lisierten Patienten wieder her, halfen bei der Wohnungs- und Arbeitssuche und vermittelten bei sonstigen Konfliktsituationen. Mit diesen Zentren wurde aber auch ein erster Grundstein zur Prävention von Psychosen und Geisteskrankheiten gelegt, waren sie doch auch Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung eines Wohnbezirks. Hier ergeben sich gewisse Parallelitäten mit der Sektorisierung der Psychiatrie Frankreichs in den Sechziger Jahren, welche im nachfolgenden Kapitel behandelt wird.

Mit der Zeit begann man in ganz Italien, aus den Triester Erfahrungen zu lernen und das Modell zumindest in seiner Grundrichtung zu kopieren. Erwähnenswert sind dabei unter anderem die Versuche, welche in Arezzo/Toskana, Genua, Pordenone/Friaul, Bologna, Colorno/Parma oder in Perugia angestellt wurden.⁷⁰ In Triest selber ging man noch einen Schritt weiter. 1977 verkündete Basaglia die endgültige Schließung der psychiatrischen Klinik San Giovanni. Nur noch etwa 200 der 1.200 Patienten vor der Institutsreform, im wesentlichen alte und aufgrund ihres psychischen Zustandes nicht resozialisierbare Fälle, verblieben in den Pavillons weiterhin in stationärer Behandlung.

Heute, mehr als zehn Jahre nach der spektakulären Schließung der Triester Klinik, ist der Enthusiasmus verblichen, das Reformkonzept muß in seiner ursprünglichen Intention als gescheitert angesehen werden.⁷¹ Gründe dafür mögen viele vorliegen. Zum einen ruhte man sich auf dem Erreichten aus, wodurch die psychiatrischen Reformen erstarrten. Abgesehen davon konnten Vorurteile und die Ablehnung aus der Bevölkerung gegenüber den ehemaligen Klinikinsassen nie richtig überwunden werden. Die Psychiatriepatienten waren an ihrem Arbeitsplatz mit großen

⁷⁰ A.a.O.: S..50 f

⁷¹ Diese Ausführungen über die gegenwärtige Situation in San Giovanni beruhen auf einem Praktikumsbericht von Rita Maria Gänsbacher: *Leben und Arbeiten auf der externen Psychiatrie in Triest. Traum und Wirklichkeit.* Wien 1990.

Kontaktschwierigkeiten konfrontiert, sie litten unter der Isolation und konnten mit ihrer Freiheit und Freizeit nichts Rechtes anfangen. Außerdem stellten sich sehr bald auch schwerwiegende hygienische Probleme ein, da eine weiterführende, begleitende Betreuung nach der beruflichen Reintegration in den meisten Fällen unterblieb. Letztendlich spielten hier auch Finanzierungsprobleme eine große Rolle. Die Stadtverwaltung war nicht bereit, die dafür erforderlichen Mittel aufzubringen, wodurch sich eine katastrophale Betreuungssituation ergab. So mußte ein einziger Psychologe sämtliche sieben "Psychosoziale Zentren" betreuen. Es fehlte auch an genügend Medizinem, Pflegern, Sozialarbeitern und Verwaltungspersonal für eine effiziente externe psychiatrische Betreuung. Weiters erwiesen sich die Betreuungssektoren für die zuständigen Zentren als viel zu groß, die wenigen Akutbetten waren schnell belegt, sodaß schwerere Fälle weiterhin in die neurologischen Abteilungen der Krankenhäuser eingewiesen werden mußten. Sowohl in der Station als auch in den Zentren zeigten sich die alten Hierarchien als persistent, ein Autoritätsabbau der Position der Ärzte erfolgte kaum, über die Patienten werden immer noch, wider den anfänglichen Bestrebungen Basaglias, Karteien geführt. Basaglia seinerseits hat das Amt eines verantwortlichen Leiters seit einiger Zeit zurückgelegt und an seinen Nachfolger Rotolli übergeben. Um zu einem Resümee zu kommen: Obwohl die Zielsetzungen der demokratischen Psychiatrie in Italien, nämlich die Resozialisation von psychiatrischen Langzeitpatienten durch eine externe psychiatrische Betreuung zu erreichen, zum Teil gescheitert sind, darf die Wirkung, welche diese Reformbestrebungen auf die internationale Debatte über "Offene Psychiatriemodelle" ausgeübt hatten, nicht übersehen werden.

4.3. Sektorielle Psychiatrie in Frankreich

Extra-asyläre Einrichtungen haben in der Psychiatriegeschichte Frankreichs bereits eine sehr lange Tradition aufzuweisen. Die Erfahrungen mit den "agricolen Colonien" und den "Familienkolonien" im 19. Jahrhundert wurden schon an einer anderen Stelle eingehend geschildert.⁷² Hier soll nun ein weiterer interessanter theoretischer Modellansatz einer "Offenen Psychiatrie" kurz vorgestellt werden.

Der offizielle Beginn der "sektoriellen Psychiatrie" in Frankreich fällt mit dem Erlaß vom 15. März 1960 betreffend das "Programm zur Organisation und Ausstattung der Departments für den Kampf gegen die Geisteskrankheiten" vom Ministerium für die öffentliche Gesundheit zusammen. Dieser Erlaß postuliert ein System von extra-hospitalen Institutionen, öffentlichen Beratungsstellen, Tages- und Nachtkliniken und psychiatrischen Telefonberatungsdiensten. Hier besteht insofern ein großer Unterschied zur angloamerikanischen Antipsychiatrie und der demokratischen Psychiatrie Italiens, da dieser Reformansatz höchst offiziell von staatlicher Seite getragen wurde und deshalb für dessen Realisierung außerhalb der herrschenden Politik stehende engagierte Einzelpersonen weniger maßgebend waren.

Die wichtigste Ausgangsbedingung für die Bemühungen um eine Veränderung in der psychiatrischen Versorgung ist sicherlich mit dem Elend der alten Anstaltspsychiatrie kongruent. Bis Anfang der Dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts wuchsen die Asyle in Frankreich gigantisch an. Ein Arzt war oft für die Betreuung von tausend und mehr Patienten verantwortlich. Erst mit der Volksfrontregierung in den Dreißiger Jahren verbesserte sich die Situation ein wenig, da die Ärzte und Psychiater angehalten wurden,

⁷² vgl. Kapitel 1.2.

auch Hausbesuche durchzuführen, um das soziale Milieu der Kranken zu studieren. Die Ärzte, die sich zur Zeit der Volksfront in der Sozialmedizin und Sozialpolitik engagierten, vertraten dabei Auffassungen, deren Wurzeln in den republikanischen Ideen der französischen Revolution liegen und die durch ihr sozialistisches Bewußtsein neu belebt wurden.⁷³

Nach dem Krieg knüpfte man vorerst wieder an die sozialmedizinischen Konzepte der Volksfrontregierung an. Die Idee einer ganzheitlichen Gesundheitsfürsorge im Interesse der gesamten Bevölkerung trat in den Vordergrund. Die bekanntesten Protagonisten dieser Auffassung wie Daumézon, Bonnafé oder Le Guillant, die in ärztlichen und psychiatrischen Gewerkschaften, zum Teil aber auch als Angestellte im Gesundheitsministerium in einer recht einflußreichen Position tätig waren, richteten ihre Forderungen vor allem darauf, eine Einheit von Prävention, Therapie und Nachsorge zu schaffen. Das Gesundheitssystem der Bevölkerung müsse für alle Stadien der Krankheit zur Verfügung stehen und dürfe sich nicht auf die hospitale Verantwortung beschränken. Bonnafé prägt auch als erster den Begriff des "psychiatre de secteur", des Sektorpsychiaters, der mit der Verantwortung für die Organisation der geistigen Gesundheit in jeweils einem bestimmten Gebiet betraut werden soll.⁷⁴ Der Sektorgedanke verliert in den Fünfziger Jahren unter einer Zentrumsregierung in der politischen Diskussion wieder an Bedeutung. Es folgt eine Periode von staatlichen Restaurationsversuchen. Die traditionelle Bewahrungspsychiatrie wird wieder zur offiziellen Doktrin. Erst gegen Ende dieses Jahrzehnts beginnt man sich wieder, diesmal quer durch alle politischen Lager, mit dem sektoriellen Konzept anzufreunden. Die Gründe dafür mögen weniger in einem allgemeinen besseren Verständnis von Geisteskrankheiten und daraus resultierenden humanitären Anstrengungen zu

⁷³ Marianne Köppelmann-Baillieu: a.a.O., S.62 f

⁷⁴ A.a.O.: S.70 f

sehen sein als vielmehr in einer strukturellen Krise der klassischen Anstaltspsychiatrie. Ein aufgeblasener, bürokratischer Verwaltungsapparat lähmte zusehends die Führung der ohnehin schon hoffnungslos überfüllten Anstalten. Ökonomische Erwägungen in Hinblick auf die mangelnde Wirtschaftlichkeit der alten Anstalten gaben einen weiteren Spielraum für die Erprobung neuer psychiatrischer Konzepte. Dazu bot freilich auch der desolate bauliche Zustand der psychiatrischen Krankenhäusern eine überzeugende Begründung.⁷⁵

Unter einem "Sektor" wird im Erlaß von 1960 ein mit den notwendigen Einrichtungen auszustattendes Versorgungsgebiet verstanden. Die territoriale Ausdehnung eines Betreuungssektors soll sich nach kulturell-historischen und demographischen Eigenheiten richten. Die Besiedlungsdichte, die relative Geschlossenheit des Gebietes und regionale Verwaltungsstrukturen sollen genauso einbezogen werden wie die verkehrstechnische Zugänglichkeit der einzurichtenden Institutionen. Diese Orientierung an "sozialen Gemeinsamkeiten" erwies sich aber gerade in großstädtischen Siedlungsgebieten als Illusion. Wegen der dort alltäglichen Kommunikationslosigkeit der Bewohner mußte sich die Einteilung mehr auf rein arithmetische Gesichtspunkte stützen.

Abgesehen davon hatte der Erlaß nur einen rein unverbindlichen Charakter, sodaß die für die kommunale Betreuung im Gesundheitswesen zuständigen Departmentsverwaltungen von den Verantwortlichen des Gesundheitsministeriums erst mühsam überzeugt werden mußten. Deshalb hat sich bis um 1970 an der Realität der psychiatrischen Versorgung nur sehr wenig geändert. Um die Einführung der Sektoralisierung für die kommunalen Stellen attraktiver zu machen, steht seit 1972 den einzelnen Sektoren und Untersektoren jeweils eine eigene Kommission, gebildet aus den departmentalen Gesundheitsinspektoren, Sektorchef-

⁷⁵

A.a.O.: S.73

ärzten, Krankenhausdirektoren und Sozialarbeitern, zur Seite, welche die Aufgabe hat, die einzelnen Sektorteam bei Organisations- und Planungsfragen zu unterstützen und deren Isolierung zu verhindern. Aber erst als die für einen Sektor verantwortlichen Psychiater besser bezahlt wurden und keine Nebenjobs mehr ausüben durften, schritt die Verwirklichung des Reformkonzeptes zügig voran. So hatten 1973 von den 95 Departments Frankreichs bereits 68 eine Sektorregelung. Ab Anfang der Siebziger Jahre kann in Frankreich erstmals eine signifikante Abnahme der hospitalisierten Patienten beobachtet werden.

Da aufgrund des rein empfehlenden Charakters des ministeriellen Erlasses keinerlei verbindliche Organisationsstrukturen bei einer Sektorisierung der psychiatrischen Betreuung vorgegeben wurden, sind die einzelnen Sektoren in ihrer Ausprägung sehr inhomogen. Es lassen sich im Detail die unterschiedlichsten Facetten in der Organisation der französischen Gemeindepsychiatrie beobachten, die nur sehr grobe Gemeinsamkeiten aufweisen. Trotzdem gibt es dennoch gewisse gemeinsame Grundprinzipien. Die Geisteskranken sollen in ihrem genuinen sozialen Gefüge, soweit vertretbar, belassen bleiben. "Die Internierung bedeutet mehr oder weniger explizit, daß der Kranke die Waffen strecken muß, daß er sich uns überantwortet, daß der Kampf ungleich wird und daß er im buchstäblichen Sinn Bevormundung und Schutz braucht."⁷⁶ Deshalb ist eine Internierung jedoch noch nicht grundsätzlich zu verurteilen. Vielmehr soll eine Kombination von intra- und extrahospitalen Versorgungsstrukturen eine ganzheitliche und optimale Versorgung der psychisch Kranken gewährleisten. Die Konzepte wenden sich entschieden gegen den psychiatrischen Zentralismus. Nur eine möglichst breite sektorale und dezentrale Betreuung könne garantieren, daß der Kranke nicht aus seinem Lebensgefüge gerissen wird. Um das zu erreichen, ist es

⁷⁶ Frantz Fanon: *L'information psychiatrique*, Vol. 51, 1975, S.1122.
In: Marianne Köppelmann-Baillieu: a.a.O., S.104

notwendig, daß die Sektor-Equipen in das Milieu, in dem die Kranken leben, implantiert werden. Es muß eine Einheit zwischen Prävention, Therapie und Nachbehandlung geschaffen werden. Außerdem ist eine Restriktion der Arbeit auf rein psychisch Kranke abzulehnen. Auch Alkoholiker, Drogensüchtige, Geisteskranke, Obdachlose und Altersdemente müssen in das System der Betreuung einbezogen werden. Bei den Sektor-Equipen spielt die Kontinuität des Personals eine sehr bedeutende Rolle. Nur auf Basis eines behutsamen Vorgehens und langsam aufgebauten Vertrauensverhältnissen und der Entwicklung persönlicher Beziehungen könne ein therapeutischer Erfolg ermöglicht werden. Dies setzt natürlich voraus, daß die Mitarbeiter in einer Sektor-Equipe disponibel und flexibel in ihrer Arbeit sein müssen, die sich ja in einem konkreten sozialen Umfeld abspielt.

Ein Sektor kann eine oder auch mehrere unterschiedliche extrahospitale Einrichtungen beherbergen. Die öffentlichen Beratungsstellen (Dispensaire d'hygiène mentale) verfügen dabei über eigene Räume, einen Stab von Mitarbeitern und sollen an mehreren Tagen in der Woche geöffnet halten. Ihre Aufgabe besteht darin, erste Kontakte mit den psychisch Kranken zu knüpfen, ambulante Behandlungen durchzuführen und die Nachbetreuung sicherzustellen. Daneben sollen auch Hausbesuche durchgeführt und Kontakte mit dem sozialen Umfeld der kranken Personen hergestellt werden. Als weitere wichtige Teilinstitution sind die Tageskliniken zu nennen. In ihnen werden die Patienten tagsüber medikamentös und psychotherapeutisch versorgt, am Abend sollen sie jedoch in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückkehren. Demgegenüber dienen Nachtkliniken dazu, die am Tag beruflich bzw. sozial recht gut integrierten Personen aufzufangen und ihnen eine Unterkunft zu gewähren. Die Adressaten sind Personen, die, aus welchen Gründen auch immer, Schwierigkeiten haben, in ihre alte Umgebung zurückzukehren und bei denen sich in der Nacht ein Gefühl der Verlassenheit einzustellen droht.

Die sektorielle Psychiatrie Frankreichs ist getragen von der Erkenntnis eines engen Zusammenhanges sozialer Ursachen beim Auftreten psychischer und geistiger Behinderungen. In den Leitgedanken wird auf sozialmedizinische Auffassungen zurückgegriffen. Ein enges Netz von Einrichtungen soll die Betreuung in die Umgebung, d.h. in das soziale Milieu der Kranken verlagern, anstatt die Personen von vorne weg in hospitale Einrichtungen abzuschieben. Die Intervention soll weniger darin bestehen, die Kranken von der Öffentlichkeit loszutrennen als vielmehr die krankmachenden Ursachen zu beseitigen. Die sektoriellen Interventionszentren besitzen den Charakter einer Ansprechstation bei akuten psychischen Krisen, stehen aber auch für alle Arten von psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Betreuungen offen und können daher maßgeblich zur psychosozialen Hygiene eines Gebietes beitragen. Als psychosoziale Beratungsstellen in den Gemeinden sind sie oft sehr klein. Sie befinden sich häufig in den Praxen der Dorfärzte oder in kommunalen Gebäuden. Meist stehen nur sehr wenige Sozialarbeiter zur Verfügung. Dennoch läßt sich als Quintessenz so mancher wesentliche Vorteile gegenüber den traditionellen Anstalten herausstreichen. Zum einen sind vor allem Kostenvorteile zu erwähnen, darüber hinaus ergibt sich die Chance einer effizienten psychiatrischen Prävention. Der enge Kontakt der Equipen mit der Bevölkerung ist dazu angetan, das Auftreten psychischer Krisensituationen schon in einem sehr frühen Stadium zu konterkarieren. Außerdem könne ein Abbau von Vorurteilen gegenüber Personen, welche mit der Psychiatrie in Kontakt gekommen sind, besser erreicht werden, da die psychischen Kriseninterventionsstellen als gelebte Realität empfunden werden können. Für die betreuten geistig und psychisch kranken Personen reduziert sich ihrerseits die Gefahr einer sozialen Entfremdung.

Antipsychiatrische Ansätze haben sich in der "sektoriellen Psychiatrie" Frankreichs nicht sehr durchgesetzt. Es überwiegt immer noch weitgehend ein medizinisches Krankheitsverständnis, da sowohl Ärzte wie Pfleger zumeist nur eine rein naturwissen-

schaftliche Ausbildung erhalten haben, wogegen die sozialen Probleme von Sozialarbeitern bearbeitet werden. Das traditionelle Hierarchieverständnis zwischen Arzt, Pfleger und Patient wird demzufolge im großen und ganzen beibehalten. Das erklärte Ziel besteht darin, die Hospitalisation soweit wie möglich zu reduzieren. Dabei soll die Betreuung der Patienten vom ersten Gespräch an bis zu einer eventuellen Nachversorgung durch ein und dieselbe Person erfolgen. Die Patienten, soweit sie nicht von selbst kommen, werden durch Ordnungsdienste, wie dem Bürgermeisteramt, der Kirche, der Schule oder der Polizei signalisiert. Trotz aller Bedenken erlaubt dies immerhin eine rechtzeitige Erfassung von Personen mit psychischen Schwierigkeiten. Eine aufklärende Öffentlichkeitsarbeit wird in diesem Modell allerdings nur in sehr rudimentären Ansätzen verwirklicht.⁷⁷

Den antipsychiatrischen Ansätzen näher kommen schon die therapeutische Praxisvorstellungen wie sie in der von Francois Tosquelle entwickelten und z.B. in der Klinik La Borde bei Blois umgesetzten "institutionellen Psychotherapiemethode" in Erscheinung treten.⁷⁸ Dabei rückt der Einfluß der Institution selbst in den Blickpunkt der Kritik. Traditionelle Arbeitsorganisationen der psychiatrischen Institutionen mit einer Fixierung auf festgelegte Aufgaben und Rollen werden infrage gestellt. Grundlegendes Prinzip soll vielmehr die Priorität therapeutischer Wirksamkeit sein. Ihr haben alle anderen Elemente in der Organisation der Klinik untergeordnet zu sein. Die Arbeit wird von allen Mitgliedern einer Klinik gemeinsam organisiert. Sie soll dem Lustprinzip genügen und dem Anspruch, daß es weder Führende noch Geführte gibt. Es existiert auch keine genau festgelegte Arbeitsteilung oder Spezialisierung. Jeder könne sich nach seinen Fähigkeiten und Wünschen mehr oder weniger engagieren. Die organisatorische Leitung wird von einem demokratisch gewählten und in

⁷⁷ Marianne Köppelmann-Baillieu: a.a.O., S.21 und 23

⁷⁸ A.a.O.: S.147 ff

einer Hauptversammlung jederzeit wieder abberufbaren Führungsgremium übernommen. Das therapeutische Personal arbeitet nicht nur mit den Behinderten zusammen, sondern lebt im Bereich der Klinik mit, wodurch sich ein dichtes Netz täglicher Kommunikation ergibt. In der Realität ergaben sich jedoch nahezu unüberwindliche praktische Barrieren, die sich nicht allein durch eine geänderte Einstellung gegenüber den Patienten beseitigen ließ. Die Gegensätze äußerten sich in Konflikten zwischen dem therapeutischen Personal und dem normalen Dienstpersonal, welches durch festgesetzte Aufgaben und eine geregelte Arbeitszeit weniger belastet wurde, wie auch zwischen einzelnen Arbeitsgruppen, die mehr oder weniger motiviert waren, d.h. im ungleichen Maße zur ökonomischen Existenzsicherung der Klinik beizutragen.

5. Fallbeispiele kontemporärer landwirtschaftlicher Integrationsmodelle in Österreich

Mit den vorangegangenen theoretischen Skizzen zur Kulturgeschichte des Wahnsinns allgemein und im ländlichen Raum im besonderen konnten die gängigen romantizistischen Klischeevorstellungen über idyllische Lebenssituationen geistig Behinderter und chronisch psychisch Kranker auf dem Land weitgehend zerstreut werden. Das Stereotyp des glücklichen "Dorfdeppen" wurde einer kritischen Analyse unterzogen und wieder in das rechte Licht gerückt. Dadurch ist auch eine solide Grundlage für eine nüchterne und sachliche Diskussion über Konzepte einer sinnhaften Eingliederung der betreffenden Personenkreise in landwirtschaftliche Lebens- und Haushaltsverbände geschaffen. Geht man nun von der These aus, daß generell, aus mehreren Überlegungen heraus, eine weitgehende Schließung der großen Versorgungsanstalten und an ihrer Stelle eine breite extra-asyläre Versorgung anzustreben ist, so muß man sich auch über die damit verbundenen Implikationen im klaren sein. Insofern war es wichtig auf theoretische Ansätze zu Versorgungsmodellen im Sinne einer "Offenen Psychiatrie" oder "Antipsychiatrie" hinzuweisen.

Bei den angestellten Überlegungen ist natürlich zu unterscheiden zwischen behinderten Familienangehörigen innerhalb eines landwirtschaftlichen Haushaltesverbandes, deren soziale Lebensbedingungen es durch gezielte Maßnahmen zu verbessern gilt, und jenen Internierten, die aus konzeptionellen Erwägungen heraus auf Bauernhöfen untergebracht werden sollen. Wir werfen unser Augenmerk vorerst auf die letztere Gruppe. Dabei erhebt sich in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage, ob eine Integration bislang hospitalisierter Geisteskranker in landwirtschaftliche Betriebe überhaupt sinnvoll und wünschenswert ist. Der Disput

darf nicht bei der Verfügungsgewalt über billige Arbeitskräfte und einem lukrativen Zuerwerb für in einer strukturellen Krise befindliche Landwirtschaft enden, sondern muß jedenfalls positive Perspektiven in Hinblick auf eine Resozialisation und einen Autonomiezuwachs für die entsprechenden behinderten Menschen eröffnen.

Für eine integrale Analyse aller mit dieser komplexen Materie zusammenhängenden Gesichtspunkte wurde die Form einer deskriptiven Darstellung von Fallbeispielen einiger bedeutender österreichischer Behindertenbetreuungsinstitutionen gewählt, bei denen der landwirtschaftlichen Arbeit eine zentrale therapeutische Funktion beigemessen wird. So können bei den Ausführungen der einzelnen, voneinander sowohl in der Zielsetzung als auch in der organisatorischen Grundstruktur sehr unterschiedlichen Varianten konkret auftretende Probleme besser erkannt und das Manko aus dem Kontext gerissener Teilaspekte somit verhindert werden.

Das Modell einer organisierten Integration in landwirtschaftliche Klein- und Mittelbetriebe ist in Österreich gegenwärtig nur in Form der sogenannten Außenpflegefürsorge in Kärnten und der Steiermark existent. Gerade hier ergeben sich aus den unterschiedlichen Erfahrungen dieser beiden relativ ähnlich gelagerten Modelle Aufschlüsse über den ganzen Umfang der Schwierigkeiten, die mit dieser Integrationsintention verbunden sind.

Die nun nach einer allgemeinen Einleitung über die Situation der Bewahrungspsychiatrie in Österreich folgenden Beschreibungen landwirtschaftlicher Integrationsmodelle sind absichtlich sehr ausführlich gehalten, um ein möglichst lebendiges Bild über die konkreten Betreuungssituationen zu zeichnen. Dabei ergeben sich in den einzelnen Texten schon sehr wertvolle Aspekte, die bei einer Diskussion über Rahmenbedingungen für einen effizienten sozialen Schutz der behinderten Personen im Zuge einer Unterbringung in landwirtschaftlichen Betrieben große Bedeutung

haben und in der anschließenden Diskussion im einzelnen nicht wiederholt werden müssen. Diese ausführlichen Beschreibungen haben außerdem den Sinn, aus den konkreten Erfahrungen heraus Denkanstöße für einen vorurteilsfreien Meinungsbildungsprozeß zu liefern. Dabei hat die nun folgende Aufstellung über extra-asyläre landwirtschaftliche Betreuungseinrichtungen in Österreich keineswegs einen Anspruch auf Vollständigkeit. Es war aufgrund des geringen Informationsstandes über deren Existenz sowie wegen der nur sehr spärlichen Kommunikation der Einrichtungen untereinander unmöglich, sämtliche derartige Modelle in Erfahrung zu bringen, geschweige denn zu besuchen. Daher ist das Vorhandensein weiterer Einrichtungen, die in diese Reihe passen würden, höchst wahrscheinlich. Es ist auch nicht das erklärte Ziel dieser Arbeit, eine vollständige Liste aller dieser Einrichtungen darzulegen, als vielmehr kritische Betrachtungen anzustellen, den jeweiligen Modellcharakter zu evaluieren und mögliche Lösungsansätze zu finden. Geordnet wurden die erhobenen Fallbeispiele nach bestimmten gemeinsamen Gesichtspunkten, wie Zielsetzungen und rechtliche Grundlagen der Betreuung, Art der Trägereinrichtung oder weltanschauliche Hintergründe.

5.1. Internierung in Österreich

Extra-asyläre Betreuungseinrichtungen sind in Österreich angesichts der Masse an internierten Personen noch relativ unbedeutend. Es überwiegen immer noch die traditionellen Formen von Heil- und Pflegeheimen oder psychiatrischen Kliniken mit geschlossenen und zum Teil auch offenen Abteilungen. Das Dilemma der sozialen Betreuung behinderter Personen zieht sich wie ein roter Faden durch alle Lebensebenen. Es manifestiert sich unter anderem im Fehlen einer gezielten Prävention, ausreichenden integrativen Schulen, Förderungs- und sozialrechtlichen Betreuungseinrichtungen. Psychosoziale Dienste, Kriseninterventionszentren, Tages- und Nachtkliniken sowie integrative

Wohngemeinschaften und Übergangwohnheime für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke sind nur in Ansätzen und da wiederum auf größere Städte konzentriert, vorhanden.

Kennzeichnend für die Situation in Österreich ist weiterhin die Dominanz der Anstaltspsychiatrie über eine extra-asyläre psychiatrische Betreuung. In zehn großen Sonderkrankenanstalten für Geisteskranke, drei psychiatrischen Universitätskliniken, drei Anstalten für Alkohol- und Drogenkranken und zwei nichtöffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern werden ungefähr 10.000 Patienten angehalten. Die in der zweiten Novelle zum Krankenanstaltsgesetz 1974 gesetzlich verankerte Möglichkeit der Einrichtung von psychiatrischen Ambulanzen, Tag- und Nachtspitälern und der Schaffung einer inneren Differenzierung der Anstalten wurde nur sehr schleppend in die Realität umgesetzt. Nur wenige Krankenanstalten haben die im Gesetz vorgesehenen offenen Versorgungseinrichtungen aufgebaut, von einer flächendeckenden ambulanten psychiatrischen Versorgung kann in Österreich schon gar nicht die Rede sein. Die Intention einer Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin konnte mit dieser Novelle allenfalls nur ansatzweise verwirklicht werden. Auch die vorgesehene Einrichtung von psychiatrischen Ambulanzen und Konsiliararztstellen in allgemeinen und öffentlichen Schwerpunktkrankenhäusern zur Akut- und Erstversorgung als auch für Maßnahmen der Rehabilitation von geistig und psychisch Kranken, wie sie im Österreichischen Krankenanstaltenplan (Teil B, 1976) des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vorgesehen ist, hat nicht die erwarteten positiven Effekte gezeigt. Nach wie vor existieren insbesondere in den ländlichen Gebieten viele für eine neurologische Versorgung vorgesehene Schwerpunktkrankenhäuser, in denen es weder psychiatrische Ambulanzen noch Konsiliarärzte gibt.

Die Situation der geistig und psychisch Kranken ist, abgesehen von der einseitigen Schwerpunktsetzung auf die Bewahrungspsychiatrie und der damit verbundenen Überschußrepression als

Folge eines oft ungerechtfertigten Freiheitsentzuges, weiterhin geprägt von einer eklatant schlechteren Versorgungssituation der psychiatrischen Einrichtungen gegenüber Einrichtungen der Allgemeinmedizin. Diese Vernachlässigung oder Unterversorgung zeigt sich unter anderem in einer extremen finanziellen Benachteiligung und in der krassen personellen Unterausstattung der Sonderanstalten. Generell stehen im Vergleich zu Abteilungen der Allgemeinmedizin pro Patient weniger Ärzte und weniger Pflegepersonal zur Verfügung. Die Stationen und Abteilungen sind sehr viel größer und die Ausgaben je Patient wesentlich geringer.⁷⁹ Außerdem gibt der vielfach prekäre Ausstattungsstandard der Einrichtungen Anlaß zu kritischen Reflexionen.

Obwohl die Anzahl der in Österreich tätigen Psychiater und Neurologen zwar dem internationalen Durchschnitt entspricht, macht sich hierbei dennoch deren schlechte Verteilung im Bundesgebiet bemerkbar. Während die städtischen Zentren zumeist ausreichend versorgt sind, ist in vielen ländlichen Gebieten eine eklatante psychiatrische Unterversorgung zu verzeichnen.⁸⁰

Die herrschende Gesundheitspolitik orientiert sich zwangsläufig am Leitprinzip der Sparsamkeit. Da Geisteskranke und chronisch psychisch Kranke nur sehr schwer ihre Stimme erheben können, haben sie den sozialen Sparprogrammen sehr wenig entgegenzusetzen. Daran ändern auch die Willenserklärungen der wenigen Vereine und Verbände nichts, die sich aus einer direkten Betroffenheit der Angehörigen oder sonstiger engagierter Personen

⁷⁹ vgl. Rudolf Forster, Jürgen M. Pelikan: *Psychiatriereform, Persönlichkeitsschutz und Rechtsfürsorge. Vom Krankenanstaltengesetz 1956 zum Modellprojekt Sachwalterschaft*. In: Erika Weinzierl, Karl Stadler: *Justiz und Zeitgeschichte. Symposium "Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken, 1780-1982"*, Bundesministerium für Justiz, Wien 1983, S.305 ff

⁸⁰ A.a.O.

heraus um diese Sache annehmen. Gerade chronisch psychisch kranke und geistig behinderte Personen sind auch wenig interessante Objekte für die neurologische und psychiatrische Medizin, da kaum mit einer Besserung ihres Zustandes oder aufregenden neuen medizinischen Erkenntnissen zu rechnen ist. Das ist eine der wesentlichsten Ursachen für die Tendenz in Richtung einer möglichst kostengünstigen Bewahrungsversorgung. Kritische Reformansätze mit der Zielsetzung einer möglichst weitgehenden Resozialisation werden hingegen nur von sehr wenigen, philanthropisch gesinnten Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Funktionären von Behindertenverbänden etc. ventiliert. Die Umsetzung der Ideen findet meist erst dann Gehör, wenn sich für das Sozialbudget die Option von Kosteneinsparungen anbietet.

Eine besonders prekäre Situation der psychosozialen Versorgung ergibt sich für die abgelegenen ländlichen Regionen Österreichs. Ein guter Teil der geistig Behinderten lebt weiterhin im Kreise ihrer bäuerlichen Familienangehörigen. Die für diese Personen staatlicherseits gewährten Zuschüsse reichen nicht aus, eine optimale Betreuung, wie die Bezahlung einer Pflege, zu gewährleisten. Meistens fällt die Aufgabe der Behindertenpflege den Frauen anheim, die gerade in Nebenerwerbslandwirtschaften schon allein mit den landwirtschaftlichen Aufgaben überlastet sind. Häufig müssen zusätzlich zu den Behinderten auch noch Kinder und alte Leute mitbetreut werden. Dieses traditionelle Versorgungsmuster hat sich deshalb mit dem Verschwinden der bäuerlichen Großfamilie zunehmend überlebt. Als Folge lösen sich staatliche, private oder konfessionelle Internierungsanstalten auf, welche dann die Pflegeaufgaben übernehmen, wobei hier primär die Verwahrung der Behinderten vor den Augen der Öffentlichkeit als Ziel im Mittelpunkt steht. Dennoch müssen diese Anstalten nicht zwangsläufig den Charakter von menschenfeindlichen Haftanstalten annehmen. Viele von ihnen gewährleisten durchaus einen hohen Standard an materiel-ler und medizinisch-therapeutischer Versorgung, eine Reintegra-

tion in das öffentliche Leben bleibt dabei aber jedenfalls außer Betracht.

Die Zahl der Einrichtungen, welche sich in der einen oder anderen Form ansatzweise von Überlegungen einer "Offenen Psychiatrie" leiten lassen, ist in Österreich sehr gering. Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es kaum eine Tradition mit kritischen Psychiatriemodellen.

Nur ein kleiner Teil der außerhalb von den traditionellen Internierungsanstalten betreuten Personen ist in Einrichtungen untergebracht, in denen die landwirtschaftliche Arbeit gezielt für Zwecke der Therapie eingesetzt wird. In der Mehrzahl der Einrichtungen wird aus relativ einfachen ökonomischen Erwägungen heraus, so z.B. zur Sicherstellung der Eigenversorgung an Nahrungsmitteln als Strategie zur Kostenersparnis eine Landwirtschaft bzw. oft auch nur ein kleiner Hausgarten betrieben. Hier werden vielmehr aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Einrichtungsträger die Anstalts- bzw. Heiminsassen zu landwirtschaftlichen Arbeiten forciert. Eine therapeutische Komponente dieser Arbeiten wird dabei oft erst später zur eigenen Legitimation paradigmatisiert. Sowohl die Monotonie als auch die Leistungserfordernis der meisten durchgeführten Tätigkeiten lassen jedoch die wahren Intentionen relativ leicht errahnen.

Ähnliche Erwägungen, wie z.B. die Ausbeutung der Restarbeitskraft einer mehr oder minder willenslosen Person, könnten als Triebkraft bei einer Unterbringung auf Bauernhöfen eine bedeutende Rolle spielen. Nicht zuletzt war ein guter Teil der letzten Dienstboten mehr oder weniger schwer geistig behindert. Gerade sie waren es, die sich aus einer bestimmten geistigen Trägheit heraus nicht vom landwirtschaftlichen Hof und vom bäuerlichen Abhängigkeitsverhältnis lösen konnten und denen auch die Errungenschaften und Verheißungen der neuen Industriegesellschaft verschlossen blieben. So gesehen könnte auf diese Weise das Dienstbotenunwesen durch eine Hintertür wieder

eingeführt werden, und das Arbeitskräftereservoir der Anstalten für geistig Behinderte im Interesse landwirtschaftlicher Betriebe nutzbar gemacht werden.

Abschließend zu diesem Kapitel soll nun ein grober Überblick über das Ausmaß der in Österreich hospitalisierten Personen gegeben werden. Vorausgeschickt werden muß dabei allerdings die Überlegung, daß die im folgenden angeführten Zahlen mangels Vorliegen entsprechend jüngeren Datenmaterials nur noch teilweise die Realität wiedergeben können. Tendenziell kam es in den letzten zehn Jahren zu einer Abnahme der Anzahl internierter Personen. Diese Entwicklung dürfte eng mit ersten zaghaften Reformansätze einer Außenbetreuung zusammenhängen.

Im Zuge der Einführung einer Sektorregelung konnte z.B. in den Jahren 1978 bis 1988 die Zahl der hospitalisierten Patienten in den beiden psychiatrischen Krankenhäusern der Stadt Wien (Baumgartner Höhe und Ybbs) von 3.476 auf 1.056 gesenkt werden. Bedeutende Reformen in Richtung einer Sektorisierung der Psychiatrie fanden aber auch im Niederösterreichischen Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klosterneuburg-Gugging statt. Dabei wurden einzelne Abteilungen geöffnet und verkleinert, viele ehemalige Anstaltspatienten werden nunmehr von ambulanten psychosozialen Diensten mittels eigener Sektorärzte und Sozialarbeiter vor Ort betreut. Dadurch konnte in den letzten Jahren im Einzugsgebiet des LKH Klosterneuburg-Gugging (ca. 800. 000 Einwohner des Wein- und Industrieviertels) die stationäre Prävalenz auf 0,4 pro 1.000 Einwohner gesenkt werden, womit sie die niedrigste in ganz Österreich ist. Aber auch in Graz und Salzburg sind Reformansätze zu beobachten, die zu einer Reduzierung der hospitalisierten Patienten führten. In der Landesnervenklinik Salzburg wurde 1982 ein offen geführtes Patientenwohnheim eingerichtet, in etwa der selben Zeit entstand in Graz am Griesplatz das in ihrer Konzeption

stark durch die italienische Gemeindepsychiatrie beeinflusste "Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen".⁸¹ Auch in Oberösterreich konnte eine Reihe von psychosozialen Einrichtungen in Form von Beratungsstellen und Kommunikationszentren geschaffen werden.

Trotz den immer zahlreicher werdenden Bestrebungen in Richtung einer Psychiatriereform, gleichzusetzen mit der Absicht einer Verringerung der Zahl an internierten Personen, kam es bislang kaum zur Entwicklung von bundesländerübergreifenden Reformkonzepten bzw. Gesamtplänen einer psychosozialen Versorgung. Grund dafür mag sein, daß bei der Ausformulierung von Lösungsansätzen der sozialwissenschaftlichen begleitenden Forschung noch zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Insofern bleiben die einzelnen Reformintentionen Stückwerk und ihn sich oft widersprüchlich. Man darf gespannt sein, wie sich die Ergebnisse der vermehrten Anstrengungen einer Humanisierung und Öffnung der Psychiatrie in den Volkszählungsergebnissen 1991 niederschlagen wird. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Anzahl der in Anstalten Internierten weiterhin bedeutend bleibt.

⁸¹ vgl. Rudolf Forster, Jürgen M. Pelikan (Hg.): Psychiatriereform und Sozialwissenschaften, Facultas Universitätsverlag, Wien 1990, S. 70 ff, 84 und 93 ff

Tabelle 1: Insassen von Heil- und Pflegeanstalten, Altersheimen und Fürsorgeanstalten 1981⁸²

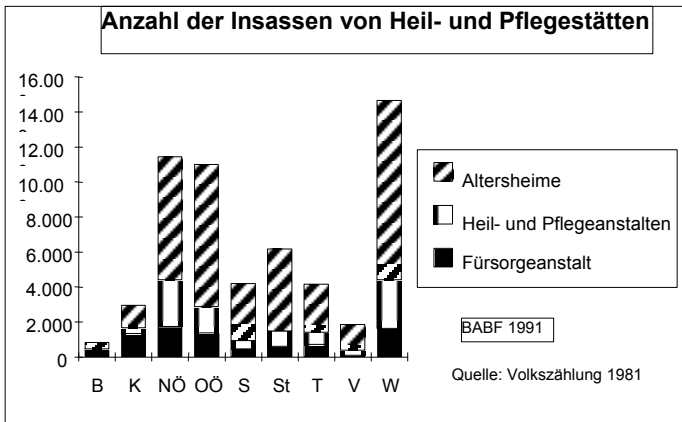
	Fürsorge- anstalten	Heil- und Pflege- anstalten	Altersheime
Burgenland	420	9	388
Kärnten	1.319	329	1.319
Niederösterreich	1.730	2.654	7.044
Oberösterreich	1.352	1.500	8.153
Salzburg	465	469	3.281
Steiermark	606	877	4.677
Tirol	691	711	2.748
Vorarlberg	98	283	1.482
Wien	1.632	2.762	10.265
Österreich	8.313	9.594	39.357

Quelle: Volkszählung 1981

Selbst wenn man die Bewohner von Altersheimen bei einer statistischen Erfassung der internierten Personen unberücksichtigt läßt, verfügen die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Oberösterreich absolut über die meisten Pflegeplätze in Anstalten. Die mit Abstand geringsten Pflegeplatzkapazitäten weisen die Bundesländer Kärnten und Vorarlberg auf.

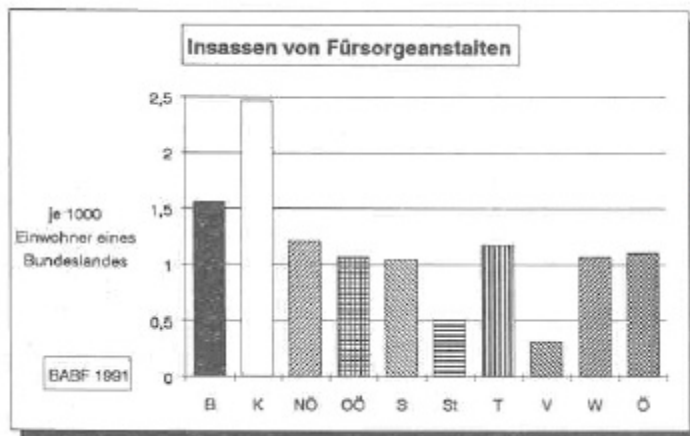
⁸² Bei der Volkszählung 1981 wurden die Kategorien "Heil- und Pflegeanstalten", "Fürsorgeanstalten" sowie "Altersheime" nicht aufgrund einer klaren Betreuungsfunktion abgegrenzt. Die Zuordnung ergab sich vielmehr aus dem Namen der einzelnen Anstalten, was jedoch nicht unbedingt heißt, daß der jeweilige Anstaltsname auch tatsächlich mit dem Aufgabengebiet übereinstimmt. So können z.B. Heilanstalten durchaus auch Aufgaben von Fürsorgeanstalten bzw. Altersheime Aufgaben von Pflegeheimen haben. Folglich ergeben sich vielfach Überschneidungen, die die Aussagekraft der einzelnen Kategorien relativieren.

Grafik 1: Anzahl der Insassen von Heil- und Pflegeheimen



Bei der Interpretation der Grafiken ist jedoch darauf zu achten, daß sich die Werte nicht auf die Bevölkerung eines bestimmten Bundeslandes, sondern auf die Lage der jeweiligen Betreuungseinrichtungen in einem Bundesland beziehen. D.h., daß die Bewohner eines Bundeslandes, welche in einer Anstalt eines anderen Bundeslandes untergebracht sind, in der Statistik unter jenes Bundesland der Anstalt fallen.

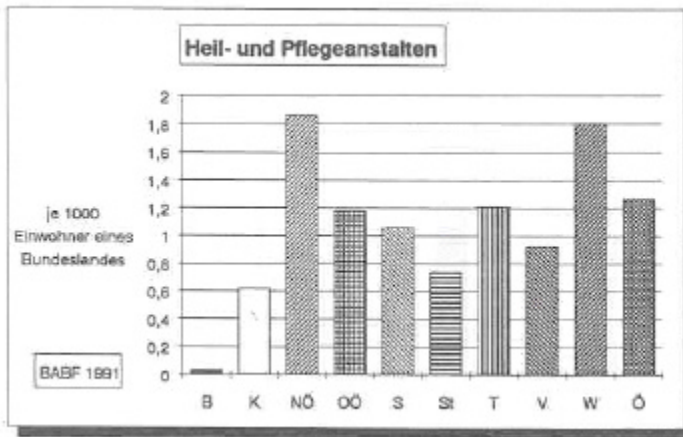
Grafik 2: Relativer Anteil der Insassen von Fürsorgeanstalten je 1000 Einwohner eines Bundeslandes



Quelle: Eigene Berechnung

Der relative Anteil der Internierten in Fürsorgeheimen liegt in den Bundesländern Kärnten und Burgenland signifikant über, in den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg signifikant unter dem österreichischen Schnitt.

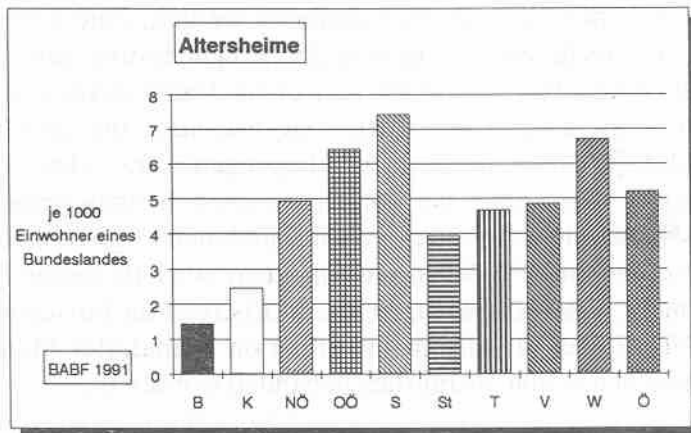
Grafik 3: Relativer Anteil der Insassen von Heil- und Pflegeanstalten je 1000 Einwohner eines Bundeslandes



Quelle: Eigene Berechnung

Die Bundesländer Niederösterreich und Wien verfügen relativ wie absolut über die meisten Heil- und Pflegeheimplätze aller Bundesländer.

Grafik 4: Relativer Anteil der Insassen von Altersheimen je 1000 Einwohner eines Bundeslandes



Quelle: Eigene Berechnung

Salzburg, Wien und Oberösterreich liegen bezogen auf ihre Bevölkerung an der Spitze bei der Dichte an Altersheimplätzen in Österreich.

5.2. Formen einer Integration geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen in der Landwirtschaft

Auch bei einigen Modellen der traditionellen Anstaltsverwahrung wurden und werden Behinderte, meist im beschränkten Maße, vor allem aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen, zu landwirtschaftlichen Arbeiten angehalten. Diese Internierungslösungen in psychiatrischen Anstalten, Pflege- und Irrenanstalten unterliegen einer zunehmend heftiger werdenden Kritik seitens der aufgeklärten Psychiatrie. Deshalb kommen in einer zukunftsweisenden Diskussion vorrangig Modelle einer "Offenen Psychiatrie" oder extramuralen Psychiatrie als Lösungsansätze in Betracht. Diese Modelle gilt es gerade im Hinblick auf die Perspektiven einer

Integration in landwirtschaftliche Lebens- und Arbeitsgemeinschaften näher zu untersuchen.

Zuerst soll der Versuch unternommen werden, eine Einteilung nach sozialrechtlichen Kriterien der Eingliederung geistig und mental behinderter Menschen zu treffen. Dabei werden die einzelnen Zielsetzungen der Betreuung wie auch die zu Grunde liegenden juristischen Rahmenbedingungen kurz skizziert. Auf die genaue Hierarchie der österreichischen Behindertengesetze und die damit im einzelnen verbundenen legislativen Bestimmungen und Förderungsmaßnahmen wird in dieser Studie nicht mehr näher eingegangen, da dies bereits im Forschungsbericht Nr. 27 über die allgemeine Situation behinderter Menschen im ländlichen Raum ausführlich behandelt worden ist.

5.2.1. Traditionelle haushaltsbezogene Modelle

Eine ausführlichere Analyse zur historischen Situation der geistig Behinderten im ländlichen Raum wurde bereits eingangs in den Kapiteln 2.2. und 2.3. gegeben. An dieser Stelle soll nur noch ein kurzes Resümee geliefert werden.

Traditionelle Versorgungsmuster im ländlichen Raum haben sich als Folge des rasanten Struktur- und Wertewandels weitgehend überlebt. Durch die allmähliche Auflösung des bäuerlichen Sozialverbandes der Großfamilie und des Gesindewesens fehlen plötzlich die Betreuungs- und Aufsichtspersonen, welche die Pflege behinderter Personen bewerkstelligen könnten. Andererseits kommen den Behinderten auch soziale Nischen in Form von einfachen Aufgabenbereichen infolge der zügig voranschreitenden Technisierung der landwirtschaftlichen Arbeit abhanden. Die entwickelte landwirtschaftliche Produktionswelt wird nunmehr als bedrohlich empfunden und birgt nebenbei vielerlei Gefahren. Dieser Prozeß führt gerade bei geistig behinderten Menschen

vielfach in drastischer Weise zu einer allgemeinen sozialen Entfremdung und Vereinsamung, welche negative Konsequenzen für den allgemeinen Gemütszustand folgen lassen.

Nicht nur das Fehlen an haushaltseigenen Pflegepersonen gestaltet sich als problematisch, es verschwinden auch die Möglichkeiten einer Selbstbestätigung durch Selbstbetätigung und daraus resultierend einer Entwicklung eines Selbstwertgefühls. Wird versucht, diese traditionellen Versorgungsstrukturen weiterhin beizubehalten, so geht dies zumeist auf Kosten der Frauen, welche dann die Betreuungsaufgaben übernehmen, obwohl sie bereits durch die landwirtschaftliche Arbeit insbesondere in Nebenerwerbslandwirtschaften einer großen Belastung ausgesetzt sind.

Bei einer Pflege von behinderten Personen im eigenen Haushalt können bestimmte finanzielle Förderungsmaßnahmen beantragt werden. Neben den Unterstützungen des Bundes und der Länder für behinderte Menschen, die sich generell am Prinzip des Ausmaßes und der Ursache einer bestimmten Behinderung messen lassen und in Form von Renten, Pflegegeldern oder erhöhter Familienbeihilfen ausbezahlt werden, gibt es weitere Leistungen, die bei den einzelnen Landesinvalidenämtern, den Bezirksverwaltungsbehörden bzw. den Ämtern der Landesregierung beantragt werden können.⁸³

Werden die geistig behinderten Personen als landwirtschaftliche Arbeitskräfte angemeldet, so haben sie einen Rechtsanspruch auf einen kollektivvertraglichen Lohn. Grundvoraussetzung ist dabei ein "geschützter Arbeitsplatz" mit dem Erfordernis einer erbrachten Mindestleistung von 50 % der vollen Arbeitsleistung. Das Land zahlt dann gemäß den Bestimmungen in den einzelnen Landesbehindertengesetzen bis zur vollen Differenz zwischen der tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung und dem kollektivvertrag-

⁸³ vgl. Forschungsbericht Nr. 27, Kapitel 3

lichen Entgelt als "Landeszuschuß" oder "Lohnkostenzuschuß", eventuell werden auch noch Kosten für die Adaptierung eines Arbeitsplatzes übernommen. Dieser Lohnkostenzuschuß wird jeweils für ein Jahr gewährt. Nach Ablauf jedes Jahres muß um Verlängerung angesucht werden.

Die Unterstützung in Form eines Landeszuschusses für einen geschützten Arbeitsplatz in der Landwirtschaft wird in der Praxis sehr häufig erst im Nachhinein in Anspruch genommen. Betriebe, in denen oft schon seit langer Zeit geistig Behinderte mitleben, melden die entsprechenden Personen an und stellen gleichzeitig einen Antrag auf Lohnkostenzuschuß. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um behinderte Familienmitglieder, vor allem um Kinder des Betriebsleiterehepaares. In selteneren Fällen schließt diese Gruppe der auf einem Bauernhof untergebrachten Behinderten auch Personen aus dem weiteren Angehörigen- oder Freundeskreis mit ein. Sofern kein Verwandtschaftsverhältnis gegeben ist, könnte man dabei auch von einer unorganisierten oder "wilden Außenfürsorge" sprechen.

Als zentrales Problem dieser traditionellen Unterbringungsform im bäuerlichen Haushalts- und Familienverband erweist sich die Organisation der sozialen und medizinischen Versorgung. In der Regel wird nämlich von den Landesinvalidenämtern und von den Sozialbehörden der Landesregierungen nur einmal im Jahr ein routinemäßiger Kontrollbesuch durchgeführt. Deshalb steht üblicherweise nur der Hausarzt für die Aufgabe einer regelmäßig kontrollierenden Instanz zur Verfügung.

Behinderte Personen, welche nicht in einem ordentlichen Arbeitsverhältnis angemeldet wurden oder aufgrund der Schwere ihrer Behinderung nicht angemeldet werden können, sind weitgehend der öffentlichen Kontrolle entzogen. Besuche eines Hausarztes erscheinen letztlich als Kontrollinstanz genauso insuffizient wie die offenen Augen der Nachbarn. Gerade in jenen Bundesländern, in denen es noch keine geregelte Außenpflegefürsorge

gibt, werden immer wieder Fälle grober Verwahrlosung und Mißhandlungen bekannt. Die Fürsorgebehörden stoßen oft nur aufgrund rein zufälliger Indizien auf diese Mißstände.

5.2.2. Geschützte Arbeitsplätze und geschützte Werkstätten

In einer Reihe von Anstalten werden geistig und chronisch psychisch Behinderte unter dem Rechtstitel einer geschützten Werkstätte oder eines geschützten Arbeitsplatzes betreut. Wie bereits vorhin erwähnt, ist dabei ein gewisses Mindestleistungserfordernis von 50 % der vollen Arbeitsleistung notwendig. Nach Bestimmungen in den jeweiligen Landesbehindertengesetzen wird die Differenz zwischen der tatsächlichen Arbeitsleistung und dem Kollektivlohn als sogenannter "Landeszuschuß", "Lohnkostenzuschuß" oder "Hilfe zur geschützten Arbeit" monetär abgegolten. Diese Möglichkeit einer Beihilfe bei Schaffung eines geschützten Arbeitsplatzes bietet sich auch für landwirtschaftliche Betriebe, welche Behinderte ordnungsgemäß am Arbeitsamt anmelden und dabei den kollektivvertraglichen Lohn garantieren. Mit dem Abschluß einer eigenen Sozialversicherung erwächst dem Behinderten ein Anspruch auf sämtliche Versicherungsleistungen eines Arbeitnehmers und dadurch ein größtmöglicher sozialer Schutz. So hat z.B. eine an einem geschützten Arbeitsplatz ordnungsgemäß beschäftigte Person einen Anspruch auf eine eigene Alters- oder Erwerbsunfähigkeitspension. Außerdem besteht im Rahmen des Behinderteneinstellungsgesetzes die Möglichkeit von Zuschüssen zu Lohn- und Ausbildungskosten im Bereich einer beruflichen Rehabilitation.

Sehr viele dieser als geschützte Arbeitsplätze oder geschützte Werkstätten deklarierten Einrichtungen befassen sich großteils oder ausschließlich mit landwirtschaftlichen Tätigkeitsbereichen. Die Gründe dafür mögen vielfältig sein. Allein die Struktur, die Abwechslung und die Vielseitigkeit der einzelnen Arbeiten bieten sich für sozialpädagogische und therapeutische Maßnahmen an. Eine naturnahe, gesunde Umgebung, der Umgang mit Tieren und

einfache, abwechslungsreiche Aufgabenstellungen wirken beruhigend auf das Gemüt und demzufolge positiv auf den psychischen Gesamtzustand. Gelingt es, ein angenehmes soziales Klima in diesen Betreuungseinrichtungen zu schaffen, so fühlen sich die dort untergebrachten Personen wohl. Zudem fördert die Gemeinschaft mit Gleichbetroffenen das Zusammengehörigkeitsgefühl, die soziale Umgebung wird dann weniger bedrohlich empfunden. Nicht selten gelingt es den behinderten Personen auch, soziale Kontakte zu externen Personen im Dorf herzustellen.

Die ursprüngliche Intention der geschützten Werkstätten als Ausbildungsstätten für eine spätere Berufsausübung wird jedoch meistens nicht erreicht. Gerade diejenigen, die die relativ höchste Arbeitsleistung erbringen und am ehesten in den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar wären, haben auch für die Betreuungseinrichtungen den größten ökonomischen Wert. Da diese Einrichtungen aber zumeist nur wenig subventioniert werden und deshalb für ihr Weiterbestehen größtenteils nach betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kategorien verfahren müssen, wäre es konterproduktiv, auf diese relativ effizienten Arbeitskräfte zu verzichten. Bezeichnenderweise liegt gerade darin das Dilemma dieser Institutionen. Einerseits setzt man sich als Zielvorgabe eine Integrationsintention, während andererseits versucht wird, die besten Arbeitskräfte in der Einrichtung zu behalten. Es nimmt daher nicht wunder, wenn es nur relativ wenigen gelingt, über einen geschützten Arbeitsplatz den Wiedereinstieg in das Alltagsleben zu schaffen. Die meisten leben und arbeiten deshalb oft viele Jahre lang ohne größere Perspektiven in diesen Einrichtungen. Als positiv erachtet werden muß, wenn eine räumliche Trennung zwischen Wohn- und Arbeitsplatz vorgenommen wird. Dadurch kann zumindest einer Ghettosierung einigermaßen entgegengewirkt werden.

5.2.3. Ausbildungshöfe

Landwirtschaftliche Ausbildungshöfe stellen eine in den gesetzlichen Bestimmungen nicht festgelegte Sonderform eines Integrationsmodelles dar, bei dem die Akzentuierung auf eine pädagogische Vermittlung bestimmter praktischer Fähigkeiten gelegt wird, die später helfen sollen, eine vollkommene Resozialisation in das alltägliche Leben zu erleichtern. Ähnlich wie in den geschützten Werkstätten werden vor allem jüngere Personen mit einem geringeren Grad einer geistigen oder psychischen Behinderung als Zielgruppe erfaßt. Ein Großteil davon verfügt über eine abgeschlossene Sonderschulausbildung. Die psychische Konstellation erlaubt den entsprechenden Jugendlichen, sich in der Gesellschaft weitgehend frei und autonom zu bewegen. Nur in Ausnahmefällen, und da wiederum nur für ganz bestimmte Rechtsgeschäfte, erscheint für diese Personengruppe eine Besachwalterung als erforderlich. Die meisten dieser Personen leiden zu einem Großteil an sozial- und milieubedingten Behinderungsformen und weniger an geistig-organisch bedingten Demenzsyndromen.

Diese Ausbildungsstätten haben das explizite Ziel einer Resozialisation und Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Problematik liegt vor allem darin, daß diese Personengruppe sich in einer ökonomisch sehr sensiblen Position befindet. Gelingt es in Zeiten einer wirtschaftlichen Hochkonjunktur noch relativ leicht, einen Arbeitsplatz zu finden, so drohen sie in Zeiten eines schrumpfenden Arbeitsmarktes gesellschaftlich zu marginalisieren. Das Manko in der Leistungsfähigkeit liegt in der Regel nicht in der Bewältigung bestimmter relativ anspruchsvoller technischer Aufgabenstellungen als vielmehr in der Ausdauer bei der Arbeit. Diese kann mit pädagogischen Mitteln aber erfahrungsgemäß viel schwieriger vermittelt werden als die rein praktischen Fähigkeiten. Deshalb wird bei der Ausbildung sehr großer Wert auf Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit und Ordnungssinn gelegt.

Im Gegensatz zu den eigentlichen geschützten Werkstätten wird in den Ausbildungshöfen darauf geachtet, die einzelnen Personen nach dem Erlernen der notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten so rasch wie möglich in den allgemeinen Arbeitsprozeß zu reintegrieren. Die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel nicht länger als drei oder vier Jahre. Um diese Zielsetzung leichter zu erreichen, werden fast ausschließlich noch relativ lernfähige Jugendliche aufgenommen, die meistens gleich nach der Sonderschule in die Ausbildungseinrichtung überwechseln. Die Ausbildung besteht in der Vermittlung einer Anlehre, die später in der entsprechenden Berufssparte die Ausübung eines angelernten Berufes oder einer Hilfsarbeitertätigkeit ermöglichen soll.

Bei den rein landwirtschaftlichen Ausbildungshöfen steht die Vermittlung einer Anlehre in der Landwirtschaft oder im Gartenbau im Mittelpunkt. Daneben gibt es aber auch kombinierte Ausbildungsstätten, in denen zusätzlich ein Angebot zur Erlangung praktischer Kenntnisse in anderen handwerklichen Berufssparten geschaffen wurde. So können sich die Jugendlichen, sofern es ihrem Wunsch entspricht, in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen gewisse Fertigkeiten erwerben bzw. sich auch nur auf eine bestimmte konzentrieren. Bei der Wahl der Ausbildung sollten individuelle Fähigkeiten und persönliche Präferenzen den Ausschlag geben. Die fachpädagogischen Ausbildungen in manchen dieser Einrichtungen besitzen einen hervorragenden Ruf. Nicht selten kommt es vor, daß Arbeitgeber eine Anstellung eines Jugendlichen von der Grundbedingung einer derartigen Ausbildung abhängig machen.

Die finanzielle Abgeltung der erbrachten Leistungen während der Ausbildungszeit gestaltet sich bei den einzelnen Ausbildungsstätten durchwegs sehr unterschiedlich. In manchen wird den meistens im Heimbetrieb untergebrachten Jugendlichen lediglich ein Taschengeld zugestanden, während in anderen für die erbrachten Arbeitsleistungen ein kollektivvertraglicher Lohn beigemessen wird, je nachdem ob die Einrichtung unter dem Rechtstitel einer

geschützten Werkstätte oder einer pädagogischen Einrichtung geführt wird.

Problematisch zu werten ist mitunter die Berufsperspektive eines Landarbeiters auf einem Landwirtschaftsbetrieb. Es besteht darin die Gefahr eines Abhängigkeitsverhältnisses, ganz besonders dann, wenn die behinderten Personen auch auf dem landwirtschaftlichen Betrieb wohnen. Wesentlich positiver und unproblematischer erscheint eine Anstellung in einem Gartenbau- oder Handwerksbetrieb, da wegen der regelmäßigen Arbeitszeit, der kontrollierbaren Entlohnung und den besseren gewerkschaftlichen Kontrollen die Arbeitnehmerschutzbestimmungen viel leichter eingehalten werden können. Dennoch kann mit einem finanziellen Aufstieg aber auch eine Vereinsamung einhergehen, insbesondere dann, wenn von den Betroffenen das Leben und die Atmosphäre im Ausbildungsheim als sehr schön empfunden wurde. Ausschlaggebend für diese Misere ist dabei, daß viele der Jugendlichen weitgehend unfähig sind, soziale Kontakte außerhalb ihrer Gruppe zu knüpfen.

5.2.4. Pflegeplätze und Beschäftigungstherapie

Sobald Personen aufgrund der Schwere ihrer Behinderung nicht mehr in der Lage sind, das für einen geschützten Arbeitsplatz erforderliche Mindestmaß einer Arbeitsleistung zu erbringen, können Mittel oder Einrichtungen zur Erhaltung und Weiterentwicklung der vorhandenen Fähigkeiten sowie zur Eingliederung in die Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden. Die Landesbehindertengesetze sehen dafür die Errichtung von Einrichtungen der Beschäftigungstherapie vor. Ein wesentlicher Unterschied zu den geschützten Werkstätten bzw. geschützten Arbeitsplätzen liegt dabei darin, daß den auf diese Weise Beschäftigten kein kollektivvertraglicher Lohn garantiert wird. Stattdessen müssen diese mit einem minimalen Taschengeld vorlieb nehmen. Die Beschäftigungstherapie sieht sich nicht mehr als Maßnahme der Eingliederungshilfe, sondern vielmehr als Garantie für eine dem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechende bestmögliche Ver-

sorgung der Behinderten. Diese Versorgung impliziert auch das Erfordernis nach einem höheren Grad an medizinischer und psychosozialer Behandlung, eventueller Besachwalterung, Beaufsichtigung und Pflege.

Die einzelnen Landesbehindertengesetze sehen weiters für Personen, die dermaßen pflegebedürftig sind, daß sie einer ständigen Wartung und Hilfe für wiederkehrende lebenswichtige Verrichtungen bedürfen, und bei denen keine Möglichkeiten auf schulische und berufliche Ausbildung sowie berufliche Integration gegeben sind, einen Rechtsanspruch auf Pflegegeldleistung vor. Die Höhe der finanziellen Zuwendungen ist dabei nach dem Grad der Behinderung abgestuft. Die Betreuung der Pflegefälle als auch der Personen in einer Beschäftigungstherapie erfordert ein ungleich höheres Maß an Aufwand und Intensität der Pflege als bei denjenigen, welche in Ausbildungshöfen oder geschützten Werkstätten untergebracht sind. Deshalb werden Pflegefälle grundsätzlich in eigenen mehr oder weniger gut ausgestatteten Pflegeheimen oder Krankenanstalten betreut, da dort die medizinischen als auch betreuungspersonellen Voraussetzungen günstiger sind.

Die Unterbringung von reinen Pflegefällen auf Bauernhöfen ist in der Regel wegen der unzureichenden Betreuungssituation als wenig sinnvoll zu bewerten. In bestimmten Ausnahmefällen, wie z.B., wenn die Bäuerin früher Krankenpflegerin war und gleichzeitig über freie Arbeitskapazitäten verfügt, ist ein solches Pflegeverhältnis durchaus zu begrüßen. Anders gestaltet sich die Situation aber bei einer landwirtschaftlichen Beschäftigungstherapie. Hier lassen sich eine ganze Reihe von Beispielen festmachen. Zum einen handelt es sich dabei um heimähnliche Einrichtungen, in denen die schwer geistig und psychisch Kranken wohnen und arbeiten, zum anderen läßt sich an dieser Stelle auch das Modell der Außenfürsorge, wie sie von den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser in Graz und Klagenfurt gehandhabt wird, einordnen. Dabei werden einzelne Behinderte, bei denen aufgrund ihrer psychischen Struktur eine extra-asyläre Betreuung

verantwortbar ist, in Landwirtschaftsbetrieben untergebracht. Die Landwirte haben dabei für die Erfordernisse einer zweckmäßigen Betreuung Sorge zu tragen und erhalten dabei einen Tagessatz für die erbrachten Pflegeleistungen, welcher in seiner Dimension durchaus den angenehmen Nebenaspekt eines außerlandwirtschaftlichen Zusatzeinkommens hat.

Die Unterbringung an landwirtschaftlichen Pflegeplätzen nach Maßgabe einer Beschäftigungstherapie eröffnet für die Behinderten eine ganze Reihe von Chancen. So ist durchaus die Option eines Familienanschlusses, einer sinnvollen Lebensgestaltung mit abwechslungsreichen, einfachen und anregenden landwirtschaftlichen Arbeiten gegeben, gleichzeitig sind mit dieser Betreuungssituation aber auch sehr viele Gefahren verbunden. Ein sozialer Anschluß in einem landwirtschaftlichen Haushaltsverband kann leicht in Abhängigkeiten, eine therapeutisch sinnvolle Beschäftigung in Ausnützung der billigen Arbeitskraft von willfähigen Dienstboten umschlagen. Außerdem kann sich die ständige Anwesenheit der behinderten Personen als Ursache für viele psychische Konfliktsituationen bei den einzelnen Mitgliedern einer Betreuungsfamilie erweisen.⁸⁴ Es ist daher nicht verwunderlich, wenn manchmal die involvierten Personen in ihrer Belastbarkeit überfordert werden.

Da es in der Regel so gut wie keinerlei medizinische und psychologische Grundausbildung für die Betreuungspersonen gibt, herrscht auf dem Gebiet der behindertenpädagogischen Betreuung ebenfalls ein großes Defizit. Schlimmer stellt sich die Lage,

⁸⁴ Tagungsbericht „Ländlicher Lebensraum – Chance für die Eingliederung von Behinderten?“ der offenen Tagung vom 9. bis 10. Jänner 1988 im Evangelischen Tagungs- und Studienzentrum bei Männedorf in der Schweiz. Dabei drückte die Integrationsbäurin Rösli Dubach ihren Wunsch nach Abstand aus: „durch all die Jahre waren die Tage, an denen wir als Familie alleine waren, doch recht selten.“ S.7

wenn offensichtlich vorsätzlich aus puren Profitüberlegungen heraus schwer behinderte Personen grobfahrlässig verwahrlost werden. Auch dafür lassen sich Beispiele finden, die teilweise sogar den Tod der behinderten Personen zur Folge hatten. Näheres soll weiter unten ausgeführt werden.

Um zu einem Schluß zu kommen: bei der Unterbringung von schwer geistig und chronisch psychisch Behinderten in der Außenpflege ist eine hohe Betreuungsintensität notwendig, gewisse Mindeststandards der Pflege müssen dabei garantiert werden können. Dafür ist ein dichtes Netz von sozialen Rahmenbedingungen, einschließlich den Ausbildungserfordernissen für die Betreuungspersonen, sowie eine effiziente, unabhängige und öffentliche Supervision unerlässlich. Ein Pflegeverhältnis kann nur auf Freiwilligkeit des Pfleglings basieren, das Wohl des Behinderten muß dabei das Maß aller Dinge sein. Eine Unterbringung darf nur bei in jeder Hinsicht intakten Pflegefamilien erfolgen, weiters haben die Behörden den Pflegestellenbetreibern bei der Betreuung durch Information und Beratung Beistand zu leisten. Die Versorgung von geistig und chronisch psychisch Behinderten in der Außenfürsorge ist in jeder Weise eine Gratwanderung, bei der ein optimaler Betreuungserfolg und katastrophale Zustände sozialer Verwahrlosung sehr eng beisammen liegen können. Dies ergibt sich auch aus der Schwere der Behinderungen. Eine weitgehende Reintegration in die allgemeine Wohn- und Arbeitswelt weicht dabei in der Mehrzahl der Fälle zurück hinter eine reine Betreuungs- und Versorgungsintention.

5.3. Darstellung einzelner kontemporärer Fallbeispiele

Nachdem eine Einteilung der einzelnen Einrichtungen nach sozialrechtlichen Kriterien getroffen wurde, sollen im folgenden mittels einzelner ausführlicher Beschreibungen der in Österreich existenten landwirtschaftlichen Integrationsmodelle die unterschiedlichen Möglichkeiten an Organisationsstrukturen, Betreuungsintentionen und Aufgabenstellungen, Aufnahmekriterien,

aber auch finanzielle Aspekte und Trägervereinigungen vorgestellt werden. Eine Einteilung nach bestimmten fix abgrenzbaren Kriterien kann dabei allerdings nicht getroffen werden. Die Institutionen können nicht "en bloc" betrachtet werden. Jede einzelne zeichnet sich durch interessante Besonderheiten und unterschiedliche Erfahrungswerte aus, welche in Summa genommen sehr viele wertvolle Aspekte für eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit und Zweckmäßigkeit derartiger Projekte liefern können.

5.3.1. Beispiele für Ausbildungshöfe

Die Intention landwirtschaftlicher Ausbildungshöfe ist die Vermittlung land- und hauswirtschaftlicher Grundkenntnisse an geistig behinderte Jugendliche, welche aufgrund der erworbenen praktischen Fertigkeiten später einmal im Bereich eines landwirtschaftlichen Betriebes eine Beschäftigung finden sollten. Als typische Modelle von Ausbildungshöfen in Österreich werden im folgenden die Behinderteneinrichtungen Schlüßberg bei Grieskirchen in Oberösterreich mit der geplanten Expositur in Tollet sowie Retz/Unternalb im nördlichen Niederösterreich beschrieben. Retz ist dabei kein ausschließlicher Ausbildungshof, da auch schwerer behinderte Personen betreut werden, bei denen keine berufliche Integration mehr in Frage kommt. Die Einrichtung Wurzerhof hingegen würde auch sehr gut in die Kategorie der Ausbildungshöfe passen, wird aber später unter den anthroposophischen Einrichtungen angeführt. Landwirtschaftliche Ausbildungshöfe finden international eine große Verbreitung. Besonders intensive Diskussionen über Ziele und Perspektiven dieser Modelle werden gegenwärtig in der Schweiz geführt, wo z.B. am Institut St. Michael bei Bäretswil geistig Behinderte nach der Sonderschule auf zwei Höfen von Praktikanten ausgebildet und anschließend in Bauernfamilien eingegliedert werden.

5.3.1.1. Rehabilitationszentrum Schlüßberg für geistig behinderte Jugendliche

Die Konzeption, behinderten Jugendlichen im Rahmen der Eingliederungshilfe des Landesbehindertengesetzes den Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen, liegt dem Rehabilitationszentrum Schlüßlberg bei Grieskirchen zugrunde. Auf dem 1963 vom Oberösterreichischen Zivilinvalidenverband als Trägerorganisation gepachteten 35 ha großen Ackergrünlandbetrieb werden gegenwärtig ca. 30 Jugendliche in einer land- oder hauswirtschaftlichen Tätigkeit angeleitet. Während des Aufenthaltes sollen die für eine eigenständige Berufsausübung als landwirtschaftliche Arbeiter oder Haushaltsgehilfinnen notwendigen Fähigkeiten erlangt werden. Dabei wird geschlechtsspezifisch vorgegangen: die Burschen werden in der Stall- und Feldarbeit unterwiesen, während die Mädchen sich der Haus- und Gartenarbeit widmen. Endziel ist nicht die längerfristige Anhaltung im Rehabilitationszentrum, sondern vielmehr eine vollständige Integration in das ordentliche Berufsleben. Daß das nicht immer gelingt, beweist allerdings die Tatsache, daß die ältesten Personen sich schon viele Jahre in dieser Einrichtung befinden. Bei den betreuten Personen handelt es sich hauptsächlich um leichtere Fälle geistiger Behinderungen bzw. Mehrfachbehinderungen (Epileptiker, Taubstumme) sowie um Jugendliche mit sozial auffälligem Verhalten. Schwerbehinderte werden nicht aufgenommen. Die Hauptgruppe umfaßt Sonderschulabsolventen, die aufgrund der prekären Arbeitsmarktsituation für Lernschwache keine Chance auf einen ständigen ordentlichen Arbeitsplatz haben.

Soziale Situation, Aufnahmeverfahren und Projektfinanzierung

Von den ca. 30 Jugendlichen sind zwei Drittel Mädchen und ein Drittel Burschen. Nur etwa 20 % werden besachswaltet, wobei als Sachwalter ausschließlich enge Verwandte fungieren. Nach der Herkunft der Betreuten lassen sich keine eindeutigen Trends ablesen. Tatsache ist, daß sie aus ganz Oberösterreich - sowohl aus dem ländlichen Raum als auch aus den städtischen Ballungsgebieten - stammen. Deutlich überrepräsentiert sind jedoch Personen aus den unteren sozialen Schichten, was die Vermutung

nahelegt, daß bei den betreuten Jugendlichen milieubedingte soziale Behinderungen und Sekundärbehinderungen keine unbedeutende Rolle spielen. Die meisten Jugendlichen besitzen gute Beziehungen zu ihrem Elternhaus. Es steht ihnen frei, alle zwei Wochen nach Hause zu fahren, am darauffolgenden Wochenende müssen sie sich dafür um das Vieh kümmern. Verantwortlich für die Betreuung und Beaufsichtigung der behinderten Jugendlichen im Rehabilitationszentrum zeichnet eine Heimleiterin. Zur Seite stehen ihr acht Behindertenbetreuer, zum Teil auch als Teilzeitarbeitskräfte, sowie ein Zivildienstler. Das Pflegepersonal verfügt über keine besondere sozialmedizinische oder psychologische Ausbildung, stammt aus der näheren Umgebung und fährt täglich nach der regulären Arbeitszeit nach Hause. Lediglich eine Person versieht alternierend in der Nacht den Aufsichtsdienst.

Die Aufnahme in das landwirtschaftliche Rehabilitationszentrum erfolgt auf freiwilliger Basis und im Einverständnis mit den Behinderten bzw. deren Eltern. Nachdem über die Gemeinde, das Magistrat oder die Bezirkshauptmannschaft ein Antrag an die Landesregierung gestellt wurde, werden die Eltern gemeinsam mit den Proponenten zu einer allmonatlichen Sitzung einer Aufnahmekommission geladen. Mitglieder dieser Kommission sind je ein Vertreter des Landesinvalidenamtes, der Sozialhilfabteilung der Landesregierung, des Oberösterreichischen Zivilinvalidenverbandes, der Landarbeiterkammer, der Arbeitsmarktverwaltung sowie ein Arzt. Nach Maßgabe der verfügbaren Plätze wird dann dem Antrag stattgegeben. Üblicherweise werden die Jugendlichen direkt nach Abschluß der Sonderschule oder nach Abschluß der medizinischen Rehabilitation nach einem Unfall in die Betreuung übernommen.

Darüber hinaus kommen der genannten Kommission auch noch Überwachungs- und Kontrollfunktionen zu. Anstehende Probleme werden aufgeworfen und unter den Fachexperten diskutiert. Eine medizinische Betreuung erfolgt nur routinemäßig durch den Hausarzt. Eine psychiatrische Behandlung, insbe-

sondere die Verabreichung von Psychopharmaka und Neuroleptika, unterbleibt. Eine Notwendigkeit dafür sei wegen der Geringfügigkeit der Behinderungsarten nicht gegeben. Auch sonst bestehen keine Möglichkeiten auf begleitende Therapiemaßnahmen, wie z.B. Physio-, Ergo- oder Sozialtherapien.

Untergebracht werden sie in 2- bis 5-Bett-Zimmern. Die Zimmer und die sanitären Anlagen befinden sich in einem sanierungsbedürftigen Zustand, da einerseits die nötigen finanziellen Mittel fehlen und andererseits wegen der unsicheren Pachtsituation sich eine Renovierung als rechtlich sehr schwierig erweist. Zur Beseitigung dieser Situation wird der Ankauf des Objektes erwogen.

Während ihres Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum werden die Jugendlichen als Landarbeiter angemeldet, sind daher nach dem ASVG sozialversichert. Von ihrem Lohn wird der ASVG-Verpflegungssatz (2.454 öS ab 1.1.1991) für die Gewährung von Kost und Quartier abgezogen. Der Verband trägt weiters sämtliche Verpflegungs- und Unterkunftskosten, die Lohnnebenkosten sowie die Sozialversicherungsbeiträge. Je nach Aufenthaltsdauer und Arbeitsleistung erhalten die Pfleglinge dann ein monatliches Taschengeld von netto 600 bis 1500 öS ausbezahlt. Für die Deckung der laufenden Kosten für die Führung des Betriebes sowie der Lohnkosten des Betreuungspersonals werden die Betriebseinkünfte herangezogen. Der Oberösterreichische Zivilinvalidenverband erhält zusätzlich von der Landesregierung für die Betreuung jeder Person einen pauschalierten Tagessatz von ca 2.400 öS im Monat. Außertourliche Subventionszuwendungen von Seiten des Landes oder des Bundes wurden bis jetzt nicht gewährt.

Innerbetriebliche Organisation

Um ein abwechslungsreiches Beschäftigungsfeld zu schaffen, wurde der landwirtschaftliche Betrieb möglichst weitgehend diversifiziert. So werden neben dem Anbau von Getreide, Mais,

Zuckerrüben und Kartoffeln ungefähr 50 Rinder, davon 20 Milchkühe, ca.10 Zuchtsauen und einige hundert Hühner gehalten. Das Geflügel und ein paar Mastschweine dienen lediglich dem Eigenbedarf. Bei der Führung des Betriebes stehen durchaus betriebswirtschaftliche Rentabilitätsüberlegungen im Mittelpunkt. Der Betrieb ist unter anderem auch Mitglied des Inn- und Hausruckviertler Fleckviehzuchtverbandes. Weiters wird darauf Wert gelegt, möglichst viele Tätigkeiten im eigenen Bereich abzuwickeln. D.h. die eigenen Produkte werden am Hof soweit wie möglich weiterverarbeitet. So wird z.B. das benötigte Brot selber gebacken. Folglich kann ein hoher Selbstversorgungsgrad und daraus resultierend eine kostengünstige Organisationsstruktur des Rehabilitationszentrums erreicht werden. Die Betriebsgebäude sind wegen der alten Bausubstanz und des unsicheren Pachtverhältnisses in einem verbesserungswürdigen Zustand. Es fehlen überall gerade die bei der Beschäftigung von Behinderten wünschenswerten Schutzeinrichtungen zur Unfallverhütung. Die Wohnräume und sanitären Anlagen sind generell sanierungsbedürftig. Insbesondere verunmöglichen Mehrbettzimmer jede Privatsphäre. Die maschinelle Ausstattung ist währenddessen durchaus auf zeitgemäßem Niveau. Mangelhaft sind allerdings die Stalleinbauten. Die Rinder sind auf Kurzständen in Anbindehaltung aufgestellt. Der Mist muß noch mit Karren ausgebracht werden. Gerade das ist eine Arbeit, die von den Behinderten nicht gerade geschätzt wird. Deshalb wird der Einbau einer Schubstangenentmistung überlegt. Diskutiert wird nebenbei auch eine Biogasanlage, welche sich nach Meinung der Einrichtungsbetreiber für die Beheizung und Warmwasserbereitung des Wohnobjektes als sinnvoll erweisen würde. Es gibt auch Überlegungen, den Betrieb auf biologische Wirtschaftsweise umzustellen. Hierbei ist jedoch der Diskussionsprozeß noch in kein konkretes Stadium getreten.

Arbeitsablauf, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte

Auf eine strenge Zeiteinteilung wird bei der Ausbildung und Erziehung der behinderten Jugendlichen großes Augenmerk gelegt. Die einzelnen Arbeiten werden nach einem genau festgelegten Schema durchgeführt. Dabei werden Arbeitsgruppen gebildet, welche von Betreuungspersonen angeführt werden. Hierbei wird allerdings eine strenge Geschlechtertrennung eingehalten. Die Arbeitsmotivation ist ausgesprochen gut. Es gibt so gut wie keine Probleme wegen mangelnder Arbeitsleistung.

Aufgabenbereiche für Burschen:

- * Stall- und Feldarbeiten

Aufgabenbereiche für Mädchen:

- * Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- * Gartenarbeiten und Arbeiten in der Keramikwerkstätte
- * Für Feldarbeiten werden sie nur in Ausnahmefällen, vor allem wenn viele Arbeitskräfte benötigt werden, heran gezogen, so z.B. bei der Silage und bei der Kartoffelernte.

Die Burschen werden auf zwei Arbeitsgruppen aufgeteilt. Für die Stallarbeiter beginnt der Arbeitstag sehr früh. Sie müssen bereits um 5 Uhr aufstehen. Nach der morgendlichen Stallarbeit wird der Vormittag frei gegeben. Um 14.30 Uhr wird dann mit der abendlichen Stallarbeit weitergemacht. Sobald die gesamte Arbeit verrichtet ist, wird den Jugendlichen frei gegeben.

Die Feldarbeiter stehen um 6.30 Uhr auf und beginnen ihre Arbeit um 7 Uhr. Um 9 Uhr wird Pause gehalten und dann bis Mittag die Arbeit fortgesetzt. Am Nachmittag wird zwischen 13 und 17 Uhr gearbeitet. Um allen Burschen eine Befähigung in beiden Arbeitsbereichen teilwerden zu lassen, wechseln sich die Gruppen turnusmäßig ab.

Während die Burschen im Stall oder auf dem Feld arbeiten, verrichten die Mädchen Hausarbeiten, wie Putzen, Waschen, Flickern, Kochen und Aufräumen, machen sich im Gemüsegarten nützlich oder beschäftigen sich im sogenannten Schulungszent-

rum mit Töpfen und Teppichknüpfen. Sowohl bei den Burschen als auch bei den Mädchen wird ein Achtstundentag strikt eingehalten. Von 12 bis 13 Uhr ist für alle Mittagspause. Nach einem gemeinsamen Tischgebet wird das Essen eingenommen und anschließend ausgeruht.

Für die fachliche Unterweisung in den landwirtschaftlichen Tätigkeiten steht ein Landwirtschaftsmeister als Behindertenbetreuer zur Verfügung. Einzelne Tätigkeiten, insbesondere das Traktorfahren, dürfen nur von den Betreuungspersonen durchgeführt werden. Die Erzeugnisse aus dem Schulungszentrum werden an lokale Märkte geliefert oder von Privatpersonen gekauft.

Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bieten sich nur wenige. Im Sommer spielen einige im Freien Federball, Fußball oder fahren Rad. Ansonsten wird abends Radio gehört, ferngesehen, oder es werden Gesellschaftsspiele gespielt und Handarbeiten erledigt. Um 21 Uhr ist Nachtruhe, der Fernseher wird abgedreht, und die Jugendlichen müssen sich auf die Zimmer begeben.

Mädchen und Burschen sind auf unterschiedlichen Stockwerken untergebracht. Die in der Nacht anwesende Aufsichtsperson muß darauf achten, daß die geschlechtliche Segregation auch in den Nachtstunden aufrecht bleibt.

Die behinderten Personen werden nicht im Rehabilitationszentrum festgehalten, dennoch sind Außenkontakte relativ selten. Nur wenige besuchen ab und zu ein Kaffeehaus im Ort. Ansonsten wird von der Heimleitung am Sonntag ein gemeinsamer Kirchenbesuch angeboten. Auf Wunsch werden die Personen auch gelegentlich zum Einkaufen in das nächste Kaufhaus gefahren. Abgesehen davon werden von Zeit zu Zeit gemeinsame Ausflüge und Exkursionen veranstaltet, welche mit sehr viel Freude aufgenommen werden. Von einer Integration in die Dorfgemeinschaft kann nicht gesprochen werden. Ein Grund könnte auch darin liegen, daß viele aus Angst vor Verachtung und Gehässigkeiten Personen aus dem Außenbereich meiden.

Chancen für eine berufliche Eingliederung

Das Projekt in Schlüßberg ist als Durchlaufstation im Sinne der Eingliederungshilfe für am öffentlichen Arbeitsmarkt schwer vermittelbare Personen konzipiert worden. Dabei wird im Gegensatz zu den geschützten Werkstätten das Hauptaugenmerk auf die land- und hauswirtschaftlichen Aufgabengebiete gerichtet. Konsequenterweise ist damit die Intention verbunden, über den Weg einer späteren Daueranstellung als Anlehrling oder Hilfskraft in einem land- oder hauswirtschaftlichen Beruf eine weitgehende gesellschaftliche Integration zu erlangen.

Nach einer erfolgten Ausbildungszeit, die sich nach den Fortschritten der jeweiligen Personen richtet, sich in der Regel aber über mehrere Jahre erstreckt, wird für die entsprechende Person ein passender Arbeitsplatz gesucht. Dafür in Frage kommen landwirtschaftliche Betriebe, die für einfache Tätigkeiten in Haus und Hof eine Arbeitskraft suchen, daneben aber auch private und kommunale Gärtnereibetriebe. Zumeist treten die einzelnen Interessenten an das Rehabilitationszentrum heran, um die gewünschte Person anzufordern. Voraussetzung für eine Anstellung ist dabei die ordentliche Anmeldung als Landarbeiter mit Kollektivlohnansprüchen. Der Landarbeiterkammer fällt die Aufgabe zu, die einzelnen Betriebe in der Einhaltung der gesetzlichen Regelungen zu überwachen und zu kontrollieren. Nach einer zweimonatigen Probezeit wird dann über eine endgültige Anstellung entschieden.

Eine erfolgreiche Eingliederung in den Berufsprozeß ist immer vom gegenseitigen Wechselspiel der geistig beeinträchtigten Person mit dem Arbeitgeber abhängig. Generell kann gesagt werden, daß eine Anstellung in einem Gärtnereibetrieb aufgrund des hohen Anforderungsprofils insbesondere an die Genauigkeit der Arbeiten wesentlich schwerer gelingt als in einem landwirtschaftlichen Betrieb. Über die Anzahl der positiven Integrationsbeispiele kann keine Aussage getroffen werden. Einzelne Fälle geben aber durchaus Grund zur Hoffnung.

Resümee

Das Rehabilitationszentrum in Schlüßberg hat sich einer im Bereich der Behindertenbetreuung sehr wichtigen Aufgabe, nämlich der beruflichen und sozialen Integration geistig beeinträchtigter Jugendlicher verschrieben. Positiv vermerkt werden darf das große Engagement aller mit der Betreuung befaßten und verantwortlichen Personen. Aufgrund der relativen Kleinheit der untergebrachten Personengruppe gelingt es, den Charakter einer intimen therapeutischen Gemeinschaft zu schaffen, die den einzelnen eine Art positives Heimatgefühl vermittelt und die Gefahr einer Hospitalisierung abwendet. Es entstehen persönliche Freundschaften und soziale Bindungen, welche oft auch Jahre nach der Entlassung nicht abreißen. Gerade bei sozialen Behinderungen kann auf diese Weise dem Einzelnen Halt in einer sozialen Gruppe gegeben werden.

Durch die Vielseitigkeit des landwirtschaftlichen Betriebes wird eine Fülle von Betätigungsmöglichkeiten und Eindrücken angeboten, welche keine Gefahr einer psychischen Unterstimulanz aufkommen läßt. Auch der geregelte Ablauf des Arbeitslebens kann durchaus als positives erzieherisches Mittel angesehen werden, sofern dadurch keine Gewalt in Form einer repressiven Disziplinierung ausgeübt wird. Obwohl letzteres nicht gegeben ist, würde es nicht schaden, den Versuch zu wagen, den erwachsenen Jugendlichen etwas mehr Freiräume zuzugestehen. Für die Erziehung zu mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung könnte sich eine lockere Handhabung bestimmter Regelungen, wie z.B. der allgemeinen Nachtruhe, als förderlich erweisen.

Die Beschäftigung von Jugendlichen aus dem städtischen Bereich in der Landwirtschaft erweist sich als unproblematisch, da sie aus eigenem Wunsch die Unterbringung in dieser Einrichtung gewählt haben. Viele entwickeln sogar einen überdurchschnittlichen Hang für die Pflege und Betreuung von Haustieren.

Die Probleme mit der anstehenden Renovierung und Modernisierung der Einrichtung sowie der ungeklärten Pachtsituation nach dem nunmehrigen Ablauf des Pachtvertrages sind allgemein evident. Für die Lösung dieses Problems besteht ein unbedingter Handlungsbedarf.

Durchaus anderer Meinung kann man sein in der Frage der rigorosen Handhabung der Geschlechtertrennung im Ausbildungsbereich. Obwohl der Einwand, daß die Beachtung gesellschaftlich tradierter Rollenbilder die spätere Vermittlung auf einen Arbeitsplatz erleichtere, durchaus als substantiell erscheint, ist es nicht einzusehen, warum die Neigungen der einzelnen Jugendlichen von vorne herein reglementiert werden sollen. Liegen bei der räumlichen Trennung der Schlafzimmer nach Stockwerken nicht überholte sittliche Moralvorstellungen zugrunde, die das Zusammenleben erwachsener Menschen weitgehend beeinflussen ?

Als Manko erweisen sich die fehlenden Therapieeinrichtungen und die mangelhafte psychologische und sozialmedizinische Ausbildung der Betreuungspersonen. Dies ist jedoch kein Spezifikum für diese Einrichtung, sondern ein Dilemma praktisch aller derartiger Institutionen. Zum einen ist es schwierig, geschultes Personal zu finden, zum anderen würde die Anstellung von Fachpersonal die Kosten für die Trägerorganisationen zu sehr steigern. Eine Finanzierung wäre dann nur noch mit höheren öffentlichen Zuwendungen möglich.

Nicht eindeutig geklärt bleibt die Problematik der späteren Beschäftigung als Landarbeiter. Sofern man die Möglichkeiten der effektiven Kontrolle der Arbeitsverhältnisse durch die Landarbeiterkammer nicht in Zweifel zieht, erhebt sich die Frage, inwieweit eine Beschäftigung als Landarbeiter überhaupt dem Wunsch der Betroffenen entspricht. Auf diese Frage äußerte zum Beispiel ein 19-jähriger Bursche städtischer Herkunft, dessen Vater Alkoholiker, Stiefvater Hilfsarbeiter und Mutter Putzfrau ist, daß er sich nicht im klaren sei, einerseits freue er sich, daß er

mehr Geld verdiene, andererseits habe er aber Angst davor, von hier wegzukommen, da er damit auch alle seine Freunde verliere. Ein anderer Junge bemerkte, daß er gerne hier sei, aber später einmal bei der Gemeinde in einer Gärtnerei arbeiten wolle, aber er wisse, daß das schwer zu finden sein werde. Daraus spricht der Wunsch, daß generell Arbeitsverhältnisse bevorzugt werden, die sowohl ein gewisses Maß an sozialem Schutz garantieren, bei denen aber auch weniger die Gefahr einer sozialen Isolation besteht. Gesicherte Anstellungsverhältnisse bei kommunalen Einrichtungen als Wunschbild und Zukunftsvision vieler geistig beeinträchtigter Jugendlicher setzen aber auch eine konsequentere Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen auf dem Gebiet der Behindertenbeschäftigung voraus.

Gerade jene Menschen, die im Rehabilitationszentrum Schlüßberg untergebracht sind, befinden sich als vorwiegend lernschwache Sonderschulabsolventen in einer Grauzone zwischen Normalität und Abnormalität. Sie werden in Zeiten wachsender Anforderungen für Beschäftigte im Arbeitsprozeß zunehmend an den Rand gedrängt und landen dann in solchen Auffangstationen, welche ihnen trotz größtmöglicher Anstrengungen aller Beteiligten für ihre berufliche Zukunft nur noch wenige Perspektiven bieten können.

5.3.1.2. Rehabilitationsprojekt Tollet

Neuerdings hat der Oberösterreichische Zivilinvalidenverband in Tollet bei Grieskirchen einen 9 ha großen Betrieb für die Einrichtung eines weiteren Rehabilitationszentrums für geistig Behinderte angekauft. In Zusammenarbeit mit der Landwirtschaftskammer soll eine Verarbeitungsstätte für Schafwolle entstehen. Hinter dieser Überlegung steht die Tatsache, daß durch die ständige Ausweitung der Schafhaltung immer mehr Wolle anfällt, die zur Zeit in Oberösterreich noch nicht im großen Stil verarbeitet werden kann. Auf diese Weise kann ein Betätigungsfeld geschaffen werden, welches für geistig beeinträchtigte Menschen durch-

aus die Möglichkeit einer sinnvollen Lebensgestaltung böte. Nebenbei ist auch an eine Bewirtschaftung der Grundstücke mittels Alternativkulturen gedacht.

Eine detaillierte Konzeption für dieses Projektvorhaben soll in nächster Zukunft erarbeitet werden.

5.3.1.3. Behindertenheim der Caritas der Erzdiözese Wien in Retz/Unternalb

Im Dezember 1985 erwarb die Caritas der Erzdiözese Wien die ehemalige Probstei und Meierei des Stiftes Göttweig in Unternalb unweit der niederösterreichischen Weinstadt Retz. Nach umfangreichen Renovierungs- und Adaptierungsarbeiten konnten wenige Monate später ca. 50 geistig und chronisch psychisch kranke Männer im Alter zwischen 16 und 60 Jahren in die neu adaptierte Heim- und Arbeitsstätte einziehen. Die meisten Personen kamen entweder aus den psychiatrischen Krankenanstalten Gugging und Mauer/Öhling, aus anderen niederösterreichischen Behinderteneinrichtungen bzw. aus verwahrlosten Elternhäusern.

Diese vorwiegend als landwirtschaftliche Betreuungseinrichtung konzipierte Institution in Unternalb ist als Außenstelle in einer organisatorischen Einheit mit dem wesentlich größeren Behindertenheim Retz verbunden, in welchem ca. 230 vorwiegend männliche Behinderte untergebracht sind. Das Behindertenheim Retz befaßt sich, mit Ausnahme eines kleinen Hausgartens, nicht mit landwirtschaftlichen Tätigkeitsbereichen. Insofern soll es nicht weiter Gegenstand unserer Betrachtungen sein. Dennoch muß kurz auf gewisse Interdependenzen, abgesehen von der verwaltungstechnischen Ebene, hingewiesen werden. Einerseits trägt die landwirtschaftliche Dependance in Unternalb wesentlich zur Versorgung der Gesamteinrichtung mit den nötigen Nahrungsmitteln bei, andererseits werden von der Außenstelle auch Infrastrukturen der Retzer Zentrale genützt, so z.B. die Küche, die Waschküche, die Nähstube oder eine eigene kleine Krankenstati-

on. Im wesentlichen bildet die Außenstelle jedoch eine weitgehend autonome Einheit.

Betriebsbeschreibung Unternalb

Die zwei massiven Flügelbauten der ehemaligen Probstei und Meierei nehmen gemeinsam mit mehreren Neben- und Wirtschaftsgebäuden ein ca. 2 ha großes Hofgelände ein. Alle Gebäude wurden nach ihrem Ankauf grundlegend renoviert und für die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgestattet. Die dazugehörigen Äcker blieben jedoch weiterhin im Besitz des Stiftes Göttweig. Zwecks deren Nutzung wurde auf ca. 10 Jahre mit dem Stift ein Pachtionsvertrag über 27 ha abgeschlossen. Effektiv bebaut werden allerdings nur 15 ha, davon 10 ha arrondiert, mit denen sich die Gesamteinrichtung Retz-Unternalb weitgehend selber mit den notwendigen Nahrungsmitteln versorgen kann. Von einer marktorientierten, auf Gewinn ausgerichteten Bewirtschaftung wird bewußt Abstand genommen. Dies würde gewisse betriebliche Organisationsstrukturen voraussetzen, die sich mit der Vermittlung von praktischen Fertigkeiten an die Behinderten nicht vereinbaren ließen.

Es wird darauf bedacht genommen, möglichst unterschiedliche, auch weniger verbreitete Feldfrüchte anzubauen. So wird z.B. neben den herkömmlichen Halmfrüchten unter anderem auch Triticale angebaut. Futterpflanzen, Speisekartoffeln, Ölkürbise, Mohn und Ananaserdbeeren runden die Palette der Feldfrüchte ab. Dies alles ermöglicht eine relativ naturnahe Bewirtschaftung unter Einhaltung einer weit gesteckten Fruchtfolge. Abgesehen von den Äckern besitzt der Betrieb einen 0,5 ha großen Gemüsegarten, eine kleine Obstplantage, eine Rebanlage für Tafeltrauben sowie einen Karpfenteich. In den Stallungen werden ca. 60 Mastschweine, ein Dutzend Bergschafe, 200 Legehennen und Masthühner, 200 Puten, einige Enten, Gänse, Hasen und zwei Pferde gehalten. Die meisten Produkte dienen der Eigenversorgung, lediglich die getrockneten und sortierten Kürbiskerne gelangen in den Verkauf. Im Interesse der Schaffung einer Vielfalt an unter-

schiedlichen Arbeitsbereichen wurde bewußt auf eine möglichst diversifizierte Landwirtschaft Wert gelegt. Vielseitige handwerkliche Fähigkeiten, welche z.B. Kraft, Ausdauer oder die Feinmotorik beanspruchen, können dadurch besser geschult werden.

Kollektives Arbeiten und Wohnen im Gruppenverband

Für die Resozialisation und Reintegration der häufig aus sehr tristem sozialen Milieu stammenden behinderten Männer wird auf die Erziehung zu Ordnungssinn, Ausdauer und sozialem Verhalten großes Augenmerk gelegt. Um die nötigen pädagogischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, wurden sämtliche Bewohner der Betreuungseinrichtung festen Wohn- und Arbeitsgruppen zugeteilt.

Jede der insgesamt vier Wohngruppen bildet eine in sich weitgehend autarke Einheit mit bis zu 14 Wohnplätzen, einem Gruppenraum, einer eigenen Küche und eigenen sanitären Anlagen. Die Ein- bis Vier-Bettzimmer sind geschmackvoll und großzügig gestaltet und bieten jeder Person weitgehend Platz für die zur Entfaltung der Persönlichkeit nötigen Intimsphäre. Jede Wohngruppe besitzt hinsichtlich der Zimmer und Gruppenräume volle Gestaltungsfreiheit. Ideen und Anregungen werden der Verwaltung entgegengebracht und meistens auch mit den für den Umbau erforderlichen finanziellen Mitteln und Baumaterialien unterstützt. Die Umsetzung der Ideen erfolgt dann durch die Wohngruppenmitglieder selber. In der Wohngruppe wird auch das Abendessen, eventuell auch unter Anleitung der einen oder anderen Betreuungsperson, selber zubereitet und gemeinsam eingenommen. Dies fördert ebenso die Identifikation mit einer bestimmten therapeutischen Lebensgemeinschaft wie die Arbeit in den einzelnen Arbeitsgruppen.

Insgesamt gibt es in der Betreuungseinrichtung Unternalb sechs Arbeitsgruppen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen. Je nach Alter der Personen, Schwere der Behinderung und persönlichen Fertigkeiten und Neigungen sind alle Bewohner einer Ar-

beitsgruppe zugeordnet, welche jeweils von ein bis zwei Betreuungspersonen mit der jeweiligen Fachqualifikation angeleitet werden. Um eine gewisse Kontinuität zu wahren und das soziale Gruppenverständnis nicht zu sehr zu stören, ist ein Wechsel zwischen den einzelnen Arbeitsgruppen nur etwa alle halben Jahre nach Beratschlagung der Gruppenleiter möglich. Ein Wechsel erscheint vor allem dann als zweckmäßig, wenn möglichst unterschiedliche Fertigkeiten in Hinblick auf eine spätere Entlassung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erlangt werden sollen. Jede der sechs Arbeitsgruppen verfügt über eine eigene Garderobe sowie über einen eigenen Aufenthaltsraum, in welchem auch das tägliche gemeinsame Gabelfrühstück eingenommen wird.

Im einzelnen bestehen folgende Arbeitsgruppen:

- a) *Fleischergruppe*: Die Fleischergruppe besteht aus 8 bis 10 Personen. Praktisch alle Arbeiten vom Schlachten der Tiere bis zur Erzeugung der einzelnen Fleisch- und Wurstwaren werden durchgeführt. Charakteristisch für diese Gruppe ist, daß sehr verschiedenartige Arbeiten unterschiedlichen Anforderungsniveaus und Komplexitätsstufen hinsichtlich der Geschicklichkeit und Kraft abverlangt werden. Dadurch bieten sich für viele Behinderte bestimmte Beschäftigungsbereiche an. Da zumeist unter Zeitdruck gearbeitet werden muß, ist aber eine minimale Belastbarkeit Voraussetzung. Dafür stellt sich auch rasch ein Erfolgserlebnis ein.
- b) *Stallgruppe*: Gerade sozial- und milieugeschädigte Behinderte können im Umgang und bei der Betreuung von Tieren Wärme und Zuneigung verspüren und ihr Zärtlichkeitsbedürfnis befriedigen. Die 8 bis 10 Männer dieser Gruppe verrichten im wesentlichen sehr einfache und monotone Arbeiten, müssen aber ein relativ großes Verantwortungsgefühl für die Tiere an den Tage legen.
- c) *Gärtnereigruppe*: Die Gärtnereigruppe bietet Beschäftigung für ältere und schwerer behinderte Personen. Die 8 bis 12 Männer können sich mit einer Vielzahl von sehr einfachen

und leichten Arbeiten befassen. Erleichternd wirkt, daß nicht unter Termindruck gearbeitet werden muß. Außerhalb der Wachstumssaison werden unter anderem Kürbiskerne sortiert, Reisigbesen gebunden und Pflöcke zurecht gerichtet.

- d) *Hofwerkstättegruppe*: Die Arbeiten dieser Arbeitsgruppe stehen auf sehr hohem Niveau. Zur Aufgabe zählen unter anderem die Wartung und Reparatur von hauseigenen Maschinen und Geräten. Einfache Geräte und Nutzgegenstände, wie Ackerschleppen, werden auch selber hergestellt. Das Repertoire umfaßt die Be- und Verarbeitung fast aller Werkstoffe, angefangen von Holz bis hin zu Eisen und Metalllegierungen. Dazu stehen eine Drehbank, ein Schutzgasschweißgerät, Bohrmaschinen, eine Kreissäge sowie weitere Geräte zur Verfügung. Die 4 bis 6 Personen dieser Gruppe werden vor sehr komplexe und sich kaum wiederholende Arbeitsabläufe gestellt. Die Hofwerkstattengruppe fungiert demnach als Ausbildungsgruppe für Hilfsarbeiter, mit dem Ziel, sie später in Bereichen einzusetzen, wo sie die erworbenen Fertigkeiten optimal umsetzen können.
- e) *Maurergruppe*: Ähnlich wie bei der Hofwerkstättegruppe kann auch die Maurergruppe bei der Ausbildung von Hilfsarbeitern in der Baubranche eine Reintegrationsfunktion übernehmen. Die Hauptaufgabe für die 8 bis 10 Männer liegt in der Durchführung von Umbau- und Ausbesserungsarbeiten, bei denen sowohl die Ausdauer als auch die Feinmotorik der einzelnen Personen auf die Probe gestellt wird.
- f) *Landwirtschaftsgruppe*: Den 5 bis 8 Personen der Landwirtschaftsgruppe obliegt die Betreuung der Äcker, Obst- und Tafeltraubenkulturen. Viele therapeutisch durchaus sinnvolle Arbeiten werden aber absichtlich unter maschinellem Einsatz bewerkstelligt, da bei den Behinderten durchaus das Wissen über die zeitgemäßen Technologien vorhanden ist. Demnach wäre die Frustrationsgrenze zu niedrig, würde man z.B. den Mist händisch ausbringen. Deshalb wird

hier ein Mittelweg zwischen entwickelter Technologie und Handarbeit begangen. Die angebauten Feldfrüchte sind zum Teil sehr arbeitsintensiv. Ölkürbise und Mohnkapseln werden händisch geerntet, die Hackarbeiten allenfalls auch noch manuell durchgeführt. Generell erfordern die anfallenden Arbeiten in diesem Bereich viel Ausdauer, das Assistieren bei maschinellen Arbeiten auch ein gewisses Maß an technischem Verständnis. Bei den saisonalen Arbeitsspitzen, wie z.B. bei der Heu- und Getreideernte, helfen auch die anderen Gruppen mit. Während des Winters werden Waldarbeiten und notwendige Instandsetzungsarbeiten am Hof abgewickelt.

Einzelne, weniger kooperationsfähige Personen stehen außerhalb dieser Arbeitsgruppen. So helfen 4 bis 5 Personen in der Aufwärmküche mit, wo sie z.B. mit dem Austeilen des Mittagessens betraut sind. Die Belastung besteht hierbei in einer relativ kurz andauernden, aber recht intensiven Arbeitsleistung. Sobald die Arbeit abgeschlossen ist, wird ihnen dafür als Ausgleich eine relativ lange Erholungspause zugestanden.

Die einzelnen Arbeitsgruppen haben zum Teil den Charakter einer reinen Beschäftigungstherapie, zum Teil die Funktion eines Ausbildungsplatzes, vor allem für die jüngeren, weniger schwer behinderten Männer. Einzelne Personen haben den Umstieg auf einen geschützten Arbeitsplatz bereits geschafft. So wohnten zur Erhebungszeit acht sogenannte externe Personen weiterhin in den Wohngruppen, arbeiteten aber bereits an geschützten industriellen Arbeitsplätzen in der Umgebung. Das Endziel ist dabei eine völlige Integration auch im privaten Wohnbereich. Die Caritas betreibt dazu in Retz zwei Trainingswohnungen, in denen die persönliche Haushaltsführung eingeübt wird.

Tagesablauf und Freizeit

Der Tag beginnt üblicherweise um 6 Uhr früh mit dem Aufstehen. Gearbeitet wird zwischen 7 und 15 Uhr mit einer Stunde

Mittagspause und einer kurzen Rast am Vormittag. Die übrige Zeit steht für individuelle und gemeinsame Freizeitaktivitäten zur Verfügung. In der Nacht verrichten jeweils zwei Betreuungspersonen einen turnusmäßigen Dienst, wobei eine davon immer durchzuwachen hat. Mit der Nachtruhe ab 22 Uhr werden die Gänge routinemäßig kontrolliert, von Kontrollen der Zimmer wird dabei allerdings abgesehen.

Die einzelnen Wohngruppen sind für externe Personen offen. Besuche von außen dürfen jederzeit und ohne besondere Erlaubnis empfangen werden. Andererseits steht es den Heimbewohnern frei, ihre Freizeit auch außerhalb ihrer Einrichtung zu verbringen. Es gilt dabei freier Ausgang nach Maßgabe. So werden Veranstaltungen im Dorf besucht und nicht selten auch soziale Kontakte zu Dorfbewohnern geknüpft. Im Sommer wird häufig an den Wochenenden und an den Abenden Fußball gespielt, als besonderes Freizeitangebot steht auch ein kleiner Garten neben dem Anwesen zur freien Gestaltung zur Verfügung. Als weitere Freizeitaktivitäten wären u.a. Angeln am Karpfenteich, Fahrradfahren, Kochen in der Gruppe oder die Teilnahme an einem Freischwimmkurs zu erwähnen.

Einweisung und soziale Herkunft

Eine Heimeinweisung nach Unternalb erfolgt häufig, nachdem die Fürsorgeabteilung der Bezirkshauptmannschaft die Notwendigkeit einer speziellen Betreuung als Resultat eines desolaten Elternhauses festgestellt hat. Eine weitere Gruppe von Heimpersonen setzt sich aus denjenigen zusammen, welche nach einem Sonderschulabschluß keine Arbeitsstelle finden bzw. an einem geschützten Arbeitsplatz die erforderliche Leistung nicht erbringen konnten. Schließlich rekrutiert sich eine letzte Gruppe aus ehemaligen Dauerpatienten der Psychiatrie, die nunmehr außerhalb der Anstaltsmauern untergebracht werden. Die Aufnahme kann ab dem 16. Lebensjahr erfolgen, wobei nach oben hin keine Altersgrenze existiert. Allerdings werden im Interesse einer praktischen Ausbildung und Resozialisation jüngere Personen vorerst

berücksichtigt. Eine Unterbringung wird nicht nach strengen Richtlinien abgewickelt, vielmehr entscheiden die maßgebenden Verantwortlichen aus der pädagogischen und der Abteilungsleitung der Einrichtung sowie aus der Landesfürsorge gesondert über jeden Fall.

Betreuung und medizinische Versorgung innerhalb der Heimeinrichtung

Die meisten Männer sind von leichten bis mittelschweren Formen unterschiedlicher geistiger und chronisch psychischer Behinderungen betroffen, die relativ häufig mit typischen Merkmalen von sozialen Milieuschädigungen und Hospitalismen als Folge langjähriger Krankenanstaltsaufenthalte einhergehen. An ca. 30 % der Personen werden aufgrund ärztlicher Anordnung Depotneuroleptika und Psychopharmaka verabreicht. Die ambulante psychiatrische Versorgung erfolgt durch einen Psychiater des niederösterreichischen Landeskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Klosterneuburg/Gugging. Akut auftretende psychische Krisenzustände können dort auch vorübergehend stationär betreut werden.

Für die allgemeine medizinische Versorgung ist der Gemeindearzt zuständig, welcher auch die einrichtungseigene Krankenstation im Retzer Behindertenzentrum mitbetreut. Dort stehen ständig zwei diplomierte Krankenpflegerinnen und insgesamt zwanzig Krankbetten zur Verfügung. Über jede Person der Einrichtung Retz und der Expositur in Unternalb wird zur Dokumentation der Krankengeschichte ein Aktenblatt geführt, in regelmäßigen Abständen werden Impfungen, Zahn-, Blut-, Fuß- und Gewichtskontrollen durchgeführt.

Etwa die Hälfte der Personen wird zur Gänze oder teilweise besachwaltert. Als Sachwalter agieren sowohl Angehörige als auch Vereinssachwalter. In der Vergangenheit kam es auch vor, daß in Einzelfällen Gruppenbetreuer diese Funktion übernahmen. In

letzter Zeit wurde jedoch davon aus prinzipiellen Erwägungen wieder abgegangen.

Die sieben Arbeitsbetreuer in Unternalb müssen für die Befähigung der Leitung einer Arbeitsgruppe sowohl ein hohes Maß an fachlicher und behindertenpädagogischer Kompetenz als auch eine starke Persönlichkeit mitbringen. Neben einem fertigen Berufsabschluß im entsprechenden Lehrberuf des Fachbereiches der jeweiligen Arbeitsgruppe ist für sie das Absolvieren eines ein- bzw. zweijährigen Behindertenbetreuerkurses Grundvoraussetzung. Angesichts der großen Entfernung zu den industriellen Ballungszentren ist es in Retz schwierig, ausreichend kompetentes Betreuungspersonal zu finden. Zivildienstler können hier nur teilweise Ersatz schaffen.

Finanzielle Aspekte

Die Finanzierung der Einrichtung erfolgt in erster Linie über den Tagessatz (ca. 600 öS pro verpflegter Person und Tag), d.h. aus Mitteln der Landesregierung nach dem niederösterreichischen Sozialhilfegesetz. Die Caritas schießt als Einrichtungsträger für außertourliche Investitionsvorhaben und eventuell auftretende Fehlposten die zusätzlich erforderlichen Mittel zu. Für die Alimantation muß die Einrichtung relativ wenig aufbringen, da der Großteil der benötigten Lebensmittel in der eigenen Landwirtschaft erzeugt werden kann.

Da die Tätigkeit der behinderten Personen nicht als geschützter Arbeitsplatz, sondern vielmehr als Beschäftigungstherapie deklariert ist, erhalten diese anstatt eines kollektivvertraglich garantierten Mindestgehaltes lediglich ein Taschengeld in der Höhe von monatlich ca. 500 öS. Dazu können noch je Person und Monat Belohnungsprämien zwischen 60 und 80 öS für dargelegten Eifer bzw. willfähiges Verhalten kommen. Erhalten die behinderten Personen eine Pension oder eine Rente, so behält das Land davon 80% für die Pflegeleistungen ein. Der Rest von 20% wird den Betroffenen als Taschengeld ausbezahlt. Dies alles be-

deutet, daß die behinderten Personen im günstigsten Fall ca. 1.200 öS an Barmitteln zur freien Verfügung haben.

Ziele der Außenstelle in Unternalb

Die auf dem landwirtschaftlichen Gut in Unternalb untergebrachten Männer leiden neben psychisch-geistigen Syndromen zu einem nicht geringen Teil auch an sozialen Behinderungsformen. Nicht zuletzt wegen der oft desolaten familiären Situation in ihrer Kindheit unterblieb bei ihnen die nötige intellektuelle Förderung, sehr oft verfielen sie auch dem Alkoholismus, häufig sind sie aufgrund langer Anstaltskarrieren auch hochgradig hospitalisiert. Unternalb bietet ihnen nun die Möglichkeit einer gesicherten Existenz und ein menschenwürdiges Dasein außerhalb einer psychiatrischen Anstalt im Verband einer therapeutischen Gemeinschaft, in der ihre seelische und geistige Entwicklung angeregt werden kann. Dazu gehört auch das soziale Lernen in der Gruppe, welches für ein Leben in der Gesellschaft unabdingbar ist.

Abgesehen von der menschlichen Geborgenheit versucht man zumindest einem Teil der Behinderten durch eine praktische Anlehre die Möglichkeit einer gesellschaftlichen und beruflichen Resozialisierung zu schaffen. Dementsprechend soll der einzelne so weit gefördert werden, daß er später als Hilfsarbeiter oder landwirtschaftlicher Arbeiter auf einen geschützten Arbeitsplatz vermittelt und aus der Heimbetreuung entlassen werden kann. Dabei wird bei der Ausbildung auf die spezielle Interessenslage der betreffenden Person gebührend Wert gelegt.

Die Einrichtung zeichnet sich durch ein interessantes Wohn- und Arbeitsgruppenmodell aus, welches das soziale Lernen gezielt fördern soll. Im Vergleich zu anderen ähnlichen Institutionen steht im Verhältnis zu den behinderten Personen ausreichend Betreuungspersonal zur Verfügung. Dies scheint jedoch nur dann möglich zu sein, wenn eine große und potente Trägerorganisation das wirtschaftliche Rückgrat stärken kann. Davon abgesehen, ist der Grad der Entwicklung und die Umsetzung neuer Ideen

immer von engagierten Verantwortlichen und Betreuungspersonen abhängig.

5.3.2. Anthroposophische Einrichtungen

Anthroposophische Einrichtungen orientieren sich an den stark ideologisch geprägten heilpädagogischen und sozialtherapeutischen Grundsätzen von Rudolf Steiner (1861-1925) bzw. seiner Schüler. Im anthroposophischen Menschenbild ist es ein primäres Ziel, heilend und helfend in das Leben der behinderten Menschen einzugreifen. "Je stärker sich eine geistige Behinderung zeigt, desto herausfordernder wird das Rätsel vom Wesen des Menschen. Die Individualität eines Menschen ist ein Eigenwesen, das schon vor der Geburt und über den Tod hinaus existiert. Ihre eigentliche Heimat ist die geistige Welt."⁸⁵ Die anthroposophische Geisteswissenschaft setzt sich deshalb das Ziel, diese Wiederverkörperung des Geistes zu untersuchen. Neben der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialmedizin entstanden in diesem Zusammenhang unter anderem auch eine eigene anthroposophische Medizin, die biologisch-dynamische Landwirtschaft, die Kunst der Eurhythmie und die Waldorfpädagogik.

Wesentliche Aufgabe der Heilpädagogik sei die sogenannte "Seelenpflege". "Die Seele ist so zu pflegen, daß der Wesenskern einen besseren Zugang zu den Erdenerfahrungen findet, daß der Leib durch Vermittlung der Seele Instrument für die Intention des Ich wird."⁸⁶ Eine große Bedeutung haben hierbei die Kraft der Liebe und der Zuneigung, aber auch die Förderung der künstlerischen und schöpferischen Tätigkeiten. Die beschützenden Werkstätten geben einen Rahmen ab, in dem auch der Schwerbehinderte das innere Bestreben, arbeitend tätig zu

⁸⁵ Hans Hasler, Kurt Vierl: anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie - Eine Orientierung, Goetheanum, Dornach, Schweiz 1987, S.2 f

⁸⁶ A.a.O.: S.4

sein, verwirklichen kann. In den Werkstätten werden anspruchsvolle Produkte in Zusammenarbeit mit Nichtbehinderten gefertigt.⁸⁷ In dieser sozialtherapeutischen Gemeinschaft wirken alle Beteiligten bis zu den schwer Behinderten zusammen, um ein bestimmtes Arbeitsziel zu verwirklichen. Deshalb leben häufig ganze Betreuerfamilien samt ihren Kindern mit Behinderten in Wohn- und Dorfgemeinschaften zusammen, verrichten gemeinsam im Einklang mit den Kreisläufen der Natur die nötigen Arbeiten und streben nach kultureller Fortbildung und Verwirklichung ihrer sich am Christentum, der Astrologie und der Naturmystik orientierenden religiösen Ziele. Die Landwirtschaft und die Gärtnerei nehmen dabei eine zentrale Stellung ein. "Das Versorgen der Tiere, die Pflege des Gartens und die Bemühungen um Fruchtbarkeit des Bodens in der biologisch-dynamischen Landwirtschaft schaffen Bedingungen, in denen sich die anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie entfalten können."⁸⁸

Neben Behindertendörfern gibt es auch noch eigene Schulen für die besondere Förderung von geistig behinderten Kindern, wie z.B. die "Karl Schubert Schule" in Wien. Anthroposophische Einrichtungen widmen sich jedoch nicht ausschließlich der Behindertenarbeit, obwohl diese einen sehr wesentlichen Teil ihrer Aufgaben einnimmt. Abgesehen davon existieren auch Ansätze zur Betreuung von Straffälligen, Drogenabhängigen und Arbeitslosen. Ein wesentlicher Charakter des anthroposophischen Menschenbildes ist neben der Toleranz gegenüber Andersdenkenden auch ihr internationalistischer Anspruch. In mittlerweile mehr als 280 verschiedenen Einrichtungen in 24 Ländern werden Entwicklungsstörungen der unterschiedlichsten Art nach Grundsätzen der Anthroposophie betreut. Dabei setzt sich jede Einrichtung aus Betreuern verschiedener Länder zusammen, welche

87 A.a.O.: S.10

88 A.a.O.: S.12

ihrerseits in der Regel nach geraumer Zeit die Einrichtung und oft auch das Land wechseln. Auf diese Weise soll ein tieferes Völkerverständnis geschaffen werden.

Anthroposophische Einrichtungen mit landwirtschaftlichen Betätigungsfeldern, welche sich die Betreuung geistig behinderter Menschen zur Aufgabe gesetzt haben, sind zahlreich. Allein für den deutschsprachigen Raum fällt es schwer, die wichtigsten aufzuzählen. Eine sehr bekannte, vielgeschätzte und auf eine lange Tradition zurückgreifende Einrichtung findet sich beispielsweise in der Schweiz in unmittelbarer Nähe zur österreichischen Grenze. Der "Ekkhardhof" in Lengwil-Oberhofen am Bodensee hat als "Heil- und Bildungsstätte für seelenpflege-bedürftige Kinder, Jugendliche und Erwachsene"⁸⁹ eine mehr als fünfzehnjährige Tradition in der Betreuung geistig und mehrfach behinderter Menschen in der Landwirtschaft aufzuweisen. Eine weitere bedeutende Einrichtung in der Schweiz befindet sich mit dem "Humanus Haus" in Worb/Beitenwil. Für die Bundesrepublik Deutschland wären z.B. stellvertretend für andere die Dorfgemeinschaften "Lehenhof" im Deggenhausertal, "Hermannsberg" in Hattenweiler/Heiligenberg oder "Lichtenhof" in Heiligenberg anzuführen. Auf all diese soll jedoch nicht weiter eingegangen werden. Interessanter scheint es, die Organisationsstrukturen, die Betreuungsziele und die Entwicklungsgeschichte analoger österreichischer Einrichtungen einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Im folgenden werden nun die Hofgemeinschaft "Wurzerhof", die Dorfgemeinschaft "Liebenfels" sowie das Wohnprojekt "Mariensee" ausführlich beschrieben. Die Intentionen der Betreuung sind dabei sehr unterschiedlich. Sie reichen vom Versuch, als Ausbildungshof zu fungieren, bis hin zur reinen Obhut ohne weiteres Reintegrationsziel in das öffentliche Leben. So sehr sich die einzelnen Einrichtungen nach den Betreuungsab-

⁸⁹ laut Eigendefinition; zitiert im Jahresbericht des Ekkhardhofs von 1989.

sichten auch unterscheiden mögen, so ähnlich sind sie sich in der Methodik der Betreuung, welche gemäß den Grundsätzen der Anthroposophie einen Heilungserfolg sucht.

5.3.2.1. Hofgemeinschaft Wurzerhof

Der Wurzerhof nahe St.Veit an der Glan bietet nahezu ideale Grundvoraussetzungen für eine emanzipatorische Behindertenarbeit in landwirtschaftlichen Betätigungsbereichen. Aufgrund seiner Größe (115 ha Gesamtfläche, davon 94 ha Eigenfläche), der vollkommenen Arrondierung der Flächen, der günstigen äußeren Verkehrslage, des modernen Zustandes der Wohn- und Wirtschaftsgebäude als auch der langjährigen Erfahrung mit der Ausbildung geistig behinderter Jugendlicher, kann er als Paradebeispiel einer integrativen Sozialtherapie angeführt werden. Da die einzelnen Gebäude und Einrichtungen nahe beisammen gelegen sind, sieht sich der Wurzerhof laut Eigendefinition nicht als Dorf-, sondern als eine Hofgemeinschaft.

Die Aufgabe des Wurzerhofes liegt weniger in einer ständigen Anhaltung von Geistesbehinderten als vielmehr in der Schulung, Erziehung und Vermittlung von handwerklichen, hauswirtschaflichen und landwirtschaftlichen Fertigkeiten an Jugendliche zur Ermöglichung und Erleichterung einer weitgehenden Integration in ein späteres Alltagsleben. So gesehen könnte man ihn auch unter die Ausbildungshöfe einreihen. Ähnlich der Dorfgemeinschaft in Liebenfels orientieren sich aber die dabei angewandten sozialtherapeutischen und heilpädagogischen Betreuungsmaßnahmen an den anthroposophischen Grundsätzen und Vorstellungen Rudolf Steiners. Im Gegensatz zu Liebenfels befindet sich allerdings die Liegenschaft mit der Behindertenbetreuungseinrichtung nicht im Besitz eines Vereins, sondern im Privatbesitz der Familie Remer-Bartsch, einer Familie, deren Name sehr eng mit den Ursprüngen der anthroposophischen Geisteswissenschaft verbunden ist.

Von den Anfängen zur Gegenwart

Der Wurzerhof ist nicht nur ein Wegbereiter im Bereich der Sozial- und Heiltherapie geistig behinderter und psychisch kranker Jugendlicher, sondern gleichzeitig auch der erste biologisch-dynamisch geführte landwirtschaftliche Betrieb Österreichs. Das Gut wurde 1913 von Wolfgang Wurzer, dem Großvater der heutigen Besitzerin, einem begeisterten Traberzüchter, der sich die Nähe des Gutes zur ersten Kärntner Trabrennbahn in St. Veit an der Glan zunutze machte, angekauft. Von Anfang an führte er den Betrieb auch als landwirtschaftlichen Lehrbetrieb und stellte ihn 1927, für Österreich damals ein absolutes Novum, auf die biologisch-dynamische Produktionsweise um.

Eine Tochter Wolfgang Wurzers heiratete den Breslauer Philosophen, Pädagogen und Agronomen Dr. Erhardt Bartsch, dessen Vater, Rektor Moritz Bartsch, ein persönlicher Freund und Weggefährte Rudolf Steiners sowie Zweigleiter der anthroposophischen Vereinigung in Breslau, der Begründer der ersten deutschen Sonderschule für geistig behinderte Kinder war. Neben seinen eigenen Kindern ließ er auch eine Reihe von geistig beeinträchtigten Kindern in seinem Haushalt mitleben, wodurch Dr. Bartsch von frühester Jugend an eine tiefe Beziehung zu behinderten Menschen entwickeln konnte. Nach dem Tod seiner Schwiegermutter übersiedelte Dr. Bartsch 1950 mit seinen Kindern nach Kärnten auf den Wurzerhof und übernahm das Gehöft und den Lehrbetrieb.

In den ersten Nachkriegsjahren gab es in Kärnten eine Vielzahl von psychisch sehr schwierigen Kindern und Jugendlichen. Neben den Kindern lediger Mägde befanden sich darunter viele Flüchtlingskinder und solche, denen, durch die Wirren des Krieges und die bittere Armut entwurzelt und traumatisiert, jederlei Zukunftsperspektiven verloren gegangen waren. Weiters bot generell der ländliche Raum der heranwachsenden Jugend wenig Berufsaussichten. Aus dieser Situation heraus beschloß Dr. Bartsch, eine Initiative gegen die soziale Verwahrlosung von jungen Menschen und gegen die überhandnehmende Landflucht

zu ergreifen. In diesem Zusammenhang nahm er sozial geschädigte und lernschwache Jugendliche in seinem Lehrbetrieb auf, bildete sie in kleinen Gruppen in den biologisch-dynamischen wie auch in den herkömmlichen Landwirtschaftsmethoden aus, lebte und feierte Feste mit ihnen und trug auf diese Weise maßgebend zu deren sozialer Reintegration bei.

Die sozialpädagogischen Erfolge erstaunten die Öffentlichkeit dermaßen, daß der damalige Landesschulrat Hofrat Orasche und der Leiter des Sozialamtes der Landesregierung Hofrat Zojer an Dr. Bartsch mit der Bitte herantraten, auch mit geistig behinderten Sonderschulabsolventen eine Versuch zu wagen. Nachdem Dr. Bartsch eingewilligt hatte, wurden 1960 die ersten 10 geistig beeinträchtigten Jugendlichen beiderlei Geschlechts übernommen. In einem Internatsbetrieb konnten ihnen mit Hilfe anthroposophischer Heilpädagogik- und Sozialtherapiemethoden die für den Abschluß für die Landwirtschafts- bzw. die landwirtschaftliche Hauswirtschaftslehre nötigen Kenntnisse vermittelt werden. Dabei wurde zum Erlernen des Prüfungsstoffes durchschnittlich dreimal soviel Zeit als für normale Schüler aufgewendet. Die Funktion des Wurzerhofes bestand dabei nicht nur in der Vermittlung des praktischen Wissens, sondern auch in der speziellen, für die geistig Behinderten adäquaten Aufbereitung des theoretischen Lehrstoffes der landwirtschaftlichen Fachschule in St. Veit an der Glan.

Mit der Zeit stieg jedoch das Anforderungsprofil für die land- und hauswirtschaftlichen Lehrberufe. Das Ablegen einer Führerscheinprüfung wurde zur Grundvoraussetzung für die Lehre, der komprimierte Lehrstoff, insbesondere im technischen und organisatorischen Bereich, überstieg die Möglichkeiten und Fähigkeiten der geistig behinderten Jugendlichen vom Wurzerhof. Außerdem wurde die Berufsschule vom nahen St. Veit an der Glan nach Treibach/Althofen verlegt. Dies hätte die Unterbringung in einem Internat erfordert, was dem Zustand der Betroffenen abträglich gewesen wäre. Folglich sah man sich schon relativ bald gezwun-

gen, vom Konzept der Vermittlung einer allgemeinen Lehrausbildung abzukommen.

Gleichwohl wollte man jedoch nicht von der Ausbildungsintention abrücken. So war es der einzige Ausweg, verstärkt eine praktische Anlehre als Ausbildungsziel in den Mittelpunkt zu stellen. Zur selben Zeit wurden neben den klassischen Ausbildungsdisziplinen Gärtnerei, Landwirtschaft und ländliche Hauswirtschaft zusätzliche geschützte Werkstätten eingerichtet. Gegenwärtig gibt es die Möglichkeit einer Anlehre in der Tischlerei, Weberei oder in der Töpferei. Die Ausbildung dauert in der Regel drei bis vier Jahre. Sobald die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten erlernt worden sind, werden die Jugendlichen von Betrieben der entsprechenden Branchen übernommen, das sind neben landwirtschaftlichen Betrieben unter anderem auch Gärtnereien, Baumschulen und Sägewerke. Normalerweise gelingt die Integration in das Alltagsleben sehr gut, wobei sich im Bereich der Tischlerei allerdings die Konkurrenz anderer geschützter Werkstätten sehr negativ auswirkt.

Die Institution vermittelt nach erfolgter beruflicher Ausbildung die behinderten Jugendlichen an Privatfirmen, welche in ihrer Betriebsstätte einen geschützten Arbeitsplatz einrichten. Rein juristisch ist dabei eine mindestens 50%ige Erwerbsfähigkeit Voraussetzung. Die neuen Arbeitgeber können als Anreiz für eine Behinderteneinstellung mit der Übernahme der Soziallasten durch die Landesregierung, das Landesinvalidenamt sowie der Arbeitsmarktverwaltung rechnen.

Dr. Bartsch starb kurz nach dem Beginn des Modellversuches. Seine Frau, die sich vorher der Verwaltung der deutschen Besitzungen der Familie angenommen hatte, kehrte zurück und übernahm die Leitung der heilpädagogischen Betreuung am Wurzerhof. 1964 trat auch die jetzige Eigentümerin Frau Johanna Remer-Bartsch gemeinsam mit ihrem Ehemann in die Dienste der Einrichtung und übernahm 1965 die Heimleitung.

Einige Betriebsdaten

Der Betrieb verfügt über ca. 50 ha Acker- und Grünland, 50 ha Wald sowie ca. 15 ha Alm- und Moorflächen. Die Bewirtschaftung erfolgt auf rein biologisch-dynamische Weise. Pflanzen- und Tierproduktion liefern vielfältige Produkte, die für eine weitestgehende Autarkie in der Nahrungsmittelversorgung der Hofbewohner sorgen. Es werden sämtliche für den eigenen Bedarf benötigten Getreide-, Hackfrüchte und Futterpflanzen, Obst- und Gemüsearten erzeugt. Das Getreide wird im hofeigenen Ofen selber zu Brot verbacken.

65 Rinder, darunter 20 Milchkühe, werden in Tieflaufboxen gehalten. Der Hof beherbergt eine eigene kleine Molkerei, in welcher für den Eigenbedarf die Milch zu Rahm, Butter, Topfen und Glundner Käse verarbeitet wird. Nebenbei tragen ca. 70 Schafe, etliche Schweine sowie an die 150 Legehennen und Masthühner zur Sicherung der Fleischversorgung bei. 6 Haflingerpferde als Arbeitstiere und einige Bienenvölker komplettieren die Vielfalt des Tierbestandes.

Die einzelnen landwirtschaftlichen Arbeiten werden entweder mit dem Traktor oder mit den Pferden durchgeführt, wobei natürlich Landmaschinen sowohl für das Pferd als auch für den Traktor als Repertoire notwendig sind.

Das Leben und die Aufnahme in die Hofgemeinschaft

Neben der Familie Remer-Bartsch wohnen 3 bis 4 Angestellte ständig auf dem Wurzerhof. Weitere 8 bis 10 Mitarbeiter leben auswärts und gehen ihrer Arbeit als Tischler, Gärtner, Landwirtschaftsmeister, Hausmeister, Köchin, Wäscherin, Reinigungs- und Bürokräft usw. in einer geregelten Arbeitszeit nach.

Zur Zeit sind im Heim ca. 35 geistig und mehrfachbehinderte Jugendliche in einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis untergebracht. Unter ihnen befinden sich auch 10 Personen im Erwachsenenalter, die in der Vergangenheit auf keinen Arbeitsplatz

vermittelt werden konnten. Mädchen und Burschen wohnen in voneinander getrennten Gebäuden in gut ausgestatteten Ein- bis Drei-Bettzimmern.

Die Aufnahme auf den Wurzerhof erfolgt normalerweise im Anschluß an ein heilpädagogisches Gutachten über die Landesregierung im Einverständnis mit den Betroffenen und deren Erziehungsberechtigten. Zunehmend spielen aber auch die Aktivitäten von Sonderschullehrern eine Rolle, welche sich nach dem Schulabschluß ihrer nicht in den öffentlichen Arbeitsprozeß vermittelbaren Schüler um eine Weiterbildung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung bemühen. Außerdem kommt es vor, daß bestimmte Arbeitgeber für das Erteilen einer Beschäftigung eine sozialpädagogische Ausbildung am Wurzerhof voraussetzen.

Die Arbeit in den Werkstätten ist auf täglich 8 Stunden begrenzt. In der Landwirtschaft verlängert sich allerdings die Arbeitszeit je nach den Witterungsbedingungen und den Erfordernissen der anfallenden Arbeit. Der Einsatz der Jugendlichen in den einzelnen Aufgabenbereichen erfolgt unter Berücksichtigung der persönlichen Fähigkeiten und Neigungen. Bestimmte Tätigkeiten, welche eine hohe Qualifikation erfordern, wie z.B. das Traktorfahren, bleiben den Betreuungspersonen vorbehalten. Die Jugendlichen besuchen in der Regel alle 14 Tage ihre Eltern, außerdem wird allen eine jährliche Ferienzeit von 5 Wochen zugestanden.

Am Sonntag und an den Abenden finden regelmäßig gemeinsame Freizeitaktivitäten statt. Neben Ballspielen und sonstigen Gesellschaftsspielen, Basteln, Malen und Spaziergehen stehen dabei auch Diskussions-, Tanz-, Bildungs- und Kulturabende auf dem Programm. Videofilme werden angeschaut, Theateraufführungen einstudiert, Übungen zur Eurhythmie abgehalten und das theoretische Wissen so z.B. über landwirtschaftliche Grundlagen gefestigt und erweitert. Gelegentlich dürfen die Betreuten gemeinsam mit den Angestellten auch einmal ins Hallenbad oder ins Kino. An manchen Wochenenden werden auch Ausflüge zu Sehenswürdigkeiten in der engeren Umgebung organisiert.

Sozialmedizinische Versorgung und Therapien

Den heiltherapeutischen und sozialpädagogischen Therapien wird in der Hofgemeinschaft große Bedeutung beigemessen. Sie fließen überall dort ein, wo ein Lernprozeß neue Fähigkeiten entwickelt und damit auch das Selbstvertrauen stärkt. Einen festen Platz im Therapieprogramm haben dabei Heileurhythmie, Heilgymnastik, Heilmassagen und die Sprachgestaltung. Malen und Formenzeichnen, Musizieren, Singen, Volkstanz und Theaterpiel sind ebenfalls Methoden, die zur Festigung der Persönlichkeit eingesetzt werden. Die einzelnen Maßnahmen werden unter Anleitung von fachlich kompetenten Heiltherapeuten durchgeführt.

Die Versorgung bei somatischen Erkrankungen erfolgt durch den jeweils diensthabenden Praktiker oder Facharzt. Bei neurologischen Krisen und akuten Syndromen kann ein Neurologe relativ rasch erreicht werden. Günstig wirkt sich dabei die Nähe zu St. Veit an der Glan und die Schnellstraßenverbindung nach Klagenfurt aus. Absolut notwendige Medikamente werden über ärztliche Anordnung von den Betreuungspersonen selber verabreicht.

Die Finanzierung der Einrichtung

1961 wurde ein eigener Trägerverein gegründet, dem die Aufgabe der Erziehung, Ausbildung und Förderung behinderter und sozial vernachlässigter Jugendlicher nach anthroposophischen Grundsätzen im Hinblick auf das Ermöglichen der Führung eines weitgehend selbständigen Lebensunterhaltes zuteil wurde. Zur Zeit gehören dem Verein etwa 100 Mitglieder an, die mit ihren Mitgliedsbeiträgen maßgeblich zur Finanzierung der Einrichtung beitragen. Daneben erhält der Verein von der Kärntner Landesregierung den Tagessatz für die Betreuung der geistig behinderten Jugendlichen. Zusätzliche Einnahmequellen eröffnen sich durch den Verkauf der erzeugten Produkte aus der Landwirtschaft und den einzelnen Werkstätten.

Aus den Einkünften werden die laufenden Betriebs- und Investitionsausgaben, die Löhne und Gehälter der Mitarbeiter sowie die Kosten für Kleidung und Therapien der Betreuten bestritten. Die Jugendlichen erhalten zusätzlich ein Taschengeld von monatlich 300 bis 900 öS, gestaffelt nach dem Ausbildungsjahr.

Conclusio

Die Kombination Sozialtherapie und Landwirtschaft bietet eine hervorragende Chance, den Mangel an Halt und Selbstbewußsein bei geistig behinderten und milieugeschädigten Jugendlichen zu beseitigen. Wichtig dabei ist die notwendige Anerkennung und Zuneigung seitens der betreuenden Personen.

Die Arbeit in der Landwirtschaft ist aufgrund ihrer Vielseitigkeit und Abwechslung, dem bewußten Erleben der jahreszeitlichen Naturkreisläufe und der Arbeit in der frischen Luft vorzüglich für eine erfolgversprechende Heiltherapie und Sozialpädagogik geeignet. Der Umgang mit Tieren vermittelt Freude, regt die Phantasie an und wirkt einer Retardierung der Persönlichkeit entgegen.

Die am Wurzerhof betreuten und ausgebildeten Jugendlichen sind in der Mehrzahl keine Schwerbehinderten. Dies zeigt sich schon daran, daß nur ganze zwei Personen besachwaltert werden. Insofern setzt sich das Modell ein sehr konkretes Ziel, nämlich die weitestmögliche Reintegration in das öffentliche Leben und in den allgemeinen Arbeitsprozeß. Die Vermittlung als angelernte Hilfsarbeiter in handwerklichen Berufen ist dabei vorbehaltlos zu begrüßen. Die Antwort auf die Frage, ob auch die Perspektive eines geschützten Arbeitsplatzes an einem Bauernhof die optimale sei, ist viel schwieriger. Vieles hängt dabei vom sozialen Anschluß und von der persönlichen Beziehung zur jeweiligen Bauernfamilie ab. Das Leben als Landarbeiter birgt durch die strukturelle Abgeschiedenheit auf einem Bauernhof für wenig gefestigte Personen die Gefahr einer gesellschaftlichen Segrega-

tion und des Entstehens von neuen Abhängigkeiten. Gleichzeitig geht für den geistig Beeinträchtigten aber auch der Kontakt zu den Gleichbetroffenen, so wie sie eine sozialtherapeutische Lebensgemeinschaft offerieren kann, verloren.

Die sozialtherapeutische Einrichtung am Wurzerhof bietet gegenüber den geschützten Werkstätten und Tageswerkstätten für Behinderte, so wie sie z.B. die Österreichische Lebenshilfe oder die öffentliche Hand betreiben, auch den Vorteil einer ständigen Betreuung und Beaufsichtigung, wohingegen erstere am Abend und an den Wochenenden geschlossen halten.

Gegenwärtig befindet sich der Wurzerhof in einer Umstrukturierungsphase. Aufgrund von tiefgehenden Auffassungsunterschieden zwischen dem Trägerverein und der Besitzerin bezüglich der Organisation der einzelnen Ausbildungsaufgaben ergaben sich gewisse Friktionen, die einer dringenden Bereinigung bedürfen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit es gelingen mag, diese in der landwirtschaftlichen Sozialtherapie für Österreich so vorbildliche und traditionelle Einrichtung in bewährter Form zu erhalten.

5.3.2.2. Dorfgemeinschaft Liebenfels (ein ländliches sozialtherapeutisches Wohnprojekt)

Die Camphill-Bewegung

Die heilpädagogische Einrichtung Liebenfels sieht sich als Teil der sogenannten Camphill-Bewegung. Camphill entstand in der Tradition anthroposophischer Sozialtherapievorstellungen aus der Initiative einer Gruppe junger österreichischer Künstler, Studenten und Intellektueller, welche sich in den Dreißiger Jahren um den Arzt und Pädagogen Dr. Karl König (1902-1966) scharten, der seinerseits in engem Kontakt mit Rudolf Steiner, dem Begründer der anthroposophischen Lern- und Lebensauffassung, stand. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Österreich mußte Dr. König nach Schottland emigrieren, wo er in der Ortschaft Camphill gemeinsam mit seinen Schülern sein sozial-

therapeutisches Werk- und Wohnstättenprojekt entwickeln konnte. Mittlerweile umfaßt die Camphill-Bewegung ein Netzwerk von beinahe 80 Einrichtungen in 18 Staaten dreier Kontinente.

Das Ziel der Camphill-Bewegung war und ist die Verwirklichung anthroposophischer Vorstellungen im alltäglichen Leben. Dabei gehen die Mitglieder der Einrichtung von der Idealvorstellung einer integrativen Dorfsiedlung aus, in der die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen, wie Kinder, Erwachsene, gesunde, alte und behinderte Menschen, in einer engen sozialen Bindung zueinander leben sollen. Von Anfang an stand dabei die soziale und heilpädagogische Betreuung von geistig- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen im Zentrum. Erst in jüngster Zeit wurden auch Projekte mit anderen sozialen Randgruppen initiiert, so z.B. mit Drogenabhängigen und Arbeitslosen in England. Die meisten Einrichtungen entstanden in ländlichen Regionen, wobei der landwirtschaftlichen Tätigkeit besondere Bedeutung beigemessen wird. Erst vor kurzem konnten erste städtische Sonderprojekte geschaffen werden.

Bei der traditionellen Camphill-Einrichtung im ländlichen Raum mit einer Akzentuierung auf landwirtschaftliche Aufgabenbereiche und auf die Einbindung von geistig und mehrfachbehinderten Menschen steht der Leitsatz einer weitgehend von der Außenwelt autonomen Einrichtung im Mittelpunkt, in der Behinderte und Nichtbehinderte zusammen wohnen und arbeiten. Im einzelnen stehen dabei theoretisch alle Möglichkeiten offen. Es gibt keine festen Leitlinien für die Richtung, in welche sich die Gemeinschaft entwickeln soll. Je nach den Impulsen und den Bedürfnissen der Mitglieder können sich bestimmte Werkstätten- und Wohnformen, Erziehungs- und Lebenssysteme entwickeln, modifizieren oder einander ablösen. D.h. es wird auf eine möglichst große Offenheit und Flexibilität Wert gelegt. Ein weiteres Merkmal der Bewegung ist ihr Internationalismus. Die einzelnen Camphill-Plätze leisten sich gegenseitig Hilfe, die Mitglieder der

Dorfgemeinschaften setzen sich aus Bürgern der unterschiedlichsten Nationen zusammen.

Zur Entstehung der Einrichtung in Liebenfels

Im Jahre 1976 wurde die erste Liegenschaft angepachtet und mit zwei Mitarbeiterinnen und vier Betreuten begonnen, eine Wohn- und Werkstätte, vorerst eine Weberei, einzurichten. In den folgenden Jahren wurden sukzessive weitere Objekte angepachtet bzw. angekauft, sodaß mittlerweile ein Dorfbewohnerstand von 53 schwer geistig behinderten Jugendlichen und einer variierenden Zahl von 20 bis 30 Mitarbeitern mit ca. 15 Kindern erreicht werden konnte. Die einzelnen Höfe gehen auf alte slowenische Anwesen zurück, welche, in großzügiger Weise modernisiert und umgebaut, heute sowohl Wohn-, Versammlungs- als auch Kultur-, Freizeit- und Werkstätten für die einzelnen Dorfmitglieder beherbergen. Alle Liegenschaften befinden sich in der engeren Nachbarschaft, im Umkreis von nur wenigen Kilometern und können zu Fuß, als auch mit dem Auto rasch erreicht werden. Dabei fügen sich die einzelnen Glieder der Dorfsiedlung zu einer wirtschaftlichen Einheit zusammen. So beliefert die Bäckerei in Pflausach sämtliche Wohngemeinschaften mit dem nötigen Brot und Backwaren, während die Schreinerei in Mossenig u.a. Latten und Verschalungen, aber auch Möbelstücke für die anderen Teile der Dorfgemeinschaft erzeugt. Teilweise werden die erzeugten Produkte auch an Privatpersonen und auf Wochenmärkten bzw. in Waldorfschulen verkauft. Die Landwirtschaft ist sehr vielseitig angelegt, d.h. es existieren die unterschiedlichsten Betriebsparten. Die Produktpalette bietet vielseitige Erzeugnisse angefangen von der Milchwirtschaft über die Rinder- und Schweinemast, Geflügelhaltung, Getreide-, Kartoffel- und Gemüseanbau bis hin zur Obst- und Bienenkultur. Produziert wird biologisch-dynamisch und maschinenextensiv unter Einsatz von viel Handarbeit. Da die landwirtschaftliche Nutzfläche der Dorfgemeinschaft nicht ausreicht, sämtliche benötigten Produkte für alle Mitglieder selbst zu erzeugen, müssen bestimmte Nahrungsmittel

von biologischen Betrieben aus der Umgebung (anthroposophischen Höfen des Demeterbundes) zugekauft werden.

Die Dorfgemeinschaft setzt sich gegenwärtig aus den folgenden Gehöften zusammen:

- *Wertsch*: Dieses als erstes gepachtete Anwesen beherbergt die Weberei. Der dazu gehörende Grund ist mit ca. 1 ha bescheiden. Er wird als Obst- und Gemüsegarten genutzt.
- *Mossenig*: Hier befinden sich die Schreinerei und eine Werkstätte zur Herstellung von Woll- und Seidenwäsche. Als landwirtschaftliche Nutzfläche ist ebenfalls lediglich ein kleiner Gemüsegarten vorhanden.
- *Quellenhof (Studentitzer)*: Dieser alte Bauernhof bildet gemeinsam mit dem Nachbargebäude "Marienhöhe" eine Einheit. Mit den insgesamt 5 ha trägt er wesentlich zur Erzeugung der benötigten Nahrungsmitteln bei.
- *Pflausach*: beherbergt die Bäckerei und hat mit seinen 7 ha den größten Anteil an der landwirtschaftlichen Produktion der Dorfgemeinschaft. Im alten, baufälligen Stall werden etliche Rinder, Milchkühe und Schweine gehalten.

Pro Gehöft leben im Durchschnitt zwei Betreuerfamilien nebst deren Kindern mit 8 bis 15 Betreuten in einer Wohn- und Arbeitsgemeinschaft zusammen. Jedes Gehöft besteht aus jeweils zwei bis vier Teilgebäuden, welche ursprünglich als Wirtschaftsgebäude genutzt, heute sowohl über Wohn- und Werkstätten, als auch über Versammlungs- und Veranstaltungssäle verfügen. Die betreuenden und betreuten Personen wohnen und arbeiten zusammen, nehmen die Mahlzeiten gemeinsam zu sich und gestalten ihre Lebenssphäre gemeinsam. Die Betreuten leben in der Regel in Zweibett-, im Einzelfall aber auch in Drei- bis Vier- bzw. Einbettzimmern. Angesichts der alten Bausubstanz sind sie hervorragend eingerichtet. Auch die sanitären Anlagen sind dem heutigen Standard adäquat und in ausreichender Zahl vorhanden. Auf die Hygiene wird peinlichst Bedacht genommen. Neben den Mitgliedern der Dorfgemeinschaft leben in der Regel externe

Personen, wie Zivildienstler, Heil- und Sozialtherapiepraktikantinnen aber auch Volontäre, Besucher und Freunde, oft nur für sehr kurze Zeit, in der Dorfgemeinschaft mit. Gäste werden gerne gesehen und von den Mitgliedern der Dorfgemeinschaft freundlich aufgenommen. Die Anwesenheit und Mitarbeit von temporären Aushilfskräften entlastet die Betreuerfamilien und ermöglicht es ihnen auch, für eine bestimmte Zeit auf Urlaub zu gehen.

Die Aufnahme in die Dorfgemeinschaft

Die Mitarbeiter der Dorfgemeinschaft absolvieren in der Regel eine dreijährige interne sogenannte "Camphill-Ausbildung". In den Kursen werden sie dabei in der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie wie auch in der Eurhythmie und anderen künstlerisch-therapeutischen Methoden geschult. Die Ausbildung wird zumeist, wie der spätere Arbeitseinsatz auch, in einem Camphill-Dorf im Ausland durchgeführt. Dadurch soll den Betreuern ein multikulturelles, humanitäres und offenes Weltbild als Voraussetzung für ihre Sozialarbeit vermittelt werden.

Die Aufnahme der geistig Behinderten wird nach Abschluß der Sonderschule für Schwerstbehinderte, bzw. sofern sie nicht schulfähig sind, im Alter von 16 Jahren auf Antrag über die Landesregierung nach Erstellung eines heilpädagogischen Gutachtens angeregt. Ein Teil der behinderten Dorfmitglieder stammt aus dem Heim für geistig behinderte Kinder in Eggenburg, mit dem enge Beziehungen bestehen, wieder andere gelangen auf Initiative der Eltern oder sonstiger Personen nach Liebenfels. Der Aufnahme geht ein Gespräch mit der behinderten Person und mit den Erziehungsberechtigten voraus. Die endgültige Aufnahme erfolgt erst nach Ablauf einer Probezeit, da davon ausgegangen wird, daß für die entsprechende Person die Bereitschaft und Fähigkeit einer Eingliederung in den Familienverband der Dorfgemeinschaft vorausgesetzt werden muß. Ein großes Problem liegt dabei, entsprechend den Aussagen der Betreuungspersonen, in der späten Erfassung der Geistesbehinderten. Im Alter von 16

Jahren ist die Mehrzahl aufgrund der mangelnden Auseinandersetzung und Förderung im Kleinkindalter schon hochgradig hospitalisiert, sozial- und seelengestört. Im Gegensatz zu anderen Ländern besteht aber in Österreich zur Zeit noch keine Camphill-Einrichtung, welche Kinder im Schul- und Vorschulalter betreuen könnte.

Vom Leben der "Dörfler"

Die geistig und mehrfachbehinderten vorwiegend Jugendlichen werden auch liebevoll als "Dörfler" bezeichnet und befinden sich alle im Alter zwischen 16 und 40 Jahren. Dabei überwiegt der Anteil der weiblichen Personen etwas. Das hängt damit zusammen, daß bei der Gründung der Dorfgemeinschaft nur sehr wenige männliche Betreuer zur Verfügung standen. Erst allmählich gleicht sich das Geschlechterverhältnis aus.

In sämtlichen Lebensbereichen wird, wie schon oben angeführt, auf eine vollständige Einbindung der geistig behinderten Personen Bedacht genommen. Man versucht, durch eine sinnvolle Arbeit, durch eine Zuweisung von individuellen Aufgabenbereichen und durch immer wiederkehrende strenge Rituale (z.B. das Tischgebet) den einzelnen Behinderten Persönlichkeitshalt zu geben. Außerdem werden die Feste der Jahreszeit und der christlichen Religion miteinander begangen. Dadurch soll der kranken Psyche die Möglichkeit gegeben werden, sich durch die Einwirkung von intensiven Sinneseindrücken zu festigen.

Der Arbeitstag ist genau geregelt und wird von allen Dorfbewohnern gemeinsam begangen, wobei jede Person entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten und persönlichen Präferenzen den jeweiligen Einsatzort findet. Gearbeitet wird Montag bis Freitag jeweils zwischen 9 und 12 sowie 14.30 und 18 Uhr. Am Samstag wird ab 12 Uhr frei gegeben. Gewisse Ausnahmen gibt es natürlich bei den arbeitsorganisatorisch, jahreszeitlich bzw. witterungsbedingten Erfordernissen der Stall- und Feldarbeit. Soweit wie möglich wird bei den "Dörflern" auf eine Trennung zwischen

Arbeits- und Wohnbereich geachtet. Der Arbeitsweg wird wenn möglich zu Fuß zurückgelegt. Je nach Witterung, der geistigen und körperlichen Verfassung der Personen werden sie eventuell auch mit einem Auto transportiert.

Am Abend wird regelmäßig ein Freizeitprogramm angeboten. Gemeinsam werden Spiele gespielt, aber auch Bücher- und Bibel-lesungen veranstaltet. Die Teilnahme ist dabei freiwillig. Mit einem Abendlied wird der Tag offiziell beschlossen. Eine strenge Nachtwache gibt es nicht. Jeder kann, sofern es sein medizinischer Zustand gestattet, nach eigenem Willen noch aufbleiben oder sich auf das Zimmer zurückziehen.

Jeden Donnerstag Vormittag wird ein sogenannter Bildungsmorgen abgehalten, bei welchem das theoretische Wissen und die einzelnen Fähigkeiten der Behinderten in Lesen, Schreiben und Rechnen, aber auch in Geographie, Heimatkunde, Kunst, Malen usw. gefestigt und erweitert werden sollen. Die Veranstaltungen werden von den Mitarbeitern durchgeführt und sind ebenfalls für niemanden verpflichtend. In Anbetracht der gravierenden geistigen Behinderungen sind die pädagogischen Erfolge bemerkenswert. Einzelne führen sogar aus freien Stücken heraus ein Tagebuch oder schreiben Briefe an ihre Angehörigen.

Dem kulturellen Leben wird breiter Raum gegeben. In eigenen Veranstaltungssälen werden mit den Behinderten Theateraufführungen zu kirchlichen und weltlichen Festen inszeniert. Die Aufführungen sind öffentlich, teilweise wird damit sogar auf Tournee gegangen. Nebenbei werden Zeitschriften und Jahresberichte über alle Aktivitäten in der Camphill-Gemeinschaft herausgebracht.

Durchaus außergewöhnlich ist, daß die meisten Behinderten noch gute Kontakte zu ihren Angehörigen besitzen. Dies mag daran liegen, daß die meisten Eltern und Erziehungsberechtigten damit reflektieren, ihre schwer geistig behinderten Zöglinge in einer möglichst optimalen Einrichtung unterzubringen. In der Regel

fahren die "Dörfler" einmal im Monat zu ihren Angehörigen nach Hause.

Medikation, Supervision und Sachwalterschaft

Im Gegensatz zu anderen Camphilleinrichtungen im Ausland gibt es für die medizinische Betreuung der Patienten in Liebenfels keinen eigenen anthroposophischen Dorfgemeinschaftsarzt. Es bestehen jedoch sowohl zur psychiatrischen Abteilung des LKH-Klagenfurt als auch zu den diensthabenden Fach- und praktischen Ärzten der Umgebung enge Kontakte. Bei akuten somatischen Krankheitsfällen wird der nächste Dorfarzt aufgesucht, der abgesehen davon einmal im Monat in der Dorfgemeinschaft seine Sprechstunden abhält. Für bestimmte Fälle steht auch ein homöopathischer Arzt in Klagenfurt zur Disposition.

Für die neurologische Medikation wird ein Neurologe in Klagenfurt konsultiert. Die Einstellung der schwerpsychisch Kranken mit Depotneuroleptika in der medizinischen Betreuung obliegt als Aufgabe den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, denn das sozialtherapeutische Wohnprojekt in Liebenfels sieht sich nicht primär als eine psychiatrische Einrichtung. Bei akuten Krisen werden die psychisch Kranken für ein bis zwei Wochen stationär eingewiesen.

Fast alle Betreuten werden aufgrund ihrer schweren geistigen Behinderung besachwaltet. Die Sachwalterschaft liegt dabei in der Mehrzahl der Fälle aufgrund des akuten Personalmangels des Kärntner Vereins für Sachwalterschaft bei den engeren Angehörigen. Nur in einem einzigen Fall übernahm eine Betreuungsperson aus der Dorfgemeinschaft die Sachwalterschaft.

Finanzierung

Die Einrichtung finanziert sich weitgehend aus den Mitteln des Tagessatzes und des Pflegegeldes sowie aus den Einnahmen der Werkstätten. Daneben greifen für die Deckung von Sonderausgaben potente Mäzene mit ihren Spendengeldern bereitwillig

unter die Arme. Die Unterstützung durch ausländische Camphill-Einrichtungen erfolgt hingegen vor allem auf personeller und ideeller Ebene.

Eine kollektivvertragliche Entlohnung für die eingebrachte Arbeitsleistung erfolgt weder für die Betreuungspersonen noch für die Behinderten. Statt dessen herrscht eine weitgehende Gütergemeinschaft. Die Mitarbeiter werden zwar offiziell angestellt, deren Gehälter fließen allerdings in einen gemeinsamen Topf, aus dem dann die für alle notwendigen Anschaffungen beglichen werden. Abgesehen davon erhalten die Betreuungspersonen ein monatliches Taschengeld in der Höhe von ca. 2.000 öS. Sämtliche Einrichtungen und Fahrzeuge der Dorfgemeinschaft stehen ihnen aber nichtsdestoweniger auch für private Zwecke zur Verfügung.

Die betreuten Personen erhalten ebenfalls ein Taschengeld von ca. 700 öS im Monat, wobei sich je nach Herkunft der Personen gewisse Unterschiede ergeben. Während z.B. die aus Wien stammenden Behinderten ein Taschengeld gemäß dem Wiener Landesbehindertengesetz erhalten, gehen die aus Kärnten leer aus. Um das auszugleichen, erhalten letztere ihr entsprechendes Taschengeld aus dem gemeinsamen Topf der Werkstättenerlöse. Nebenbei schießen die Eltern und Erziehungsberechtigten teilweise noch private Geldmittel zu. Für jene, die kein zuhause mehr haben, werden als Ausgleich Sparbücher eingerichtet.

Einmal in der Woche haben die "Dörfler" Gelegenheit, auf einem in der Dorfgemeinschaft eigens eingerichteten Markt persönliche Dinge zu erwerben. Einkäufe im nächstgelegenen Dorf oder in St. Veit an der Glan werden allerdings nur gemeinsam mit den Betreuungspersonen getätigt. Wegen des relativ weiten Weges zum nächsten Dorf finden die Behinderten kaum Gelegenheit, allein einkaufen zu gehen.

Fazit

Die Dorfgemeinschaft in Liebenfels bietet interessante Ansätze einer emanzipatorischen Behindertenarbeit. Einerseits wird ein relativ geregelter Tagesablauf mit den für die Festigung der Persönlichkeit der geistig Schwerbehinderten so wichtigen festen Ritualen und Symbolen determiniert, andererseits bleibt jedoch die Offenheit und soziale Transparenz der Einrichtung gewährleistet. Die geistig und mehrfach Behinderten finden in der Dorfgemeinschaft im Umgang mit den erwachsenen Betreuern, deren Kindern, aber auch mit den Tieren aus der Landwirtschaft oft jenen sozialen Halt, den sie in der Verwahrung und Bevormundung des trostlosen Anstaltslebens entbehren müßten.

Ein wesentliches Faktum für die sozialpädagogischen Erfolge dieses integrativen Wohnprojektes liegt in der persönlichen Motivation und im Engagement der Behindertenbetreuer, die nur mit einer starken Ideologie im Hintergrund, hier als Beispiel die anthroposophische Heilpädagogik- und Sozialtherapielehre, erreicht werden kann. Dieser Antrieb manifestiert sich etwa in der Aussage einer Betreuerin, welche meint, daß ihr Einsatz für "das soziale Leben sehr wichtig sei, weil es die anderen zu mehr Hilfsbereitschaft anspornt".

Auch die sozialmedizinische Kontrolle und Versorgung sowie die Betreuung seitens der zuständigen Behörden in der Landesregierung und der psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses in Klagenfurt ist in zufriedenstellendem Maße gelöst. Die Mitarbeiter des Wohnprojektes bringen selber die nötigen Kenntnisse für die Durchführung bestimmter therapeutischer Maßnahmen mit. Außerdem besteht durch die ständige Anwesenheit von Zivildienern, Heiltherapie- und Sozialarbeitspraktikantinnen keine Gefahr eines Transparenzverlustes. Die einzelnen geistig Behinderten verhalten sich auch unbekanntem Personen gegenüber ohne Scheu und Angst und zeigen sich an allem und jedem interessiert. Einzig an das spätere Verlassen des Dorfprojektes wird nicht gedacht. Aber das ließe sich angesichts der Schwere der Behinderungen auch nur sehr schwer bewerkstelligen.

Obwohl der Anspruch auf eine möglichst solidarische Aufteilung der notwendigen Arbeit erhoben wird, müssen einzelne Arbeiten weiterhin den Betreuern vorbehalten bleiben. Dies sind z.B. alle jene Bereiche, welche eine gewisse fachliche und intellektuelle Qualifikation voraussetzen. Abgesehen davon gibt es aber auch manuelle Tätigkeiten, die Gefahrenquellen bergen oder bei denen hygienische Bedenken anzumerken sind. Der Stall befindet sich z.B. in einem sehr altmodischen und baulich schlechten Zustand. Die Kühe liegen noch am blanken Lehm Boden und auf verschmutztem Stroh. Deshalb bringt das Melken der Kühe die Gefahr einer Verunreinigung der Milch mit sich. Es wäre daher angebracht, sofern man Behinderte in diesem Bereich einsetzen möchte, einen neuen Stall zu errichten, der beim Melken weniger Ansprüche auf Bedachtsamkeit und Reinlichkeit stellt. Generell wurde auf den Einsatz technischer Geräte mit Gefahrenmomenten im Hinblick auf die Unfallvermeidung sowohl in den Werkstätten als auch in der Landwirtschaft und in der Gärtnerei so weit als möglich verzichtet.

Obwohl das Gemeinschaftsleben weitestgehend demokratisiert ist, bestehen bestimmte Ausnahmesituationen. So wird bei den Organisationsgesprächen die Anwesenheit der Behinderten als störend empfunden werden. Dies widerspricht entschieden allen weiter oben angeführten theoretischen Konzepten einer "Offenen Psychiatrie" oder "Antipsychiatrie". Auch wird den geistig behinderten Jugendlichen die Anbahnung sexueller Beziehungen untereinander mit dem Vorwand der zu wenig ausgereiften Persönlichkeit verwehrt. Über diese Fragen ließe sich durchaus diskutieren. Warum in der Dorfgemeinschaft Liebenfels diese Frage nicht angegangen wird, ließe sich vielleicht damit erklären, daß dabei ideologische Vorformungen eine gewisse Rolle spielen. Trotz alledem lassen die konkrete Organisationsstruktur des Wohnprojektes und die Vielfalt der einzelnen landwirtschaftlichen und handwerklichen Tätigkeiten bei den geistig Behinderten jenes Kreativitätspotential zum Vorschein kommen, welches als Zeichen einer weitgehend optimalen Betreuung gewertet werden

kann. Die Einrichtung in Liebenfels ist mit Sicherheit eines der progressivsten und zukunftsweisendsten kontemporären Modelle einer offenen psychiatrischen Betreuung von geistig behinderten und chronisch psychisch kranken Menschen.

5.3.2.3. "Karl Schubert Haus" in Mariensee am Wechsel

In dem kleinen Dorf Mariensee am Wechsel in der Gemeinde Aspang/St. Peter im südlichen Niederösterreich entstand Anfang der Achtziger Jahre eine weitere, wenn auch sehr kleine anthroposophische Behinderteneinrichtung. Ein eigens dafür gegründeter Verein pachtete und renovierte ein altes Landgasthaus, welches unmittelbar in der Mitte des Ortes gelegen ist, und schuf damit Lebensraum für eine Wohngruppe bestehend aus insgesamt neun schwer geistig behinderten Personen beiderlei Geschlechts im Alter zwischen 16 und 46 Jahren. Die meisten in dieser Einrichtung Betreuten hatten zuvor die anthroposophische Behindertenschule "Karl Schubert Schule" in Wien besucht oder waren über den Freundeskreis des Vereines dahin vermittelt worden. Für die Betreuung der Behinderten zeichnen insgesamt fünf anthroposophisch gesinnte Personen verantwortlich. Die Betreuer wechseln sich bei ihrer Arbeit turnusmäßig ab, leben aber nicht wie etwa in der Dorfgemeinschaft Liebenfels selber in der Wohngruppe. Die Einrichtung finanziert sich zum größten Teil aus den Tagessätzen für die Behindertenbetreuung gemäß den Landesbehindertengesetzen. Daneben tragen auch noch Erlöse aus dem Verkauf der in der Web- und Wollverarbeitungswerkstätte hergestellten Produkte sowie Spenden zum wirtschaftlichen Überleben des Projektes bei.

Landwirtschaftliche Arbeit

Da der ehemalige Gasthof traditionell über keine eigene Landwirtschaft verfügt, ist das Wohnprojekt, um sich die therapeutischen Möglichkeiten einer landwirtschaftlichen Beschäftigung zunutze machen zu können, auf die guten Kontakte zu einem

nahe gelegenen Bergbauernhof angewiesen. Auf diesem biologisch-dynamisch bewirtschafteten Betrieb arbeiten ständig zwei bis vier der in der Einrichtung Mariensee wohnenden Personen mit. Gemeinsam mit jeweils einer Betreuungsperson treten diese den täglichen Weg zur Arbeit auf den Bauernhof an. Dadurch ist auch eine durchaus positiv zu wertende räumliche Trennung zwischen Wohn- und Arbeitsstätte gegeben.

Der Bereich der für geistig Behinderte in Frage kommenden Arbeiten ist aufgrund der Vielseitigkeit dieses landwirtschaftlichen Betriebes sehr groß. Die von den Behinderten verrichteten Tätigkeiten reichen von einfachen Stallarbeiten, wie Einstreuen und Entmisten über das Melken bis zur Heuwerbung im Sommer und Waldarbeiten im Winter. Bei den Arbeiten wird immer darauf geachtet, daß sie freiwillig und bereitwillig durchgeführt werden und die Behinderten vor keine Aufgaben gestellt werden, die ihre physische oder psychische Belastbarkeit übersteigen könnten. Das Erfolgserlebnis einer gerade verrichteten Arbeit spornt die auf diese Weise Betreuten weiter an und verschafft ihnen dadurch ein hohes Maß an Selbstwertgefühl und Selbstbestätigung.

Betreuungsziele

Da fast alle Pflegepersonen in Mariensee an hochgradigen geistigen Behinderungen leiden, steht nicht so sehr das Ziel einer Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt im Mittelpunkt, als vielmehr die Schaffung eines geschützten Lebensbereiches, welcher geistig behinderten und weitgehend hilflosen Menschen ein stabiles soziales Umfeld sichern soll.

Die Einrichtung weist in mehrfacher Hinsicht äußerst günstige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine emanzipatorische Betreuung auf. Durch die zentrale Lage des Wohnhauses, welches sich direkt in der Dorfmitte befindet, sind die Behinderten räumlich nicht isoliert. Nach anfänglichen Schwierigkeiten gelang es sehr bald, Kontakte zur Dorfbevölkerung herzustellen

sowie deren allgemeines Verständnis und Akzeptanz zu gewinnen. Erleichternd wirkte sich hier zum einen die relativ kleine Zahl der versorgten Personen, zum anderen aber auch die leicht überblickbare und noch sehr enge Sozialstruktur eines kleinen Landdorfes aus. Längst wird die Einrichtung seitens der Dorfbewohner nicht mehr als störender Fremdkörper empfunden.

Dieses somit kurz vorgestellte Betreuungskonzept, welches auf den heilpädagogischen und sozialtherapeutischen Grundlagen der anthroposophischen Lehrmeinung beruht, eröffnet neue Aspekte für die Planung von Behinderteneinrichtungen. Eine Integration ins Dorfleben ist ergo um so besser möglich, je mehr Berührungspunkte zwischen der Dorfbevölkerung und den Behinderten hergestellt werden können. Bei räumlich sehr dezentral gelegenen Modellen ist dies in der Realität kaum möglich, da Vorurteile wie jenes über die angebliche soziale Gefährlichkeit der Geisteskranken weiterbestehen und dadurch bestimmte soziale Schranken nicht überwunden werden können. Andererseits finden in erster Linie nur interessierte und weltoffene Menschen freiwillig den Weg zu diesen Einrichtungen.

Weiters manifestieren sich auch die Vorteile kleiner Strukturen. Die noch relativ engen sozialen Muster eines Kleindorfes geben ein nahezu ideales Substrat für ein Behindertenintegrationsmodell ab. Durch die geringe Anzahl von untergebrachten Personen werden die Gefahren einer Ghettoisierung bzw. die Anonymität eines Massenbetriebes konterkariert und gleichzeitig Perspektiven für eine leichte soziale Einbindung dieser wenigen Personen in die vorhandenen Sozialstrukturen ermöglicht. Eine kritische Replik darf dabei jedoch nicht aus den Augen verlieren, daß es sich hierbei allenfalls um die Momentaufnahme einer sehr traditionellen, weitgehend agrardominierten Sozialstruktur handelt, die es vielleicht in naher Zukunft in dieser Form nicht mehr geben wird. Insofern ist deshalb für die Zukunft eine nicht unbegründete Skepsis angebracht.

5.3.3. Modelle der Außenpflegefürsorge

Als drittes und letztes gilt es nun in kurzer Form das Modell der sogenannten Außenpflegefürsorge vorzustellen. Dem Modell liegt das Konzept einer extramuralen Betreuung, d.h. einer Betreuung von ehemaligen Insassen der psychiatrischen Abteilungen öffentlicher Krankenhäuser oder psychiatrischer Kliniken außerhalb der Anstaltsmauern zugrunde. Üblicherweise werden dabei geistig behinderte und chronisch psychisch kranke Menschen auf Pflegeplätzen in landwirtschaftlichen Betrieben, zum Teil aber auch in Privathaushalten untergebracht und von den Haushaltsangehörigen, in größeren, heimartigen Einrichtungen indessen mitunter auch von eigens dafür angestelltem Pflegepersonal betreut.

Ausgehend von der Misere der teuren Anstaltspflege überlegte man sich schon sehr frühzeitig, Alternativlösungen für eine psychiatrische Versorgung zu finden. Den bäuerlichen Haushaltsverband und den landwirtschaftlichen Betrieb erachtete man dabei als besonders prädestiniert für eine optimale Betreuung all jener Personen, bei denen man von einer stationären psychischen Versorgung absehen konnte. Für den theoretischen Überbau nahm man sich dabei bei Konzepten einer "Offenen Psychiatrie" Anleihe.

Diese extra-asyläre Versorgung konnte aus ursächlichen Gründen gleichzeitig mehrere Gruppen als Proponenten finden. Einerseits bot sie fortschrittlichen Psychiatern und Ärzten die Chance, Vorstellungen einer aufgeklärten Psychiatrie in die Wirklichkeit umzusetzen, andererseits waren die zuständigen Referenten in den Landesregierungen von den in Aussicht gestellten Entlastungen im Sozialbudget angetan und nicht zuletzt entdeckten so manche Politiker die Aussichten eines Zuverdienstes in Form eines gesetzlich garantierten Tagessatzes bzw. Pflegegelds bei einer Be-

hindertenbetreuung für viele in eine strukturelle Krise geratene landwirtschaftliche Betriebe.

Die meisten der auf Außenpflegestellen untergebrachten Personen sind in der Regel geistig sehr schwer behindert, sodaß eine Integration in einen geschützten Arbeitsplatz nur noch in Ausnahmefällen erwogen werden kann. Andererseits darf aber die Behinderung auch nicht so schwerwiegend sein, daß eine ständige Hilfe und Pflege erforderlich wäre. Die in der Außenpflegefürsorge zu integrierenden Personen müssen zumindest fähig sein, ihren Körper selber zu pflegen und die notwendigsten alltäglichen Dinge selber zu verrichten. Konzeptionell angestrebt wird eine weitgehende soziale Integration in den bäuerlichen Haushaltsverband. D.h. die Behinderten dürfen nicht schlechter als andere Haushaltsmitglieder behandelt werden und haben das Recht, am sozialen Leben der Familie zu partizipieren. Dies bedeutet auch, daß sie keinesfalls aus diesem Sozialverband verbannt werden dürfen. Dafür sollten die Pflegeplatzfamilien ein angemessenes Entgelt erhalten, welches jedoch in der Höhe in Relation zu den erbrachten Leistungen stehen sollte.

Im folgenden werden nun die Konzepte der beiden in Österreich existenten Außenpflegefürsorgemodelle der psychiatrischen Abteilungen des Landeskrankenhauses Klagenfurt und des Landessonderkrankenhauses Graz-Feldhof näher vorgestellt. Einzelne Vorfälle zeigen die Folgerichtigkeit der Warnung vor den Gefahren, die damit verbunden sein können, wenn man daran geht, soziale Dienste wie die Behindertenbetreuung bedenkenlos zu privatisieren bzw. unausgebildeten und zum Teil auch rein am Profit interessierten Personen zu überlassen. Dennoch dürfen diese Modelle nicht a priori disqualifiziert werden. Gerade die positiven und ermutigenden Betreuungsverhältnisse lassen Hoffnung für zukünftige Perspektiven aufkommen. Dabei kommt man jedoch nicht umhin, Rahmenbedingungen für eine effiziente, soziale und öffentliche Kontrolle zu schaffen, um in Hinkunft kra-

ßen Verfehlungen und negativen Entwicklungen, wie sie in der jüngeren Geschichte passiert sind, zuvorzukommen.

5.3.3.1. Außenpflegefürsorge des Landeskrankenhauses Klagenfurt

Die Pflegefürsorge chronisch psychisch Kranker außerhalb der Psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Klagenfurt bzw. der Landes-Heil- und Pflegeanstalten hat in Kärnten eine lange Tradition. Bereits sehr früh entstanden die beiden Caritas-Heime in Bleiburg/Pliberk und in Eisenkappel/Zelezna Kapla (inzwischen nach Maria Elend verlegt) sowie das Fürsorgeheim in Lieserhofen. Seit Anfang der Sechzigerjahre wurden einzelne Pfleglinge auch auf Bauernhöfe vermittelt. In den Siebzigerjahren erfolgte im Zuge der notwendigen Ausbau- und Adaptierungsmaßnahmen der Psychiatrischen Abteilung des LKH-Klagenfurts die sukzessive Ausweitung der psychiatrischen Außenpflegeeinrichtungen. Damit konnte zum Teil auch der Forderung nach einer "Öffnung der Psychiatrie" Rechnung getragen werden.

Die Anzahl der bäuerlichen Pflegeplätze stieg damit sprunghaft an. Die im § 34 des Kärntner Sozialhilfegesetz vorgesehene Aufsicht über die Pflegestellen ist seit 1978 einem eigenen Inspektionsarzt übertragen. Eine Überstellung an eine Außenpflegefürsorgestelle wurde damit von der Zustimmung des Inspektionsarztes abhängig gemacht. Die Auffassung einzelner für die psychiatrische Außenpflegefürsorge verantwortlicher Ärzte und Sozialreferenten in der Landesregierung und organisatorische Mängel führten in den Achtzigerjahren zu groben Mißständen bei den bäuerlichen Pflegeplätzen, die letztendlich eine breite öffentliche Diskussion auslösten.

Vielfach wurden schwer geistig Behinderte und mehrfachbehinderte Personen in Pflegestellen ausgelagert, bei denen die nötige Intensität einer Betreuung nicht garantiert werden konnte. Die Entscheidung über eine Unterbringung an einer Außenpflegestelle verblieb im Ermessen des verantwortlichen Psychiaters.

Eine Kommission, zusammengesetzt aus allen verantwortlichen Entscheidungsträgern, wurde als nicht notwendig befunden.

Die Situation vor der Reform der Kärntner Behindertenpolitik durch die Sozialhilfegesetz-Novellen der Jahre 1988 und 1990 bot ein düsteres Bild. Für die Betreuung von 630 Außenpflegepatienten standen ganze fünf Ärzte und 12 Krankenpflegepersonen zur Verfügung. Zwischen den einzelnen Betreuungseinrichtungen bestanden große Unterschiede im Pflegestandard. Einerseits gab es gut geführte heimartige psychiatrische Pflegestellen und kleinere familiäre Pflegebetriebe mit einem sehr angenehmen Betreuungsklima, daneben aber auch viele schlecht ausgestattete psychiatrische Pflegestellen, bei denen es an Therapiemöglichkeiten und an ausreichendem Pflegepersonal mangelte und wo bauliche und sanitäre Anlagen sich häufig in einem sehr schlechten Zustand befanden. Seit Bestehen der psychiatrischen Außenpflege, d.h. 1964, erfolgte keinerlei Dokumentation, deshalb war es zunächst notwendig, für jeden einzelnen Patienten den psychopathologischen und psychosozialen Istzustand zu erheben.

Es gab so gut wie keine Betreuung, keine echte Supervision und keine Schulung. Einsparungen für das Sozialbudget, Platzmangel in den psychiatrischen Anstalten und die Erwirtschaftung eines Einkommens aus der Pflegeleistung für die Pflegestellenbetreiber waren die Gründe dafür, daß einzelne Pflegestellen sukzessive ihre Patientenzahl aufstockten. Auf mehr Pflegepersonal wurde dabei kaum Wert gelegt. In Einzelfällen zeichneten ein Landwirtschaftsehepaar als einzige unausgebildete Pflegepersonen für die Beaufsichtigung von 70 und mehr Pfleglingen verantwortlich.

Ungefähr zur Zeit des Lainzer Pflegeskandals kam das Kärntner psychiatrische Pflegestellenmodell in die Schlagzeilen der Boulevardpresse. Einzelne Pflegestellen, an denen besonders grobe Mißstände vorgefunden wurden, rückten kurzzeitig in das Interesse der Öffentlichkeit. Dabei lassen sich die Vorfälle in diesen bestimmten Einrichtungen nicht so sehr mit den Persönlichkeiten

der Betreiber an sich begründen, sondern sind vielmehr Ausdruck der strukturellen Organisations der Kärntner Außenpflegefürsorge. Es sollen daher nicht so sehr einzelne Betreiber von Pflegestellen an den Pranger der Öffentlichkeit gestellt als vielmehr die Ursachen erkannt werden, welche zu diesen Entwicklungen geführt haben, sodaß daraus im Sinne einer konstruktiven Kritik adäquate Lösungsmodelle elaboriert werden können.

Basisdaten der Außenpflegefürsorge in Kärnten

Von den nunmehr ca. 650 außerhalb der psychiatrischen Anstalten untergebrachten Personen befinden sich 30% schon länger als 10 Jahre, 40% zwischen 5 und 10 Jahre und 30% weniger als 5 Jahre an der betreffenden Pflegestelle. Bei 47% der Personen wurde Schizophrenie, bei 30% organische Psychosyndrome und Demenz, bei 16% Oligophrenie und bei 7% sonstige psychotische Affekte diagnostiziert.

Das Angebot an Pflegeplätzen für chronisch psychisch Kranke in Kärnten beläuft sich auf 671 Pflegeplätze exklusive den 30 Plätzen (Stand: 1.3.1990) in den beiden Rehabilitationseinrichtungen "Arbeitstrainingszentrum der Arbeitsvereinigung der Sozialhilfeverbände" in Klagenfurt und dem "Übergangswohnheim für psychisch Erkrankte Pro Mente Infirmis" in Wölfnitz. Von den 671 Pflegeplätzen befinden sich 276 in den vier großen Pflegeheimen, in denen die Untergebrachten abgesehen von Gartenarbeit mit keiner landwirtschaftlichen Tätigkeit in Berührung kommen. Zieht man die drei Pflegestellen in gewerblichen Betrieben und Privathaushalten mit insgesamt 19 Pflegeplätzen ab, so verbleiben im Bereich der Außenpflegefürsorge 27 Pflegestellen mit 376 Pflegeplätzen in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben. Von diesen 27 Pflegestellen sind 6 kombinierte landwirtschaftliche Betriebe mit Gastwirtschaft oder Fremdenverkehr, welche allein schon über 150 Pflegeplätze verfügen. Die verbleibenden 21 reinen land- und forstwirtschaftlichen Betriebe teilen sich die restlichen 226 Pflegeplätze auf.

Im Durchschnitt ergeben sich für eine land- und forstwirtschaftliche Pflegestelle mit oder ohne Gastwirtschaft 14 Pflegeplätze, wobei jedoch strukturelle Unterschiede sichtbar werden. Landwirtschaftliche Betriebe mit Fremdenverkehr oder Gastwirtschaft weisen durchschnittlich 25 Pflegeplätze auf, während reine land- und forstwirtschaftliche Betriebe im Mittel nur über 11 Pflegeplätze verfügen.

Tabelle 2: Pflegeplätze für chronisch psychisch Kranke im Bundesland Kärnten, Stand per 1.3.1990

Art der Pflegestelle	Anzahl der Pflegestelle	Anzahl der Pflegplätze	durchschnittl. Anzahl/Stelle
Pflegeheime	4	276	69,0
gewerbl. Betriebe, Privathaushalte	3	19	6,3
lw. und fw. Betriebe	21	226	10,8
lw. und fw. Betriebe mit Gastwirtschaft oder Fremdenverkehr	6	150	25,0
Pflegestellen in lw. und fw. Betrieben sowie in lw. und fw. Betrieben mit Gastwirtschaft oder Fremdenverkehr insgesamt	27	376	13,9
Pflegestellen insgesamt	34	671	19,7

Quelle: Amt der Kärntner Landesregierung

Betrachtet man die insgesamt 27 land- und forstwirtschaftlichen Pflegeplätze nach der Größenordnung ihrer Pflegeplätze, so ergibt sich folgendes Bild: 17 kleine Pflegestellen verfügen über 10 und weniger Pflegeplätze, 9 mittlere zwischen 11 und 20 und nur 4 große weisen zwischen 21 und maximal 70 Pflegeplätze auf.

Eigentliche Therapiemöglichkeiten werden in nur wenigen der landwirtschaftlichen Betriebe angeboten. Im Mittelpunkt steht immer noch, soweit es die psychische und physische Konstellation der psychisch kranken Personen erlauben, die Arbeit für den

Betrieb, sei es nun der Einsatz in der Land- und Forstwirtschaft, bei der Gartenarbeit, im Haushalt oder in der Gastwirtschaft. Meist wird diesen Beschäftigungen schon Therapiecharakter beigemessen. Abgesehen davon werden von den Verantwortlichen diverse Möglichkeiten der Freizeitgestaltung wie Wandern, Basteln, Stricken, Lesen, Fernsehen, Radio hören etc. aber auch Feste und gemeinsame Ausflüge angeboten. Die sehr großen heimarigen Einrichtungen offerieren zwar im Ansatz leistungsungebundene Arbeits- und Beschäftigungstherapien, die Anzahl der Therapeuten ist jedoch im Vergleich zu der Zahl der Betreuten noch viel zu klein. Bei den kleineren Betrieben entwickelt sich dagegen zumeist eine stärkere Affinität zum bäuerlichen Familienverband, der den Mangel an begleitenden therapeutischen Maßnahmen durchaus kompensieren kann, wobei allerdings sehr viel von der dualen Beziehung zwischen den Haushaltsangehörigen und den behinderten Personen abhängig ist. Neben dem persönlichen Umgang sind dabei individuelle und zum Teil auch traditionelle Lebensgewohnheiten eines konkreten bäuerlichen Haushaltes ausschlaggebend. So wird z.B. eine bedürfnislose, sparsame Lebensführung der bäuerlichen Haushaltsangehörigen automatisch auch Auswirkungen auf die versorgten Behinderten zeitigen. Andererseits schlägt sich ein hoher Lebensstandard der Quartiergeberfamilie zumeist auch auf die konkrete Lebenssituation der Pfleglinge nieder.

Finanzielle Überlegungen

Jeder Pflegling muß gemäß den Sozialhilfegesetzen der Länder zunächst grundsätzlich mit seinem eigenen Vermögen und Einkommen (Pension, Ersparnisse, Realvermögen) für die Bezahlung der Pflegegebühren aufkommen. Sieht sich die betreffende Person jedoch außerstande, dafür aufzukommen, so übernimmt die Sozialhilfe die Kosten, wobei allerdings 80% der Pension der Pflegeperson einbehalten wird. Die restlichen 20% bleiben der verpflegten Person für die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse. Pfleglingen, die sich zur Gänze auf Kosten der So-

zialhilfe in Anstaltspflege befinden, wird ein monatliches Taschengeld gewährt. Generell können daneben auch unterhaltspflichtige Angehörige zu Ersatzleistungen herangezogen werden.

Die extramurale Unterbringung psychisch kranker Menschen entlastet die öffentlichen Fürsorgeträger. Mit einem Tagessatz von 250 bis 660 öS (Stand 1.3.1990) je verpflegter Person und Ausstattungsgrad der Pflegeeinrichtung kommt die Unterbringung im Wege der Außenfürsorge um ca. fünfmal günstiger als eine Anstaltspflege mit einem Kostenpunkt ab 1.000 öS täglich. Damit erspart sich das Land jährlich ca. 150 Mio. öS an öffentlichen Pflegegeldern. Dabei ist jedoch anzumerken, daß der Pflegeaufwand für viele sehr schwer behinderte Menschen in den psychiatrischen Anstalten wesentlich größer ist als für diejenigen, welche in die psychiatrische Außenpflege entlassen werden können, wodurch der in vielen Fällen höhere finanzielle Aufwand durchaus gerechtfertigt erscheint. Leistung und Aufwand müssen jedenfalls in einem gerechtfertigtem Verhältnis zueinander stehen.

Grundlagen für das Konzept

Die Tristesse einer geschlossenen Anstaltspflege bietet für chronisch psychisch Erkrankte keine optimalen sozialhygienischen Voraussetzungen für eine Besserung ihres Zustandes. In den Sechziger- und Siebzigerjahren entstanden deshalb in ganz Europa einzelne theoretische Ansätze zur Überwindung der reinen Verwahrung und Absonderung geistig und psychisch beeinträchtigter Personen. Zu nennen wären dabei die schon vorhin beschriebenen Modelle der demokratischen Psychiatrie in Italien, der sektoriellen Psychiatrie in Frankreich oder der anglosächsischen Antipsychiatrie.

Eine Eingliederung in den landwirtschaftlichen Haushalts- und Arbeitsverband ist durchaus eine Strategie, die überlegenswert wäre. Die Landwirtschaft kann aufgrund ihrer vielseitigen Aufgaben- und Arbeitsbereiche für entlassungsfähige Psychiatrie-

patienten sinnvolle Betätigungsfelder bieten. Auf diese Weise könnte einer anstaltsbedingten Hospitalisierung und Retardierung begegnet werden. Weiters ergibt sich durch das Angebot eines festen sozialen Umfeldes die Perspektive einer weitgehenden Reintegration der chronisch psychisch Kranken.

Es geht dabei jedoch auch um die Beseitigung all jener Umstände, die bei der bäuerlichen Betreuung in der Vergangenheit zu den negativen Konsequenzen geführt haben. Insbesondere zu erwähnen wären dabei die mangelnde Anzahl, Qualifikation und Motivation der Quatiergeber und des Pflegepersonals, der unzureichende Standard der Wohn- und Arbeitseinrichtungen, das Fehlen von ausreichenden sanitären Anlagen, von Sozial- und Heiltherapiemöglichkeiten sowie einer effektiven und unabhängigen öffentlichen Supervision. Es muß auch der psychischen Überlastung der bäuerlichen Familie, hervorgerufen durch die ständige Anwesenheit von psychisch Kranken, Rechnung getragen werden. Einrichtungen, die primär aus wirtschaftlichem Interesse und ohne hinreichendes persönliches Engagement oder einer gewissen humanitären Grundeinstellung den Behinderten gegenüber betrieben werden, sind in Frage zu stellen. Die Option eines außerlandwirtschaftlichen Nebenerwerbseinkommens darf nicht in das Zentrum der Überlegungen rücken. Eine optimale materielle Versorgung und Ausstattung der Pflegebetriebe sollte die Grundvoraussetzung jeder Betreuung sein. Dennoch ist das allein zu wenig. Nur durch qualifizierte sozialpädagogische, psycho- und heiltherapeutische Begleitmaßnahmen kann eine zufriedenstellende Außenpflegefürsorge garantiert werden. Weiters sollten entsprechende Rahmenbedingungen postuliert werden, die die nötige Kontrolle und Effizienz in der Betreuung gewährleisten können.

Erste Reformansätze

Die als Folge des Pflegeskandals und der daran anschließenden Diskussion beschlossenen Sozialhilfegesetznovellen von 1988 und 1990 fungieren als erste zukunftsweisende Reformansätze

der Kärntner Behindertenpolitik. Die auf Verordnung der Landesregierung eingerichteten Kommissionen, gebildet aus Inspektionsarzt und den jeweils zuständigen Amtsärzten an der Spitze, haben die Pflegestellen regelmäßig zu besichtigen und auf die Einhaltung der Auflagen zu achten. Die Möglichkeit der häufigen Kontrollvisiten wurde erst geschaffen, nachdem die Stelle eines Inspektionsarztes hauptamtlich und von allen weiteren Aufgaben entbunden wurde. Konnten vormals die Kontrollvisiten in der Regel nur einmal pro Monat absolviert werden, so geschieht dies jetzt alle ein bis zwei Wochen, je nachdem wie groß die jeweilige Pflegestelle ist. Wurden die Kontrollbesuche früher häufig von Ausbildungsärzten in ihrer Freizeit durchgeführt, so steht nun eine eigene Fachkraft mit Erfahrung zur Verfügung.

Durch die negativen Erfahrungen der Vergangenheit in der Außenpflegefürsorge hat der Kärntner Landtag neue Aufsichtsregelungen für alle Arten von Pflegeeinrichtungen beschlossen, welche durch eine Verordnung der Kärntner Landesregierung über personelle und sachliche Mindestausstattungserfordernisse ergänzt wurden. Durch Verordnung wurde unter anderem auch festgelegt, daß maximal drei Patienten je Zimmer untergebracht werden dürfen. In letzter Zeit wurden alle psychiatrischen Außenpflegestellen behördlich kommissioniert und, soweit erforderlich, auf einen entsprechenden Standard gebracht. In einzelnen Fällen mußten dabei die Unterbringungskapazitäten beschränkt werden. Vielfach sahen sich die Pflegestellenbetreiber veranlaßt, ihre Einrichtungen neu zu adaptieren bzw. auszubauen. Außerdem schlossen sich alle bäuerlichen Pflegestellen in der Absicht der Gewährleistung eines bestimmten Mindestpflegeniweaus zu einer vereinsmäßigen "Interessensgemeinschaft der sozial-ökologischen Wohn- und Betreuungsstätten Kärntens" zusammen. Daneben muß nun garantiert werden, daß sämtliche betreute Personen nur mit eigenem Einverständnis bzw. dem der Erziehungsberechtigten oder des gesetzlichen Sachwalters in einer dieser Einrichtungen untergebracht werden dürfen.

Eine weitere Verbesserung wurde durch die Regelung einer obligatorischen qualitativen Ausbildung der Pflegestellenbetreiber und des sonstigen Hilfspersonals geschaffen, welche nunmehr einen 40-stündigen psychiatrischen Pflegekurs absolvieren müssen. Daran schließen monatliche Fortbildungskurse an. Häufige Arbeitsgespräche und Erfahrungsaustausch der Pflegestellenbetreiber im Rahmen ihrer Interessengemeinschaft sollen zu einer besseren Koordination der einzelnen Pflegestellen untereinander beitragen. Die Interessengemeinschaft erklärt sich in ihren Vereinsstatuten auch bereit, zwecks Wahrung der Transparenz der einzelnen Einrichtungen, für Dissertationen und Diplomarbeiten im medizinischen, psychologischen und wirtschaftswissenschaftlichen Bereich für Feldstudien bereitzustehen.

Dennoch bleiben noch viele Kritikpunkte offen. So zielt das Außenpflegemodell in seiner neuen Form noch immer nicht in Richtung einer weitgehenden Autonomie, sondern vielmehr in die einer reinen Versorgung der geistig und mehrfachbehinderten Personen. Gerade die größeren Einrichtungen nähern sich durch ihrem heimartigen Charakter den konzeptionellen Strukturen von psychiatrischen Anstalten und Pflegeheimen. Von einer psychiatrischen Familienpflege kann dabei nicht mehr die Rede sein.

5.3.3.2. Außenpflegefürsorge des Landessonderkrankenhauses Graz-Feldhof

Im Jahre 1949 wurden erstmals chronisch psychisch Kranke vom Landessonderkrankenhause Graz auf Pflegeplätze außerhalb der Anstalt aufgeteilt. In der überwiegenden Zahl handelte es sich dabei um entlassungsfähige Oligophrene, d.h. von Geburt an Schwachsinnige, sowie solche mit Residualsyndromen bei Psychosen. Die Motive für diese Initiative lagen einerseits in dem herrschenden Platzmangel in der Anstalt, andererseits aber auch in der Zielsetzung der Ermöglichung eines humanen extramuralen Lebensbereiches für die Patienten. Diese "psychiatrische Außenpflege" wurde in den Sechziger Jahren unter dem mittlerweile

verstorbenen Direktor der Allgemeinen Psychiatrischen Abteilung, Herrn Hofrat Prim. Dr. Fürtinger, sukzessive ausgebaut. Seit 1988 ist Prim. Dr. Größl mit der Betreuung und Weiterführung dieses Integrationsmodells betraut.

Zur gegenwärtigen Situation

Zur Zeit werden 155 Patienten an 99 Pflegeplätzen im Rahmen der Außenfürsorge betreut. Darunter befinden sich 65 landwirtschaftliche Betriebe, bei den restlichen 34 Stellen handelt es sich um private Haushalte. Die ursprüngliche Konzeption einer Integration behinderter Personen in landwirtschaftliche Betriebe wurde deshalb gewählt, da die Patienten mehrheitlich landwirtschaftlicher Herkunft waren. Heute besteht jedoch die Intention, die Anzahl der außerlandwirtschaftlichen Pflegeplätze zu erhöhen.

Pro Stelle sind ein bis maximal fünf Patienten untergebracht, wobei neuerdings davon abgegangen wird, mehr als zwei Personen pro Pflegestelle zu integrieren. Trotz dieser Regelung wird aber darauf verzichtet, gut eingespielte, langjährig bewährte Gemeinschaften mit mehreren Behinderten im Nachhinein zu trennen. Die Frage, ob ein oder zwei Personen je Betrieb das Optimum darstellen, ist sehr von der Dreieckskonstellation Patient-Quartiergeber-Betrieb abhängig. Neben den räumlichen und betreuungspersonellen Voraussetzungen spielt dabei die psychische Konstellation der Behinderten, d.h. die Frage, ob und inwieweit sich die Behinderten untereinander vertragen können, sowie das Verhältnis zu den haushaltseigenen Personen die tragende Rolle.

Die Pflegeplätze befinden sich ausschließlich in den acht politischen Bezirken der südlichen Steiermark mit Schwerpunkt um Leibnitz. Dies deshalb, da zu Beginn des Modells die Pflegeplätze über persönliche Kontakte und Mundpropaganda vermittelt wurden. Auch heute noch treten die meisten Interessenten auf-

grund inoffizieller Kontakte an das LSKH-Graz heran. Gegenwärtig ist die Zahl interessierter Quartiergeber höher als die der für eine Außenfürsorge in Frage kommenden Patienten. Das Alter der Patienten bewegt sich zwischen 16 und mehr als 90 Jahren. Einzelne Personen sind schon mehr als 40 Jahre im Haushaltsverband ihrer Pflegefamilie untergebracht. Insofern kann in sehr vielen, besonders langjährigen Außenpflegefällen von einer weitgehenden Bindung mit innerfamiliärer Akzeptanz ausgegangen werden.

Allgemeine Aspekte zur Integration geistig Behinderter in landwirtschaftlichen Betrieben

Durch die Vielzahl an einfachen Betätigungsmöglichkeiten ist der landwirtschaftliche Betrieb prädestiniert für die beschäftigungstherapeutische Betreuung geistig behinderter Menschen. Insbesondere negative Aspekte psychosozialer Unterstimulationen treten kaum in Erscheinung. Als auffallend erwies sich beim Besuch einzelner Betriebe die erstaunliche Kreativität der untergebrachten Patienten, die als Zeichen des Wohlbefindens gewertet werden muß. Gerade Phänomene der Hospitalisierung, wie sie in geschlossenen Anstalten gang und gäbe sind, waren nicht zu beobachten. Einfache Tätigkeiten, wie das Aufräumen oder die Pflege von Haustieren, wirken durchaus animierend auf die psychische Konstellation geistig Behinderter. Nicht selten schaffen sich die Patienten aus eigenem Antrieb gewisse Hobbies, die sich aus deren konkreten Wohn- und Lebensverhältnissen ergeben. Manche sammeln z.B. im Wald Vogelfedern, betreuen ihre eigenen Blumentöpfe, ziehen ihr eigenes Gemüse im Garten oder verspüren das Bedürfnis, ihre konkrete Umwelt zu malen oder ihr Zimmer zu verschönern.

Vorteilhaft erweist sich in landwirtschaftlichen Familien die ständige Anwesenheit von Haushaltspersonen, wodurch die Kontinuität der Betreuung gewährleistet werden kann. Andererseits ist diese Situation wiederum kohärent mit einem großen psychischen

Druck, dem sich die Quartiergeberfamilien dabei ausgesetzt sehen. Die ganzjährige Betreuung im Familien- bzw. Haushaltsverband verhindert ein Abstandnehmen und erfordert eine hohe Toleranzschwelle sowie ein hohes Maß an psychischer Belastbarkeit.

Von einer Einbeziehung geistig behinderter Personen, welche nicht aus dem agrarischen Bereich stammen, ist nach Meinung der Grazer Außenfürsorgebetreiber in den meisten Fällen Abstand zu nehmen. Die Anregung zur Schaffung eines Pflegeplatzverhältnisses sollte generell unter Einbeziehung der Behinderten geschehen. Im LSKH-Graz geht in der Mehrzahl der Fälle die Initiative für die Entlassung in die Außenfürsorge von den Patienten selber aus. Sofern medizinisch vertretbar, wird dem dann stattgegeben. Die Zuweisung zu einer bestimmten Quartierfamilie ist niemals endgültig. In "Schnupperwochen" wird zuerst das Zusammenleben erprobt. Harmonisieren Quartiergeber und Patienten nicht miteinander, besteht die Möglichkeit, eine neue Pflegestelle auszuprobieren, oder ins LSKH-Graz zurückzukehren.

Grundsätzlich sollte davon ausgegangen werden, daß die oberste Devise der Außenpflegefürsorge die Schaffung eines Gleichgewichtes zwischen Quartiergeber und Patient sein sollte. Geistig Behinderte dürfen in kein Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Pflegeeltern geraten. Es muß auch verhindert werden, daß sie zu Objekten eines Behindertenmanagements degradiert werden. Die Perspektive zur Schaffung eines selbstgestalteten Lebens darf in keinster Weise untergraben werden. Es steht dabei nicht die "Privatisierung sozialer Dienste" auf der Tagesordnung, sondern vielmehr die Kreierung fortschrittlicher, zukunftsweisender Modelle, die es ermöglichen sollten, der Internierung in den Anstalten zu entgehen und den betroffenen Personen ein sinnhaftes Leben zu bieten. Dafür müssen allerdings Rahmenbedingungen einer sozialen Kontrolle postuliert werden.

Rahmenbedingungen der Außenfürsorge

Eine *conditio sine qua non* der Außenpflegefürsorge ist die psychosoziale Betreuung durch geschultes Personal. Gegenwärtig ist dabei ein gewisser Nachholbedarf gegeben. Die beiden Krankenpflegepersonen, die in der Regel vierzehntägig turnusmäßig die einzelnen Pflegestellen aufsuchen, sind schwer überlastet. Wünschenswert wäre deshalb die Aufstockung des Personals um mindestens zwei psychiatrisch geschulte Sozialarbeiter und einem Psychologen. Nur so kann eine effiziente extramurale Versorgung psychisch Kranker gewährleistet werden.

Das LSKH-Graz achtet weiters darauf, über Kontrollmechanismen zu verfügen, welche garantieren sollen, daß die Pfleglinge in den Außenfürsorgeplätzen in kein Abhängigkeits- bzw. Dienstbotenverhältnis geraten. Als wirksam erwiesen sich dabei unangemeldete Besuche durch die beiden Krankenpfleger. Besteht der Verdacht auf nur die kleinste Unregelmäßigkeit, so wird der betreffende Patient zur vorübergehenden Beobachtung in das LSKH-Graz zurückgeholt. In der Vergangenheit mußten des öfteren aufgrund unzumutbarer Betreuungsverhältnisse einzelne Pflegeplätze stillgelegt werden. Die Gründe dafür waren sehr verschiedenartig. Es sollen nur einige davon angeführt werden:

- Mangelhafte sanitäre Verhältnisse; deshalb wird peinlichst darauf geachtet, daß jeder Patient über ein eigenes, menschenwürdiges Zimmer verfügt, die Kleidung in einem sauberen und ordentlichen Zustand ist und der Behinderte als Person insgesamt einen gepflegten Eindruck macht.
- Fehlende Integration; so z.B. wenn der Behinderte seine Mahlzeiten nicht am gemeinsamen Mittagstisch zu sich nehmen darf.
- Unzumutbare Arbeitsverhältnisse; so wenn der Betriebsinhaber Patienten zu Schwerarbeit nötigt. Der Umfang der geleisteten Arbeit darf keineswegs über den Umfang einer Beschäftigungstherapie hinausgehen und muß auf Freiwilligkeit basieren.

- Fehlende Betreuung; so kam es vor, daß der Quartiergeber schon so alt war, daß er selber betreut hätte werden müssen.
- Undurchsichtige Verhältnisse; wenn die Vermutung nahe liegt, daß in irgendeiner Weise Dinge außerhalb der Kontrolle der für die psychiatrische Betreuung maßgeblichen Stellen passieren, so z.B. der Verdacht, daß die Arbeitskraft einer behinderten und weitgehend willenslosen Person an Dritte verborgt wird etc..
- Unzufriedenheit des Patienten; sobald sich ein Patient mit seiner Situation unzufrieden äußert, hat er das Recht, die Pflegestelle zu verlassen.

Ein weiteres Kontrollinstrument stellen gemeinsame Urlaubsaktionen dar. Die Pfleger und Sozialarbeiter haben hier die Möglichkeit, in der ungezwungenen Atmosphäre eines Gruppenurlaubs, die Patienten besser kennenzulernen. Erst so können sie sich oft einen Gesamteindruck über ihre Situation verschaffen, Details und innere Beweggründe erfahren, welche in den Gesprächen am Hof sonst nicht bekannt würden. Diese Urlaubsaktionen sind so gesehen ein probates Mittel, von den Bauern eventuell aufgebaute Potemkinsche Dörfer zu zerstören.

Die medizinische Betreuung der Patienten übernimmt in der Regel ein Hausarzt. Dieser ist auch für die neurologische Behandlung zuständig, d.h. z.B. für die eventuelle Verabreichung von Depot-Neuroleptika und Psychopharmaka. So gesehen wird auch er in das Kontrollinstrumentarium miteinbezogen.

In diesem Zusammenhang kritisch anzumerken ist die mangelnde Vorbereitung der haushaltseigenen Betreuungspersonen auf konkrete Betreuungssituationen. Hier könnte in Zukunft durch eine psychologisch-medizinische Grundausbildung für die Pflegestellenleiter, vor allem wenn es sich um neue Pflegeplätze handelt, ein wertvoller Beitrag geleistet werden. Auch eine unterstützende

Einbeziehung weiterer behindertenrelevanter Organisationen in die Kontrollmechanismen wäre durchaus sinnvoll und denkbar.

Die finanzielle Situation und die rechtliche Stellung

Die finanzielle Abgeltung der Leistungen in der Außenpflegefürsorge stellt ein diffiziles Problem dar. Einerseits ist nichts dagegen einzuwenden, daß der landwirtschaftliche Betriebsleiter aufgrund der erbrachten Leistungen wie Unterkunft, Essen, Kleiderpflege etc., ein angemessenes Pflegegeld erhält, andererseits darf die Summe der zu erfolgenden Zahlungen für die erbrachten Pflegeleistungen nicht so hoch sein, daß sie als lukrative Gewinnkomponente in den Mittelpunkt des Interesses rückt.

Zur Zeit erhalten die Quartiergeber, abgestuft nach der Pflegeintensität und der Arbeitsleistung des Pfleglings, ein Quartiergeld in der Höhe von ca. 4.000 bis 5.000 öS je Monat. Dieser Betrag stammt gegebenenfalls von einer Pension des Patienten oder als Pflegegeld von der für die Sozialhilfe zuständigen Rechtsabteilung 9 (RA 9) der steirischen Landesregierung. In den meisten Fällen ist dieser Betrag durchaus eine wichtige Einkommenskomponente, wenn man bedenkt, daß die Grundaussgaben für das Mitleben im Familienverband als relativ gering zu veranschlagen sind. Im Vergleich zu den üblichen Tagessätzen in privaten Pflegeheimen bzw. im LSKH-Graz sind die Pflegesätze der Außenfürsorge niedrig. Private Pflegeheime verlangen üblicherweise zwischen 10.000 und 15.000 öS pro Monat und Pflegling, während der Tagessatz des LSKH-Graz aufgrund der medizinischen Leistungen 1.200 öS/tgl. exklusive Mehrwertsteuer beträgt. Das Modell der Außenpflegefürsorge bringt demnach für das öffentliche Budget erhebliche Einsparungen mit sich, die sich nach einer

einfachen Modellrechnung auf monatlich 4,88 Mio. öS belaufen.⁹⁰

Der Patient erhält seine Pension abzüglich dem Quartiergeld sowie zusätzlich ein monatliches Taschengeld vom Pflegestellenleiter, welches lediglich als eine kleine Anerkennung für erbrachte Arbeitsleistungen zu verstehen ist und in der Höhe zwischen 100,- und 1.000,- öS liegt.

Von den 155 integrierten Personen sind lediglich 40 ohne Sachwalter. 69 zumeist ältere Personen werden von ihrem Quartiergeber besachwaltert, 45 haben einen Sachwalter außerhalb des Haushaltsverbandes. Hier stellt sich ein gravierendes Problem, da die Zugriffsmöglichkeiten der Sozialfürsorgestellen auf die Pflegelinge bei einer gegebenen Sachwalterschaft des Betriebsleiters beschränkt sind. Es ist deshalb ein wesentlicher Grundsatz der Außenfürsorge, darauf zu achten, wenn möglich solche Verhältnisse zu beseitigen bzw. für die Zukunft zu verhindern. Besteht die Notwendigkeit einer bestimmten Anschaffungen für die besachwalterten Behinderten, so übernehmen die mit der Situation vertrauten Krankenpfleger bzw. Sozialarbeiter in der Regel den Vermittlerpart zu den Sachwaltern.

Vergleich Anstaltsbetreuung und Außenfürsorge

Neben der finanziellen Komponente sprechen eine Reihe weiterer Gründe für die Außenfürsorge:

- Grundvoraussetzung für die Außenbetreuung ist das Vorhandensein eines eigenen Zimmers. Im Gegensatz dazu müssen sich in den psychiatrischen Anstalten normalerweise mehrere Patienten einen Raum teilen und verfügen oft nur über einen eigenen Spind.

⁹⁰ Annahmen: Pflegegeld 4.500,- öS, 155 Patienten, 1.200,- Tagessatz LSKH

- Neben dem größeren Raumangebot bietet insbesondere der landwirtschaftliche Betrieb viele Freiräume zur Tagesgestaltung. Die Patienten können inneren Neigungen freien Lauf lassen und ein hohes Potential an Kreativität und Phantasie entwickeln. Dies zeigt sich, indem bestimmte Tätigkeiten besonders gerne verrichtet bzw. Hobbies gefunden werden.
- Die Einbeziehung der Patienten in den Haushaltsverband ermöglicht oft eine tiefe emotionelle Bindung zu den Pflegepersonen. In nicht wenigen Fällen reden die Pfleglinge ihre Quartiergeber als Eltern an. Auf diese Weise werden Bezugspersonen geschaffen, die den Behinderten, welche kaum noch über familiäre Bindungen verfügen, einen gewissen sozialen Halt geben können.
- Die Außenfürsorge kann ein richtungsweisendes Modell der extramuralen Betreuung geistig Behinderter und chronisch psychisch Kranker darstellen, soweit deren Behinderungsgrad ein bestimmtes Maß an Selbständigkeit in den Alltagsbereichen erlaubt. Immerhin besteht die Möglichkeit zu Außenkontakten mit der Dorfgemeinschaft, obwohl dies in der Realität nur selten der Fall ist.

Folgende Probleme ergeben sich bei der Außenfürsorge:

- Die sozialmedizinische Betreuung ist in der Außenfürsorge mangelhaft organisiert. In den psychiatrischen Anstalten besteht unterdessen die Möglichkeit einer ständigen psychischen sowie medizinischen Betreuung.
- Die sanitären Verhältnisse lassen bei den Außenpflegestellen im Vergleich zu gut eingerichteten Anstalten oft einiges zu wünschen übrig.
- Die Effizienz der Kontrollmechanismen ist in manchen Belangen unsicher. Aufgrund der mangelnden personellen Ausstattung sind gröbere Übergriffe von Seiten der Quartiergeber zumindest denkbar.

- Schwierigkeiten ergeben sich bei der Zugriffsmöglichkeit von Fürsorgestellen, wenn der Quartiergeber gleichzeitig als Sachwalter auftritt.
- Den Bauern bzw. privaten Haushaltsvorständen fehlt in der Regel jede pädagogische Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken Personen.
- Da in der Mehrzahl der Fälle die Bäuerinnen den Großteil der Pflegeleistungen erbringen, führt dies zu einer zusätzlichen Belastung der Frau.
- Aufgrund der Arbeitssituation im landwirtschaftlichen Betrieb fehlt häufig die Zeit für eine eingehendere Betreuung der behinderten Personen. Kontaktmöglichkeiten zwischen gleichaltrigen Behinderten, wie sie Sozialzentren bzw. alternative Wohngemeinschaften erlauben, sind im bäuerlichen Betrieb wenn, dann nur sehr eingeschränkt vorhanden.

Weitere Überlegungen und Perspektiven für die Zukunft

Das Modell der Außenfürsorge chronisch psychisch kranker und geistig behinderter Personen erfordert ein hohes Maß an Dokumentation und sozialer Kontrolle. Über sämtliche Patienten müssen genaue Aufzeichnungen geführt, alle relevanten Vorfälle sowie die erfolgten Kontrollvisiten genauestens registriert werden. Dieser hohe administrative Aufwand schränkt letztendlich wiederum die personellen Betreuungsmöglichkeiten ein. In der heutigen Situation kann die Außenfürsorge daher nur in einem relativ kleinen räumlichen Gebiet durchgeführt werden. Quartiergeber, die zu weit abseits vom Betreuungszentrum LSKH-Graz liegen, konnten aus Gründen der Erreichbarkeit durch die Kontrollorgane bisher nicht berücksichtigt werden. So gesehen erscheint eine personelle Aufstockung des Betreuungspersonals als unumgänglich.

Juristische Aspekte

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der rechtlichen Unsicherheit dieses Modells. Für die administrative Durchführung der Außenfürsorge fehlt bis dato jegliche gesetzliche Basis. Sämtliche Aktivitäten werden in einer gesetzlichen Grauzone abgewickelt. Dies birgt die Gefahr, daß bei möglichen negativen Resultaten die Initiatoren und involvierten Betreuer voll zur Rechenschaft gezogen werden könnten. Hier wäre die Schaffung eines klaren rechtlichen Rahmens zum Schutz aller betroffenen Personen, einschließlich der Behinderten, angebracht.

Die Perspektiven der Außenfürsorge für die nähere Zukunft sind durchaus positiv zu werten. Letztlich wäre für eine Ausweitung dieses Pilotprojektes die Einrichtung neuer dezentraler Koordinationsstellen wünschenswert. Hierfür kämen alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Anstalten in Frage, von denen aus ein Netz von Pflegestellen betreut werden könnte. Diese Aussicht impliziert konsequenterweise die Initiierung eines breiten, öffentlich geführten Diskussionsprozesses. Erst dann sollte daran gedacht werden, die dafür nötigen Mittel zur Verfügung zu stellen bzw. aus dem Etat der stationären Anstaltsbetreuung umzuschichten.

Die Außenfürsorge kann jedoch keinesfalls als Substitut für eine stationäre Anstaltspflege herhalten. Es gibt eine Vielzahl von geistig Behinderten und chronisch psychisch Kranken, für die diese Möglichkeit aus diversen Gründen denkbar ungeeignet wäre. Auch sollte in allen Fällen die individuelle Wahlmöglichkeit zwischen einer Betreuung in der Außenfürsorge, in einer Anstalt oder in alternativen Einrichtungen beibehalten werden. Die Entscheidung darüber, welche Alternative gewählt wird, sollte unbedingt unter Einbeziehung der betroffenen Patienten bzw. deren Angehörigen erfolgen. Summa summarum ist das Modell der Außenfürsorge regulativ als Alternativmöglichkeit einer extraasylären Pflege gegenüber der traditionellen Internierung zu verstehen.

5.4. Weitere Einrichtungen

Abschließend soll noch auf andere, in dieser Untersuchung nicht erhobene, bereits existierende oder im Entstehen begriffene österreichische Behindertenbetreuungsmodelle in oder mit der Landwirtschaft kurz hingewiesen werden. So betreibt z.B. das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) Linz in St. Marienkirchen an der Polsenz einen Bauernhof in Form einer geschützten Werkstätte. Das Evangelische Diakonwerk führt in Gallneukirchen das "Anlernheim Friedenshort", in dem geistig Behinderte in einer Gärtnerei beschäftigt werden. Ebenfalls eine Gärtnerei zur Beschäftigung geistig Behinderter betreibt die gleiche Einrichtung in Waiern/Treffen. Das Landesbehindertenzentrum in Graz/Andritz und das Schloß Oberrein/Salzburg haben auch Gärtnereien zur Behindertenbetreuung eingerichtet. Am "Landbauhof Schweigau" des Arbeitstrainingzentrums (ATZ) Linz in Asten bei Enns werden gleichermaßen Behinderte in der Landwirtschaft beschäftigt. Die Barmherzigen Brüder unterhalten in Kainbach in der Steiermark einen landwirtschaftlichen Betrieb, auf dem ca. 25 geistig Behinderte in einer losen Wohngemeinschaft untergebracht sind. Daneben betreiben aber auch einzelne große psychiatrische Krankenhäuser für therapeutische Zwecke kleinere landwirtschaftliche Betriebe oder Gärtnereien, wie z.B. Hall/Tirol oder Mauer/Öhling. In Vorarlberg hat die Caritas in Wallgau bei Ludesch kürzlich ein Einfamilienhaus angekauft. Für ca. 20 geistig schwerbehinderte Personen soll eine Langzeitbetreuung in Form einer Beschäftigungstherapie mit der Landwirtschaft sichergestellt werden. Vorgesehen ist dabei der Aufbau einer eigenen Schafzucht und einer Schafwollveredelung. Für 1992 ist die Realisierung dieses Projektes geplant.

6. Exkurs: Sachwalterschafts- und Anhalterecht

In einer Parenthese sollen nun kurz die Grundzüge der Rechtsfürsorge für psychisch Kranke und geistig Behinderte vorgestellt werden. Dies hat bei einer Diskussion über eine extra-asyläre Unterbringung im landwirtschaftlichen Bereich eine Bedeutung, da sich dabei auch die Frage nach dem Schutz der Persönlichkeitsrechte bzw. der Problematik der Anhaltung und des Freiheitsentzuges als auch der Besachwalterung dieser weitgehend hilflosen Personen stellt.

Es kommt immer wieder vor, daß Pflegestellenleiter bzw. Verantwortliche und Mitarbeiter extra-asylärer Pflegeeinrichtungen die Sachwalterschaft in allen Bereichen oder Teilbereichen über ihnen anvertraute Personen übernehmen. Diese Situation birgt ein großes Konfliktpotential in sich, insbesondere dann, wenn latente Verwahrlosungs- und Ausbeutungszustände der direkt von ihren Quartiergebern abhängigen Personen von der öffentlichen Fürsorge nur noch schwer beseitigt werden können. Die Problematik stellt sich dabei nicht so sehr bei den eklatanten und offensichtlichen Fällen, bei denen ein Pflegeschaftsgericht bestimmten, erwießenermaßen ungeeigneten Personen die Sachwalterschaft wieder entziehen kann, sondern bei all jenen Fällen, bei denen Interessenkonflikte gegeben sind und die notwendige Distanz fehlt. Es geht weniger darum, die Pflegekompetenz bestimmter Pflegepersonen anzuzweifeln, als vielmehr einen effizienten Schutz geistig Behinderter mit eingeschränktem Artikulationsvermögen und verminderter Organisations- und Konfliktfähigkeit sicherzustellen. Die Ursachen prekärer Abhängigkeitsverhältnisse sind nicht so sehr vom Charakter und der Persönlichkeit eines Sachwalters als vielmehr von strukturellen Grundlagen abhängig. Allein die Schaffung des nötigen juristischen Instrumentariums und deren Implementation durch qualifizierte Organisationen und Einrichtungen, welche die Intentionen des sozialrechtlichen Instrumentariums in die Praxis umsetzen können, sind Garant für einen aus-

reichenden Schutz der Persönlichkeitsrechte geistig behinderter Menschen.

6.1. Gesetzliche Reformanstrengungen

Mit dem Paradigmenwechsel in der Position gegenüber geistig behinderten und psychisch kranken Menschen in den Siebzigerjahren, der ursächlich mit den Erfahrungen aus der internationalen Antipsychiatriebewegung und ersten Ansätzen einer "Offenen Psychiatrie" zusammenfällt, ergab sich auf gesetzlichem Gebiet ein Bedarf nach einer grundlegenden Reform der Rechtsfürsorge für geistig behinderte Menschen. Das traditionelle Krankheitsverständnis und herkömmliche Versorgungssysteme wurden zunehmend in Frage gestellt, der mit einer Entmündigung verbundene Freiheitsverlust, der vollständige oder teilweise Entzug der Geschäftsfähigkeit und das Ausgeliefertsein an die Interessen anderer immer mehr einer Kritik unterzogen. Alternative, gemeindenahе Netze einer psychiatrischen Versorgung wurden alsbald in die Diskussion eingebracht.

Mit der zweiten Novelle zum Krankenanstaltengesetz 1974 (KAG, 1965) kam es erstmals zu einer beabsichtigten Eingliederung der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin. Dabei wurde die Möglichkeit sowohl der Einrichtung von psychiatrischen Ambulanzen, Tag- und Nachtspitälern als auch einer inneren Differenzierung der Anstalten vorgesehen. Eigene bettenführende neurologische und psychiatrische Abteilungen sollten in bestimmten Allgemeinkrankenhäusern, an sogenannten Schwerpunkt- und Zentralanstalten, verankert werden. Weiteres sollten Konsiliarärzte für die psychiatrische und neurologische Versorgung an Standardkrankenanstalten verantwortlich zeichnen. Der Österreichische Krankenanstaltenplan (Teil B, 1976) des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz bestimmte die Funktion dieser psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern näher. Demnach war es deren Aufgabe, für die Akut- und Erstversorgung, aber auch für die Rehabilitation psy-

chisch und geistig Kranker Sorge zu tragen. Diese ersten Anstrengungen in Richtung einer Sektoralisierung der Psychiatrie waren jedoch nicht von großem Erfolg gekrönt. Durch den wenig verbindlichen Charakter der Gesetzesbestimmungen erfolgte die Umsetzung der Reformen in den einzelnen Krankenhäusern äußerst langsam. Es darf daher nicht verwundern, wenn zehn Jahre nach der Novelle erst drei der zehn großen Sonderanstalten psychiatrische Ambulanzen eingerichtet hatten und in mehr als der Hälfte der Standardkrankenhäuser immer noch keine vorgeschriebenen Konsiliarärzte tätig waren.⁹¹

Eine weitere Etappe auf dem Reformweg des Sachwalter- und Anhalterechtes wurde mit den Neuregelungen im Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen 1983 und im Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten 1990 beschrritten, welche die alte Entmündigungsordnung (EntO) von 1916 und einzelne Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes (KAG) 1956 außer kraft setzten. Ziel dieser Gesetze war eine grundlegende Reform der Zwangsanhaltung sowie die Schaffung eines besonderen Schutzes für Personen, die wegen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung ihre Angelegenheiten nicht selbst ordnungsgemäß erledigen konnten. Dieser Personengruppe wurde eine besondere Schutzbedürftigkeit zugesprochen, die rechtsfürsorgliche Betreuung sollte als justizeigene Aufgabe sichergestellt werden. Die Kritik der alten Entmündigungsordnung lief auf deren mangelnde Bedarfsgerechtigkeit hinaus. Den Betroffenen wurde nicht wirklich geholfen. Einerseits waren nur die zwei Kategorien der vollen und der beschränkten Entmündigung vorgesehen, was zu einer unangemessen hohen Zahl und langen Dauer bei den Entmündigungen führte, andererseits waren die bestellten Kuratoren oder Beistände nicht in der Lage oder nicht willens, eine effiziente sozialrechtliche Betreuung zu gewährleisten. Nicht selten fehl-

⁹¹ vgl. Rudolf Forster, Jürgen M. Pelikan: a.a.O., S.305 ff

te ihnen auch der persönliche Kontakt zu dem Mündel, viele lehnten eine finanzielle Unterstützung für notwendige Rehabilitationsmaßnahmen ab und gefährdeten dadurch eine optimale Betreuung. Der letzte Kritikpunkt betraf die diskriminierende Form des Gerichtsverfahrens bei einer Entmündigung. Meist wurde das Entmündigungsverfahren sehr oberflächlich und über den Kopf der Betroffenen hinweg durchgeführt, was nicht selten nicht notwendige und zu lang andauernde Entmündigungen zur Folge hatte. Gekennzeichnet waren diese Verfahren außerdem durch das weitgehende Fehlen einer rechtlichen Vertretung der Betroffenen.

Die reformierten strittigen Bestimmungen im Krankenanstaltengesetz betrafen die Aufnahme, Anhaltung und Entlassung geistig oder psychisch behinderter Menschen. Nach der österreichischen Gesetzeslage unterliegen die Grundrechte der Person einem besonderen Schutz und dürfen grundsätzlich nicht außer Kraft gesetzt werden. Dabei gibt es im medizinischen Bereich allerdings drei Ausnahmen: die zwangsweise Behandlung von ansteckenden Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose nach dem Tuberkulosegesetz und dem Geschlechtskrankheitengesetz, sowie jenen Passus im Krankenanstaltengesetz, welcher "die Beaufsichtigung und Absonderung" vorsieht, "wenn der Kranke seine oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet" (§ 37 Abs.2 KAG). Als Folge davon können Angehaltene "in ihrer Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt beschränkt werden" (§ 51 Abs.1 KAG). Die Angehaltenen können in weiterer Folge auch "zur Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herangezogen werden" (§ 51 Abs.3 KAG).

Zum Gegenstand der Rechtsreformen wurde auch die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt. Die alte Gesetzeslage sah neben einer freiwilligen Aufnahme bei einer schriftlichen Erklärung des Anstaltsleiters und zweier Zeugen (§ 16 EntO) eine Zwangsaufnahme vor, die entweder durch eine amtsärztliche Bescheinigung, dem sogenannten "Parere", ausgestellt durch die zuständigen

Bezirksverwaltungs- oder Bundespolizeibehörde, erfolgen konnte (§ 49 Abs.1 KAG), aber auch mittels Überstellung aus einem öffentlichen Krankenhaus, dem sogenannten "Spitalsparere" (§ 49 Abs.2 KAG). Daneben konnte eine Einweisung auch auf Anordnung eines Entmündigungs- oder Pflugschaftsgerichtes erfolgen (§ 49 Abs.2 und § 52 Abs.2. KAG), sowie ein Strafgericht einen Untersuchungshäftling zur Überprüfung seines Geisteszustandes in eine Anstalt verweisen (§ 50 KAG). Die Kritikpunkte beliefen sich hierbei hauptsächlich auf die mangelnde fachliche Kompetenz der Amts-, Polizei- und Spitalsärzte bei der Ausstellung von Pareren. Kritisiert wurde auch die Anlegung von personenbezogenen Daten im Bundesministerium für Inneres, der sogenannten Ges-Kartei, welche die Ergebnisse einer polizei- oder amtsärztlichen Untersuchung in einer Geisteskrankenevidenz aufbewahrte. Sogar wenn der Polizeiarzt keine Anzeichen einer Geistesstörung feststellen konnte, erfolgte eine Aufnahme in den Steckzettelin-dex.⁹²

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen (Sachwalterschaftsgesetz BGBl. 1983/55), gültig ab 1. Juli 1984, kam es im einzelnen zu folgenden bedeutenden Neuregelungen:

Anstelle der Beistände und Kuratoren werden nun vom Gericht von Amts wegen oder auf Antrag der Behinderten selber Sachwalter bestellt. Sonstige dritte Personen, wie z.B. Angehörige besitzen ab nun im Sachwalterschaftsverfahren kein Antragsrecht mehr. Der Sachwalter übernimmt als ein vom Gericht bestellter gesetzlicher Vertreter mit den Rechten und Pflichten eines Vormunds die Verpflichtung zur Sorge um eine psychisch kranke

⁹² Jürgen M. Pelikan: Zur Reform des Anhalterechtes. Versuch den Entwurf für ein "Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz)" kritisch darzustellen. In: Psychosoziale Arbeit 1979, Heft 1, S.11 bis 19

oder geistig behinderte Person, die ohne Unterstützung der Gefahr von Nachteilen ausgesetzt wäre. Der Sachwalter wird im Gegensatz zu den Beiständen und Kuratoren nur mehr für jene Angelegenheiten bestellt, bei denen die behinderte Person einer Betreuung bedarf. Diese elastische Bestellung des Sachwalters für einen bestimmten Kreis vom Gericht definitiv festgelegter Aufgaben erlaubt eine bessere Bedürfnisabstimmung für die einzelnen Kranken. Die entsprechende Rechtsfürsorge wird vom Sachwalter nur mehr soweit geleistet, wie es für das Wohl der entsprechenden Person nötig ist. Eine volle Entmündigung ist nicht mehr möglich, das Recht einer mündlichen Testierfähigkeit bleibt nunmehr weiterhin vor Gericht erhalten. Dies zeigt sich auch im eigentlichen Gerichtsverfahren, wo sich bedeutende Verbesserungen in der Rechtsstellung der Betroffenen ergaben. Das Verfahren muß nun mündlich und unmittelbar abgewickelt werden. Der Richter ist verpflichtet, sich durch Anhören des Betroffenen und ihm nahestehender Personen ein persönliches Bild über die konkreten Lebensverhältnisse zu machen. Neben dieser Anhörungspflicht existiert jetzt auch eine Mitteilungspflicht. Der Betroffene selber hat über den Entschluß des Gerichtes und dessen Tragweite informiert und aufgeklärt zu werden, die Mitteilungen über die beschränkte Geschäftsfähigkeit einer Person müssen nunmehr auch an Behörden (Finanzbehörde, Sozialversicherung etc.), an die Gemeinde, das Grundbuch und das Handelsregister weitergeleitet werden. Während des Verfahrens kann im Bedarfsfall ein einstweiliger Sachwalter als Rechtsbeistand eingesetzt werden.

Abgesehen davon konnte durch das Sachwalterschaftsgesetz auch das seit 1981 bestehende, vom Bundesministerium für Justiz initiierte und vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt "Modellversuch Sachwalterschaft" als "Vereinssachwalterschaft für qualifizierte Sachwalter" gesetzlich verankert werden. Damit wurde einer UN-Deklaration aus dem Jahre 1971 betreffend das Recht auf qualifizierten Vormund entsprochen.

Das Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz BGBL. 1990/155) mit Gültigkeit ab 1. Jänner 1991, sieht einen verbesserten Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten vor:

Der Grundsatz der Subsidiarität wurde als gesetzliche Barriere eingeführt, sodaß die Aufnahme von Kranken in den geschlossenen Bereich einer Anstalt nur noch dann als letztes Mittel zulässig ist, wenn alle ambulanten Betreuungsversuche und Betreuungsversuche im offenen Bereich gescheitert sind. Eine Unterbringung hat sich demnach nunmehr auf jene Fälle zu beschränken, wo bei Vorliegen einer psychischen Krankheit, die das eigene Leben bzw. die eigene Gesundheit oder die anderer Personen ernstlich gefährdet, keine ausreichende ärztliche Betreuung außerhalb der Anstalt möglich ist.

Eine Unterbringung aus eigenem Verlangen kann nur eigenhändig und schriftlich in Gegenwart des leitenden Anstaltsarztes oder eines Vertreters und eines weiteren Facharztes auf Widerruf erfolgen. Ist die betreffende Person besachwaltert oder noch minderjährig, so ergibt sich die Erfordernis einer Zustimmung des Sachwalters oder des Erziehungsberechtigten. Bei einer "Unterbringung auf Verlangen" hat bei der Aufnahme eine ärztliche Untersuchung zu erfolgen, davon abgesehen kann die Unterbringung auf maximal zehn Wochen anberaumt werden.

Im Falle einer zwangsweisen Unterbringung, welche im Gesetz als "Unterbringung ohne Verlangen" bezeichnet wird, ist die Untersuchung durch einen im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt oder Polizeiarzt unbedingt erforderlich. Dieser hat die Voraussetzungen der Unterbringung zu prüfen und zu bescheinigen. Von dieser Voraussetzung kann nur dann abgesehen werden, wenn Gefahr im Verzug ist. Die Situation gegenüber dem alten amtsärztlichen Parere hat sich damit nur insofern geändert, daß nunmehr bei der Aufnahme in den geschlossenen Teil einer Anstalt auch eine Untersuchung durch den Abteilungsleiter und ei-

nes weiteren Facharztes Prämisse ist. Sobald eine Zwangsunterbringung erfolgt ist, sind unverzüglich neben den engeren Angehörigen ein Patientenanwalt oder sonstiger Rechtsbeistand zu verständigen. Der Patient muß dabei auch über die Gründe seiner Anhaltung unterrichtet werden.

Der Abteilungsleiter hat bei einer "Unterbringung ohne Verlangen" unverzüglich zur Einleitung eines Unterbringungsverfahrens das Gericht zu verständigen. Zuständig für dieses Verfahren ist das Bezirksgericht, welches eigene Patientenanwälte zu bestellen hat. Der Abteilungsleiter einer geschlossenen Anstalt hat den Patienten über seinen zuständigen Patientenanwalt zu informieren. Der Patient kann aber vor Gericht einen eigenen Rechtsbeistand beantragen, dann erlischt die Aufgabe des Patientenanwaltes.

Das Gericht ist verpflichtet, innerhalb von vier Tagen nach erfolgter Unterbringung den Patienten anzuhören, Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen und Sachverständige beizuziehen. Erscheint die Unterbringung nach den vorliegenden Indizien als gerechtfertigt, so hat das Gericht innerhalb von 14 Tagen eine mündliche Verhandlung anzuberaumen. Bis zur Verhandlung kann bei Notwendigkeit ein einstweiliger Sachwalter bestimmt werden. Noch rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung hat mindestens ein vom Gericht bestellter Sachverständiger ein schriftliches Gutachten an den Kranken, dessen Vertreter und den Abteilungsleiter auszufolgen. Das Gericht kann auch noch weitere Auskünfte über das soziale Umfeld des Angehaltenen einholen. Der Abteilungsleiter ist ebenfalls angehalten, vor der mündlichen Verhandlung eine Krankengeschichte des Patienten vorzulegen.

An der mündlichen Verhandlung hat der Kranke persönlich teilzunehmen. Nach Anhörung sämtlicher relevanter Auskunftspersonen verkündet das Gericht den Beschluß. Dieser Beschluß muß innerhalb von acht Tagen dem Kranken, dessen Vertreter und dem Abteilungsleiter zugestellt werden. Der Kranke und seine

engen Verwandten besitzen ein Rekursrecht von 14 Tagen nach erfolgter Zustellung des Beschlusses, der Abteilungsleiter eines von lediglich acht Tagen. Kommt es zu einem Rekurs, so entscheidet das Gericht zweiter Instanz innerhalb von 14 Tagen nach Akteneinlauf. Eventuell wird es dabei erforderlich, das Unterbringungsverfahren neu aufzurollen.

Eine "Unterbringung ohne Verlangen" darf maximal drei Monate andauern. Danach kann sie in einer weiteren mündlichen Verhandlung auf höchstens ein Jahr verlängert werden. Nach Ablauf dieser Periode ist jeweils ein neuerlicher Beschluß erforderlich, wobei allerdings eine Unterbringung über ein Jahr hinaus nur bei Vorliegen besonderer medizinischer Gründe möglich ist. Der Abteilungsleiter hat darüber hinaus das Recht, jederzeit eine Unterbringung ohne vorherige Zustimmung des Gerichtes aufzuheben. Er muß dabei nur das zuständige Gericht verständigen.

In weiterer Folge wurde im Unterbringungsgesetz auch der Pausus über die Beschränkung der Bewegungsfreiheit im Krankenanstaltengesetz (§ 51 KAG) novelliert. Eine Beschränkung der Bewegung ist im geschlossenen Bereich einer Anstalt nur mehr soweit zulässig, wie es die Abwehr von Gefahren oder eine ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die Bewegungsfreiheit darf nur noch auf bestimmte räumliche Bereiche beschränkt werden, wobei der behandelnde Arzt die Gründe dafür angeben und dem gesetzlichen Vertreter der behinderten Person bekanntgeben muß. Der Kranke und sein gesetzlicher Vertreter besitzen dagegen ein gerichtliches Anrufungsrecht. Eine Beschränkung im Verkehr mit der Außenwelt ist nicht mehr statthaft. Der Kranke darf weder im schriftlichen noch im telefonischen Verkehr mit der Außenwelt behindert werden, außerdem hat er jederzeit das Recht, mit seinem gesetzlichen Vertreter in Kontakt zu treten. Das Recht, Besuche zu empfangen, darf nur noch dann beschnitten werden, wenn dadurch das Wohl des Kranken ernsthaft bedroht würde. Dies hat mit Angabe von driftigen Gründen von

seiten des Anstaltsleiters zu erfolgen. Auch gegen diesen Entscheidung kann ein Gericht angerufen werden.

Auch für die Abwehr von repressiven Maßnahmen, wie das Anlegen von Zwangsmaßnahmen, Zwangsmedikation und Elektroschocks gegen behinderte Personen in psychiatrischen Anstalten wurde mit diesem Gesetz Sorge getragen. Künftig darf gegen den Willen des Kranken bei Einsicht oder der Erziehungsberechtigten, gesetzlichen Vertreter oder des Gerichtes, wenn keine Einsicht des Kranken gegeben ist, keine Behandlung mehr durchgeführt werden. Das Gesetz läßt dabei aber eine Hintertür offen. Bei großer Dringlichkeit kann nämlich davon eine Ausnahme gemacht werden. Die ärztliche Behandlung darf desungeachtet aber nur anerkannte medizinische Methoden umfassen, wobei die Methoden auf Wunsch dem Kranken und dem Patientenanwalt zu erläutern sind. Dem gesetzlichen Vertreter des Kranken und, sofern es das Wohl des Kranken zuläßt, auch dem Kranken selber wurde nunmehr auch das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte gegeben.

Als Quintessenz der Reform des Sachwalter- und Anhalterechtes können einige wesentliche, zentrale Verbesserungen in der rechtlichen Position und im Schutz der Persönlichkeitsrechte von geistig und psychisch Kranken festgestellt werden, wobei allerdings abgewartet werden muß, ob sich in der Praxis, insbesondere im Bereich der Zwangsanhaltung und der Zwangsmedikation, durch das neue Unterbringungsgesetz grundlegende positive Änderungen ergeben werden, oder ob so manche weiche Formulierungen in den Gesetzestexten weiterhin der Persistenz alter Zustände Vorschub leisten. Bedauert werden muß, daß das Problem der Anlegung von Geisteskrankenevidenzen, d.h. der sogenannten Ges-Karteien, wiederum nicht angegangen wurde. Dadurch wird sich wohl auch in Zukunft eine behördliche Diskriminierung und Stigmatisierung einer nicht unwesentlichen gesellschaftlichen Randgruppe perpetuieren.

6.2. Vereinssachwalterschaft in der Praxis

Anläßlich einer Enquete zur Reform der Entmündigungsordnung 1978 wurde auch das Thema einer verbesserten Rechtsfürsorge für psychisch und geistig Kranke durch eigene Institutionen in die Diskussion eingebracht. Als primäres Ziel wurde dabei die Garantie des Rechtsschutzes und der Versorgung von Personen nach Verhängung von Zwangsmaßnahmen angesehen. Bereits im Herbst 1980 konstituierte sich ein "Verein für Sachwalterschaft", der ab 1981 vorerst in einzelnen Bezirken in Wien und Niederösterreich begann, in einem Modellversuch die praktischen Erfahrungen im Rahmen eines Forschungsauftrags des Bundesministeriums für Justiz und unter wissenschaftlicher Anleitung des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizinsoziologie auszuwerten.

Die Notwendigkeit einer Professionalisierung der Interessensvertretung und einer unabhängigen rechtsfürsorglichen Unterstützung psychisch und geistig Kranker war nicht zu leugnen. Das alte System der Laienfürsorge durch Beistände und Kuratoren wurde aufgrund des Strukturwandels in der Familie und im gesamten Sozialsystem immer inadäquater. Die Anforderungen an die Fähigkeiten der gesetzlichen Vertretungspersonen, insbesondere im juristischen Bereich, stiegen unaufhörlich. Immer weniger Personen waren bereit, eine Vormundschaft zu übernehmen und die, welche sie übernahmen, konnten oft keine ausreichend effiziente Betreuung gewährleisten.

Der "Modellversuch Sachwalterschaft" verlief überaus erfolgreich, sodaß er letztendlich im Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen 1983 als "Vereinssachwalterschaft" gesetzlich institutionalisiert wurde. Aufgabe der Vereinssachwalterschaft ist gemäß Gesetz nunmehr die Zur-Verfügung-Stellung kompetenter Personen zur Vertretung und rechtsfürsorglichen Betreuung von psychisch oder geistig behinderten Menschen, die der Gefahr von Nachteilen ausgesetzt sind.

Zu den Aufgaben eines Vereinssachwalters zählen zum einen die Funktion als Verfahrensvertreter oder Gerichtssachwalter, d.h. als einstweiliger Sachwalter in einem Gerichtsverfahren, aber auch als einstweiliger Sachwalter zur Besorgung dringender Angelegenheiten, wie z.B. der Einkommens- und Vermögensverwaltung, der Vertretung vor Ämtern und Behörden oder zur Sicherung der erforderlichen sozialen und medizinischen Betreuung. Neben diesen Erstaufgaben können Vereinssachwalter aber auch vom Gericht nach einem Sachwalterschaftsverfahren als gesetzliche Sachwalter für bestimmte oder sämtliche rechtliche Angelegenheiten bestellt werden.

Die Tätigkeit eines Vereinssachwalters sieht aber auch die Aufgabe einer sozialrechtlichen Betreuung von zwangsweise in psychiatrischen Anstalten angehaltenen Personen als sogenannte Patientenanwälte vor. Diese Institution ist noch relativ wenig ausgebaut. Erklärtes Ziel ist es, in Zukunft die Vertretung der Klienten gegenüber der Krankenanstalt und dem Anhaltegericht zu verbessern.

Das Anforderungsprofil an einen hauptberuflichen Vereinssachwalter ist sehr groß. Er muß eine ganze Reihe von fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen im juristischen, psychologischen, soziologischen und pädagogischen Bereich erfüllen können. Deshalb bieten sich als hauptberufliche Vereinssachwalter vor allem diplomierte Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen, Behindertenpädagogen bzw. Absolventen verschiedener soziologischer und pädagogischer Studienrichtungen an. Jeder hauptberufliche Vereinssachwalter arbeitet in einem Team in seiner jeweiligen Geschäftsstelle und hat von dort aus seine Fälle zu betreuen.

Neben diesen hauptberuflichen Sachwaltern gibt es auch noch sogenannte ehrenamtliche Vereinssachwalter, die jedoch im Gegensatz zu den hauptberuflichen Vereinssachwaltern keine besondere Berufsausbildung mitbringen müssen. Ehrenamtliche Mitarbeiter sollen ausschließlich in der Funktion des Sachwalters, nicht jedoch in Gerichtsverfahren tätig sein. Auch sie arbeiten

innerhalb einer kleinen Gruppe von ehrenamtlichen Sachwaltern, in der sie von hauptberuflichen Vereinssachwaltern eingeschult, fachlich angeleitet und überwacht werden und ihre Erfahrungen austauschen können. Ehrenamtliche Vereinssachwalter stehen in keinem Arbeitsverhältnis zum Verein und haben vor allem die Aufgabe, die hauptberuflichen Mitarbeiter in Routineangelegenheiten zu entlasten. Sie erhalten für ihre Tätigkeit lediglich eine geringe Aufwandsentschädigung. Die Form von ehrenamtlichen Vereinssachwaltern wurde auch deshalb gewählt, da dadurch eine sehr flexible, kostengünstige und gemeindenahe Betreuung möglich wurde.

Die Vereinssachwalterschaft wurde in ihrer Organisationsform dem Verein für Bewährungshilfe angelehnt. Die Form eines gemeinnützigen Vereins erwies sich als besonders zweckmäßig. Als privatrechtliche Einrichtung agiert er nach außen hin weitgehend unabhängig und hat dabei im Verkehr mit Behörden und Gerichten bei Interessenskonflikten einen sehr großen Spielraum. Das Bundesministerium für Justiz behält sich jedoch ein Aufsichtsrecht vor. Andererseits wird die Vereinstätigkeit weitgehend durch Subventionen und Zuschüsse des Bundes finanziert. Der Verein verpflichtet sich weiter, einen jährlichen Tätigkeitsbericht zu erstatten, über die empfangenen Subventionsmittel Rechnung zu legen und Büchereinsicht zu gewähren.

Dem "Verein für Sachwalterschaft" gelang es im Laufe der Jahre, sukzessive sein Netz an Geschäftsstellen auszubauen und seinen Mitarbeiterstand zu erweitern. Wurde 1981 mit nur drei hauptberuflichen Sozialarbeitern begonnen, so umfaßte der Verein im August 1989 bereits einen Mitarbeiterstab von 40 hauptberuflichen und 178 ehrenamtlichen Mitarbeitern, welche zusammen zu diesem Zeitpunkt 1.148 Betroffene betreuten. Mehr als die Hälfte der Fälle waren alleinstehende alte Menschen, die an hochgradiger Senilität oder altersbedingten geistigen Demenzzuständen litten, den Rest machten psychisch Kranke und auffällig gewordene Personen aus. In allerletzter Zeit werden auch mehr und

mehr Langzeitentmündigte und Langzeitangehaltene in das Klientel der Vereinssachwalterschaft einbezogen. Heute stellt sich der mittlerweile in "Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft" umbenannte Verein als eine gut eingespielte und auf viel Erfahrung zurückgreifende Institution dar, welche neben dem Sekretariat und zweier Geschäftsstellen in Wien weitere Geschäftsstellen in allen Landeshauptstädten außer Bregenz sowie in den Städten Wels, Klosterneuburg, Korneuburg, Sankt Johann im Pongau, Villach und Oberwart unterhält.

Der "Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft" ist heutzutage nicht mehr die einzige Einrichtung dieser Art, welche Aufgaben der Vereinssachwalterschaft wahrnimmt. In Sankt Pölten hat sich mittlerweile der "Niederösterreichische Landesverein für Sachwalterschaft" aufgrund einer Initiative des Landes Niederösterreich, der Caritas und der Österreichischen Lebenshilfe gebildet und in Vorarlberg entstand das "Institut für Sozialdienste - Verein für Sachwalterschaft" mit Sitz in Feldkirch. Alle diese gemeinnützigen und nicht auf Gewinn orientierten Einrichtungen werden vom Bundesministerium für Justiz subventioniert. Ihre Arbeit ist dabei nach regionalen Gesichtspunkten aufeinander koordiniert.

Die Eignung eines Vereins für Aufgaben der Vereinssachwalterschaft wird mit dem neuen Vereinssachwalter- und Patienten-anwaltschaftsgesetz (BGBl. 1990/156) genau geregelt. Voraussetzung für die Anerkennung der Eignung ist hierbei im wesentlichen, daß in den Statuten des Vereins ausreichend ausgebildete hauptberufliche Sachwalter angeführt und dem Bundesministerium für Justiz namhaft gemacht werden können. Die im Rahmen der Vereinssachwalterschaft tätigen Personen unterliegen dabei einer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht. Das Bundesministerium für Justiz gewährt den Vereinen Zuschüsse nach dem Bundesfinanzgesetz, behält sich aber ein Aufsichtsrecht über die Tätigkeit und die Gebarung der Sachwalterschaftsvereine vor.

Heute, zehn Jahre nach den ersten Anfängen der Vereinssachwalterschaft in Österreich, kann ein erstes Resümee gezogen werden. Die Einrichtung einer unabhängigen Rechtsfürsorgeinstitution für geistig und psychisch behinderte Personen darf generell als geglückt angesehen werden, wenn auch nicht alle gesteckten Ziele in vollem Umfang erreicht werden konnten. Die im Sachwalterschaftsgesetz vorgesehenen Möglichkeiten der Begrenzung der Besachwalterung auf bestimmte Angelegenheiten wird immer noch zu wenig genützt. Lediglich ein Drittel der neuen Sachwalterschaften wird differenziert ausgesprochen. Der bis Ende der Achtzigerjahre erhoffte Personalstand von 130 bis 150 hauptberuflich tätigen Vereinssachwaltern konnte bei weitem nicht erreicht werden. Noch immer herrscht eine eklatante Diskrepanz zwischen dem Angebot an verfügbaren Sachwaltern und jenen Personen, welche eine Betreuung dringend benötigen. Diese Situation wird auch sehr deutlich daran sichtbar, daß immer noch nur zwischen sechs bis sieben Prozent der betroffenen Personen durch Vereinssachwalter besachwaltet werden. In der überwiegenden Mehrzahl nehmen diese Aufgaben weiterhin Angehörige, Rechtsanwälte, Notare oder Gemeindefunktionäre wahr. Ein weiterer Grund für die geringe Quote an Vereinsbesachwalterung hängt damit zusammen, daß eine sehr große Anzahl von Altersentmündigten betreut werden muß, eine Aufgabe, welche ursprünglich nicht für die Vereinssachwalterschaft vorgesehen war. Die Tätigkeit der Sachwalterschaftsvereine bleibt überwiegend auf die städtischen Zentren konzentriert. Im ländlichen Bereich herrscht eine weitgehende Unterversorgung. Es nimmt deshalb nicht wunder, wenn die gegenwärtige Situation durch einen akuten Personalmangel geprägt ist, wobei zu hoffen ist, daß sich die herrschende Politik einsichtig zeigt, diese Probleme durch einen weiteren Ausbau und eine Zuwendung der dafür nötigen Mittel entsprechend zu lösen.

7. Resümee: Perspektiven einer sinnvollen und emanzipatorischen Integration geistig Behinderter und chronisch psychisch Kranker in der Landwirtschaft

Die Diskussion über die Integration geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen in landwirtschaftlichen Familienbetrieben bzw. in Behindertenbetreuungseinrichtungen, die sich landwirtschaftliche Tätigkeiten zur Aufgabe gemacht haben, läßt sich nicht losgelöst von der Debatte über eine Psychiatriereform führen. Emanzipatorische Behindertenarbeit wird angesichts der strukturellen und finanziellen Krise, in der sich die traditionelle Anstaltspsychiatrie gegenwärtig befindet, immer mehr auch in Kreisen "en vogue", die sich bisher kaum mit den Intentionen und Konzepten einer "Offenen Psychiatrie" anfreunden konnten.

Plötzlich werden die Vorzüge einer "Offenen Psychiatrie" bzw. einer extra-asylären Betreuung von geistig behinderten Menschen in der Landwirtschaft entdeckt. Für eine theoretische Absicherung dieser Konzeption wird dabei aber nicht selten von einer abgeschmackten, romantischen Fiktion eines idyllischen Landlebens und einer intakten bäuerlichen Sozialstruktur ausgegangen, die den Geisteskranken traditionell aber auch heute, als Antithese zur Perspektive eines tristen Anstaltsdaseins, die Möglichkeit eines erfüllten Lebens offerieren könnte. In Wirklichkeit geht es den Protagonisten dieser Idee aber vorrangig darum, für die Landwirtschaft neue Geldquellen in Form von leistungsbezogenen, öffentlichen Zuwendungen für bestimmte, nicht unmittelbar mit der landwirtschaftlichen Produktion zusammenhängende Dienste zu erschließen. Waren es jüngst die sogenannten ökologischen oder Kulturlandschaftspflegeleistungen, so werden nun immer mehr die im bäuerlichen Haushaltsverband erbrachten sozialen Aufgaben "entdeckt". Neben der Versorgung und Verpflegung von Ausgedingebauern und -bäuerinnen, kom-

men dabei auch geistig behinderte Menschen, welche sonst der Allgemeinheit zur Last fallen würden, in das Blickfeld der Betrachtungen.

Dabei wird nicht nur erwogen, Zuschüsse und Beihilfen für bereits lange Zeit im Familienverband mitlebende und mitarbeitende haushaltseigene geistig behinderte Personen zu eröffnen, sondern es wird auch diskutiert, hospitalisierte Personen aus psychiatrischen Kliniken und Pflegeanstalten in den landwirtschaftlichen Haushalts- und Arbeitsverband zu integrieren. Dieser Ansatz paßt auch sehr gut in das seit geraumer Zeit lancierte Konzept der "Privatisierung sozialer Dienste". In bezug auf diese ventilierten Integrationsmodelle für geistig und chronisch psychisch kranke Personen in der Landwirtschaft deutet dies einerseits auf die Erkundung von Perspektiven eines außerlandwirtschaftlichen Nebenerwerbs für eine ökonomisch weitgehend marginalisierte Landwirtschaft strukturschwacher Gebiete hin, andererseits aber auch auf die Evaluierung möglicher Kosteneinsparungen für die öffentliche Hand.

Angesichts des akuten Arbeitskräftemangels und des geringen Einkommens in vielen, vor allem wenig rationalisierbaren Bereichen der Landwirtschaft, d.h. in erster Linie in den strukturschwachen Gebieten des Grenz- und Berglandes, eröffnet sich in der Behindertenbetreuung in der Form von Außenpflegeplätzen eine außerlandwirtschaftliche Nebenerwerbsmöglichkeit, andererseits kämen in ihrer Arbeitsleistung zwar nicht vollwertige, jedoch weitgehend willfähige und wehrlose Personen als potentielle Arbeitskräfte zum Einsatz. Sind damit nicht Gefahren der Wiedereinführung eines Dienstbotenunwesens verbunden? Außerdem wäre die Kritik eines Behindertenmanagements im Interesse monetärer Überlegungen angebracht, wenn nicht so sehr Überlegungen eines größtmöglichen Autonomiegewinns oder einer weitgehenden Resozialisation der betroffenen Personen im Mittelpunkt stehen.

Nebenbei darf auch die von den auf diese Weise Integrierten erbrachte Arbeitsleistung nicht unterbewertet bleiben. Hier ergibt sich für die Betriebsleiter und Pflegestellenbetreiber zweifelsohne noch ein interessanter, zusätzlicher finanzieller Aspekt. Handelt es sich nämlich bei der Unterbringung rechtlich um einen sogenannten geschützten Arbeitsplatz, so wird zwar der betreffenden behinderten Person ein kollektivvertraglicher Mindestlohn als Landarbeiter zugestanden, der Betriebsleiter kann aber mit einem 50%-igen Lohnkostenzuschuß aus Mitteln der öffentlichen Hand rechnen. Ist die Unterbringung als Beschäftigungstherapie oder als Pflegeplatz deklariert, so erhält der Betriebsleiter den Tagesatz bzw. das Pflegegeld, hat aber andererseits der zu versorgenden Person lediglich ein geringfügiges Taschengeld zu gewähren. Dies eröffnet für den Betrieb die Perspektive einer Verfügungsgewalt über zusätzliche billige Arbeitskräfte. Offen bleibt auch, inwieweit und durch welche Institutionen eine effiziente öffentliche und soziale Kontrolle der Wohn- und Arbeitsverhältnisse der Behinderten im landwirtschaftlichen Betrieb durchgeführt werden kann.

Es fällt schwer, angesichts der Vielschichtigkeit des Problems, in dieser Frage Klarsicht zu behalten. Zweifelsohne sind auch aus rein sozial- und psychotherapeutischer Sicht bei einer Einbindung behinderter Personen in landwirtschaftliche Aufgabenbereiche viele nützliche Effekte zu erwarten. Dabei muß jedoch entschieden zwischen den voneinander oft sehr verschiedenen Charakteren der diversen Modelle getrennt werden. Jedenfalls läßt sich nicht unisono ein bestimmtes Beispiel als Parademodell einer optimalen Integration herausstellen. Zu unterschiedlich sind die einzelnen Rahmenbedingungen, zu verschieden auch die Aufgabenstellungen und Grundvoraussetzungen, um feste Leitlinien einer integrativen und emanzipatorischen Behindertenpolitik entwickeln zu können. Außerdem sollte man sich bei der Einschätzung eines Modells auch nicht zu sehr auf den jeweiligen vorgefundenen Istzustand festlegen und voreilige Aussagen treffen. Es gibt immer noch die Möglichkeit einer dynamischen, pro-

gressiven und innovativen Weiterentwicklung einzelner Projekte in eine Richtung, die für die Persönlichkeit der Behinderten ein höheres Maß an Freiheit und Entfaltungschancen ermöglichen könnte.

In dieser Studie wurden die einzelnen Integrationsmodelle zuerst nach Maßgabe rechtlicher Kriterien gegliedert, d.h. je nachdem, ob es sich um Schulungseinrichtungen, geschützte Arbeitsplätze bzw. -werkstätten oder Einrichtungen der Beschäftigungstherapie handelte. Anschließend erfolgte eine weitere Einteilung nach Maßgabe der Betreuungsziele, wobei die Kategorien Ausbildungshöfe, Einrichtungen der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie sowie Außenpflegefürsorgestellen zu unterscheiden waren. Jede einzelne dieser Institutionen stellt jedoch für sich in ihrer konkreten Ausprägungsform eine Besonderheit dar. Meistens läßt sich auch keine klare Zuordnung nach den getroffenen Einteilungskategorien bewerkstelligen, da immer wieder einzelne Aspekte einer Betreuung auch in eine andere Kategorie passen könnten. Abgesehen davon ließen sich noch beliebig viele weitere Klassifikationen nach neuen Einteilungskriterien aufstellen.

Die Vor- und Nachteile extra-asyllärer Versorgungseinrichtungen gegenüber der traditionellen Anstaltspflege, sowie der nach bestimmten Kategorien eingeteilten Einrichtungen untereinander, wurden schon größtenteils bei der Besprechung der einzelnen Institutionen angeführt. In der folgenden Zusammenfassung werden die wesentlichsten Kriterien aufgelistet.

7.1. Genereller Vergleich zwischen extra-asyllären Versorgung und einer Anstaltspflege

An dieser Stelle wird auf die einführenden Kapitel über die Kulturgeschichte des Wahnsinns, die Internierung der Geisteskranken sowie die Ursachen und die gesellschaftlichen Hintergründe der Entwicklung der Psychiatriereformen verwiesen. E-

benso scheinen die konzeptionellen Überlegungen der Modelle einer "Offenen Psychiatrie" bzw. der "Antipsychiatriebewegung" in diesem Zusammenhang erwähnenswert. Zieht man all dies ins Kalkül, so können dennoch ein paar konkretere Aussagen getroffen werden.

So scheint es unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen problematisch, ja geradezu höchst verantwortungslos, auf der Meinung zu beharren und zu glauben, man könne generell auf eine intensive stationäre Betreuung von Geisteskranken verzichten. Denn gerade jene Personen, welche aufgrund ihrer psychischen Grundstruktur sowohl sich als auch ihre Umwelt gefährden könnten, stünden bei einer Anstaltsentlassung vor solch schwerwiegenden Problemen, daß sie auch mit einer intensiven ambulanten Begleitunterstützung kaum zu lösen wären. Außerdem sind Einrichtungen für eine psychiatrische Akutversorgung notwendig. Zu glauben, daß sich mit der Abschaffung der Psychiatrie die psychischen Probleme automatisch lösen würden, erscheint naiv.

Dies ist jedoch kein Plädoyer für eine herkömmliche Bewahrungspsychiatrie in Anstalten und Kliniken. Ganz im Gegenteil, es ist lediglich ein Verweis darauf, daß generell der "Offenen Psychiatrie" in Zukunft der Vorzug gegeben werden muß, will man die Situation der psychosozialen Hygiene in der Bevölkerung verbessern, wobei es allerdings notwendig scheint, für eine bestimmte, wenn auch sehr kleine Anzahl von Personen weiterhin eine intensive stationäre Behandlung zu gewährleisten.

Eine extra-asyläre Versorgung bietet vorerst einmal die Perspektive eines Freiheits- und Autonomiegewinns, eines Ausbrechens aus der Ghettosituation eines mehr oder minder geschlossenen Anstaltslebens. Es wird zumindest die Möglichkeit sozialer Kontakte zur übrigen Bevölkerung, einer beruflichen und sozialen Rehabilitation und damit verbunden eines sozialen und emotionalen Anschlusses sowie die Entwicklung einer eigenen

Persönlichkeit in Aussicht gestellt. Hierbei gilt es natürlich auch die Thematik zu berücksichtigen, inwieweit demgegenüber die Normalität des Alltagslebens vorurteilsfrei entgegnet. Gefahren einer Hospitalisierung und Retardierung können in einer integrativen Betreuungseinrichtung nur dann abgewendet werden, wenn es gelingt, ein angenehmes Betreuungsklima zu schaffen und Affinitäten zu Bezugspersonen herzustellen.

Im Gegensatz zur Außenbetreuungssituation kann jedoch auch ein gut organisiertes und gut funktionierendes Anstaltsleben in einigen Bereichen durchaus Vorteile bieten. Gerade Schwierigkeiten mit einer unzureichenden Hygiene, einem ungenügenden Verpflegungsstandard, einer mangelhaften medizinischen und heiltherapeutischen Versorgung und einer ineffizienten öffentlichen Supervision können in einer psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt leichter begegnet werden. Auch die soziale Betreuung der Patienten ist unter diesem Gesichtspunkt im wesentlichen eine Frage von ausreichendem, motiviertem und geschultem Personal. Eine entsprechende psychiatrische und pflegerische Ausbildung ist insbesondere an kleinen landwirtschaftlichen Pflegeplätzen in der Regel nicht vorhanden. Landwirtschaftlichen Familienbetrieben fällt es gerade aus arbeitszeitlichen und innerbetrieblichen Gründen häufig schwer, eine ausreichende Pflege, Aufsicht und Betreuung der geistig behinderten Personen zu garantieren. Einschränkend ist jedoch nur dann eine Anstaltspflege zu befürworten, wenn diese Anstalten nach innen und außen geöffnet werden und aufgrund ihrer materiellen und personellen Ausstattung ein angenehmes, menschenwürdiges Betreuungsklima sicherstellen können. Gleichwohl ist in der Frage zwischen Anstaltspflege und Außenfürsorge eine eindeutige Unterscheidung schon nach dem Charakter der Einrichtung nicht leicht zu treffen, denn auch hier sind kontinuierliche Übergänge zwischen den Extrempunkten einer geschlossenen Anstalt und einer offenen Betreuung zu beobachten. Größere heimähnliche Einrichtungen der extra-asylären Fürsorge rücken in ihren Strukturen teilweise durchaus schon in die Nähe der psychiatrischen Anstalten.

Dabei handelt es sich oftmals um eine "Privatisierung sozialer Dienste" aus Kostengründen, welche den Betroffenen zum Nachteil gereichen kann.

Für Österreich wäre z.B. eine kombinierte stationäre, ambulante und extra-asyläre Lösung denkbar, in der einerseits der Ausbau eines engen Netzes an extra-asylären Unterbringungsmöglichkeiten in der einen oder anderen Form vorgesehen sein könnte, wobei gleichzeitig die Einrichtung psychiatrischer Betreuungssektoren, ähnlich etwa wie in Frankreich, hand in hand ginge. Daneben sollten aber auch einzelne, bereits bestehende Anstalten in ihrer Struktur geöffnet und demokratisiert und mit einer höheren Betreuungseffizienz ausgestattet werden.

Es müßten auch Anstrengungen für einen Ausbau der psychosozialen Dienste und der Organisationen, welche sich um die Beschwalterung geistig behinderter Personen annehmen, intensiviert und von den zuständigen öffentlichen Stellen mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Ergänzend dazu sollten in Hinkunft auch die Möglichkeiten von Übergangswohnheimen und Trainingswohngemeinschaften besser genutzt werden. Übergangswohnheime, wie z.B. der "Pro Mente Infirmis" in Wölfnitz bei Klagenfurt, haben möglicherweise größere Chancen einer Integration als Außenpflegestellen. In diesem Pilotprojekt wird die kleine Zahl von nur 12 Patienten zwischen 8 bis 22 Uhr von fünf Sozialarbeitern in einer Tagesklinik betreut. Es ist hierbei also ein relativ enges Verhältnis zwischen der Anzahl der Betreuer und den Betreuten gegeben. Zukunftsweisend sind auch die offenen Behindertenwohngemeinschaften, in denen geistig Behinderte mit Sozialarbeitern zusammenleben, wie sie z.B. die "Österreichische Lebenshilfe" bereits in mehreren Städten betreibt. Auch die Möglichkeit teilbetreuter Wohngemeinschaften oder Wohnverbundsystemen, bestehend aus einer

Stammwohnung mit angeschlossenen Einzelwohnungen sollte, besser genützt werden.⁹³

Bei einer generellen und aufeinander abgestimmten Umsetzung all dieser Konzepte würden dadurch auch optimale Voraussetzungen für einen Abbau von Vorurteilen in der breiten Bevölkerung gegenüber Geisteskranken und all jenen Personen, die mit der Psychiatrie in Berührung gekommen sind, geschaffen. Denn gerade das Bewußtsein, daß Irre und psychisch Kranke weder aggressiv noch sozial gefährlich sind, ist die Grundvoraussetzung einer geglückten Resozialisation und Reintegration in die Gesellschaft.

7.2. Kurze Einschätzung der einzelnen landwirtschaftlichen Betreuungseinrichtungen

7.2.1. Effekte einer Unterbringung in Ausbildungshöfen

Ausbildungshöfe ermöglichen durch ihren meist größeren heim- und schulartigen Charakter eine Korrektur von Versäumnissen im Bereich des sozialen Lernens. Die teilweise hochgradig milieugeschädigten Jugendlichen können in Wohn- und Arbeitsgruppen das für ein Leben in der freien Gesellschaft und für einen ständigen Arbeitsplatz unumgängliche Sozialverhalten eintrainieren. Sie lernen dabei unter anderem, ihren Tagesablauf zu strukturieren, Verantwortung zu übernehmen als auch miteinander zu kommunizieren und untereinander Freundschaften zu schließen. Die Wärme einer therapeutischen Gemeinschaft wirkt dabei katalysierend für das Entstehen sozialer und emotionaler Bindungen

⁹³ Wesentliche theoretischen Grundlagen für die Einrichtung von Wohnverbundsystemen für behinderte Menschen wurden unter anderem von der Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze in Wien erarbeitet, vgl. Walter Schaffraneck (1988) in: Dieter Berdel, Peter Pruner (1989) S. 272 ff. Bedeutung haben auch die Konzepte von Jeff Bernard (1983).

und vermittelt den Jugendlichen das wichtige Gefühl von Zugehörigkeit und Heimat, welches sich in vielen Fällen auch noch Jahre nach der Entlassung perpetuiert. Hervorragend erweist sich für den Einstieg in den Arbeitsprozeß die Verbindung mit eigenen Trainingswohnungen und die über die Entlassung aus dem Ausbildungshof hinausreichenden Begleitkontakte mit Sozialarbeitern.

Andererseits bleibt es für eine Diskussion offen, ob das Ziel einer Vermittlung von geistig behinderten Jugendlichen als Hilfsarbeiter in landwirtschaftliche Betriebe überhaupt erstrebenswert sei. Es sind dabei nicht nur Gefahren der Abhängigkeiten in einem traditionellen Dienstverhältnis impliziert, die Betroffenen laufen mitunter auch Gefahr, in der Abgeschiedenheit eines Bauernhofes sozial zu vereinsamen. Schon weniger problematisch gestaltet sich die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten für eine berufliche Integration in Handwerksberufen, da in einer dort zu meist kollektiven Arbeitssituation bessere Möglichkeiten einer sozialen bzw. gewerkschaftlichen Kontrolle der Arbeitsbedingungen vorliegen. Insbesondere gilt das für die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzbestimmungen, wie z.B. der eines geregelten Achtstundenarbeitstages.

Ein wesentlicher Kritikpunkt bei den Intentionen landwirtschaftlicher Ausbildungshöfe liegt auch im ureigentlichen Charakter als Auffangstation für "schwierige" Jugendliche, welche meist nach einer Sonderschulausbildung keinen Arbeitsplatz finden können. Diesen vor allem lernschwachen und sozial behinderten Jugendlichen wird am Arbeitsmarkt die Funktion einer "industriellen Reservearmee" zuteil. Nur in Zeiten einer Hochkonjunktur gelingt es ihnen ansatzweise, sich beruflich zu reintegrieren, ansonsten verbleiben sie gesellschaftlich marginalisiert. Die Kritik ist hier aber nicht so sehr an die teils sehr engagierten verantwortlichen Leiter dieser Ausbildungshöfe gerichtet, sondern ergeht in erster Linie an die staatliche Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, der es nicht gelingt, die gegebenen Mißstände zu beseitigen.

Eines der größten Probleme der Ausbildungshöfe liegt allgemein in den großen Schwierigkeiten, mit denen sich die Trägervereinigungen konfrontiert sehen, die für den Betrieb ihrer Einrichtungen notwendigen Geldmittel aufzutreiben. Die öffentlichen Subventionsgelder sind in der Regel sehr knapp bemessen, nennenswerte außertourliche Einnahmequellen z.B. in Form von Spendengeldern oder Einnahmen aus dem Verkauf von selbsterzeugten Produkten sind schwer erschließbar. Es ist als Erfolg zu werten, wenn es den Einrichtungen gelingt, zumindest im Bereich der Nahrungsmittelversorgung eine gewisse Autarkie zu erlangen. Zusätzlich fällt es meist auch schwer, ausreichend geschultes Pflegepersonal zu finden. Dies ist in logischer Konsequenz mit der peripheren Lage der meisten dieser Institutionen bedingt.

7.2.2. Aspekte anthroposophischer Heil- und Sozialtherapiegemeinschaften

Anthroposophische Dorf- und Wohngemeinschaften können in vielerlei Hinsicht den geistig Behinderten Möglichkeiten offerieren, für die andere Einrichtungen nicht in der Lage wären. Diese stark weltanschaulich motivierte, umfassenden Wohn- und Lebensmodelle sind imstande, Perspektiven einer sehr weitreichenden Integration in eine Gemeinschaft von Gleichgesinnten, eingebettet in Vorstellungen von den Kreisläufen der Natur und der Arbeit in der Landwirtschaft bestimmten Lebenssphären, anzubieten. Die heilpädagogischen und sozialtherapeutischen Konzepte zeitigen bei den Behinderten zumeist schon sehr bald eine Besserung des psychischen Allgemeinzustandes. Diese Erfolge sind unbestritten und werden auch allgemein anerkannt.

Eine der Ursachen für diese sehr positiven Erfahrungen liegt in einer äußerst engen Lebensgemeinschaft zwischen den Behinderten und ihren Betreuerfamilien begründet. Praktisch alle Haushalts- und Arbeitsaktivitäten werden in einer Gemeinschaft von Behinderten und Nichtbehinderten, teilweise sogar in einer Gütergemeinschaft, abgewickelt. Dies verlangt von seiten der

nichtbehinderten Gemeinschaftsmitglieder ein hohes Maß an Geduld und psychischer Stärke, welche wiederum nur vermöge einer starken Überzeugung aufgebracht werden kann.

Man kann die einzelnen anthroposophischen Einrichtungen in Österreich nicht ohne weiteres als in ihren Strukturen gleich betrachten. Die Betreuungsententionen sind oft sehr verschieden und reichen von der Intention der Vermittlung einer Ausbildung für eine Reintegration ins Berufsleben bis hin zur Auffassung, daß das Leben in der allgemeinen Gesellschaft ohnedies nicht erstrebenswert wäre und deshalb die relative Abgeschlossenheit einer Schicksalsgemeinschaft von Gleichgesinnten vorzuziehen sei.

In den meisten Fällen hervorragend gelöst erscheint in all diesen Einrichtungen die Kontinuität der Betreuung. Praktisch rund um die Uhr stehen die Mitglieder der Wohn- und Dorfgemeinschaften für Betreuungsaufgaben zur Verfügung. Außerdem gibt es generell ein breites Angebot von Gymnastik-, Massage- und Therapiemöglichkeiten. Kulturelle Veranstaltungen, Theater-, Kreativitätsworkshops und Fortbildungskurse runden gemeinsam mit vielen Freizeitangeboten die reichhaltige Palette an Möglichkeiten ab.

Die einzelnen Einrichtungen sind allgemein sehr gut und den modernen hygienischen und sanitären Standards entsprechend ausgestattet. Dies ist vor allem auch dadurch möglich, da neben den allgemeinen öffentlichen Förderungsmaßnahmen eine große Anzahl von fördernden Vereinsmitgliedern und der Anthroposophie nahestehenden Gönnern reichlich finanzielle Mittel zukommen lassen.

Weiters positiv gesehen werden muß die Offenheit der Einrichtungen. Obwohl ein starkes weltanschauliches Leitbild die Grundlage der Betreuungsentention abgibt, sind außenstehende Besucher jederzeit und gerne willkommen. Im Gegenteil, es wird sogar darauf Wert gelegt, viele gute Kontakte zur benachbarten

Bevölkerung und gleichsam mit Interessierten, Volontären und sozial engagierten Personen zu pflegen. Dies schafft auch die nötige Transparenz und macht die Einrichtungen weitgehend vor unqualifizierten Angriffen immun.

Die kontemporären anthroposophischen Einrichtungen in Österreich bieten viele positive Aspekte, obwohl einzelne Forderungen, so z.B. nach einer weitgehenden Demokratisierung der Betreuungssituation, nicht voll erfüllt werden. Dies äußert sich z.B. in den Gruppengesprächen, in die die Behinderten meist nicht einbezogen werden. Auch im Bereich der Sexualität von geistig behinderten Personen werden weitgehend sehr traditionelle Auffassungen reproduziert. Es entspricht nicht der konsequenten Linie richtungsweisender psychiatrischer und psychotherapeutischer Modelle, den entsprechenden Personen das Erwachsensein abzusprechen und ihnen jegliche näheren zwischen geschlechtlichen Beziehungen zu untersagen.

7.2.3. Aspekte einer Unterbringung von Behinderten auf Bauernhöfen

Das Modell einer Unterbringung in bäuerlichen Haushalts- und Arbeitsbereichen umschließt sowohl die Kategorien der traditionellen Versorgung von haushaltseigenen geistig Behinderten und die Vermittlung auf Bauernhöfe über den Angehörigen- und Freundeskreis in Eigeninitiative, als auch die von einzelnen Landesregierungen und psychiatrischen Stellen propagierte Außenpflegefürsorge.

Charakteristisch für diese Modelle ist eine besondere Konstellation zwischen den Betreuten und den Betreuern. Bauer und Bäuerin treten im Regelfall als die alleinigen Hofeigentümer auf, während etwa bei den Ausbildungshöfen und den anthroposophischen Einrichtungen die landwirtschaftlichen Betriebe fast immer von Trägervereinigungen geführt und in erster Linie für Ziele einer Behindertenbetreuung zur Verfügung gestellt und adaptiert werden. In bäuerlichen Betrieben hingegen müssen sich

die extra-asyllär versorgten Behinderten in ein von wirtschaftlichen Zielen und den subjektiven Leitbildern des jeweiligen Haushaltsverbandes dominiertes, bereits fix gegebenes und nur noch schwer modifizierbares Sozial- und Wertesystem einordnen, wobei nicht selten ein hoher Anpassungsdruck auf den Pflegenden lastet. Dies kann in der Folge zu schwerwiegenden Komplikationen führen.

In jedem Fall ist die Behindertenbetreuung nicht die alleinige und ausschließliche Aufgabe eines landwirtschaftlichen Betriebes. Der landwirtschaftliche Betrieb muß sich ebenfalls nach betriebswirtschaftlichen Produktionszielen richten, auch wenn die Einnahmen aus der Behindertenbetreuung bereits die landwirtschaftlichen Einkünfte in ihrer Höhe übersteigen. Dadurch kommt es nicht selten zu Interferenzen mit dem Betreuungsziel, sei es, daß nicht ständig Pflegepersonen vorhanden sind, weil diese gerade für eine landwirtschaftliche Tätigkeit gebraucht werden, sei es, daß die Behinderten auch zu Arbeiten herangezogen werden, die sich an den jeweiligen Erfordernissen des Betriebes orientieren und nicht unbedingt im Interesse einer sinnvollen Therapie liegen. Diese angeführten Argumente treffen hauptsächlich für die sehr kleinen landwirtschaftlichen Pflegestellen zu, bei denen nur ein oder zwei Personen untergebracht sind.

Dennoch bieten insbesondere diese relativ kleinen, familiären Pflegestellen eine ganze Reihe positiver Aspekte für eine erfolgreiche gesellschaftliche Rehabilitation. Die geistig Behinderten können in gut funktionierenden Betreuungsverhältnissen eine starke Affinität zu dem jeweiligen Familienverband entwickeln. Eine Vielfalt von Sinneseindrücken im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten landwirtschaftlichen Aufgabenstellungen, der noch relativ wenig entfremdete Charakter der anfallenden Arbeiten, die großen Freiräume für eigenständige Betätigungen und die Einbindung in ein festes soziales Umfeld können sich stimulierend auf die Entwicklung und Festigung der eigenen Persön-

lichkeit auswirken und Perspektiven für eine soziale Reintegration schaffen.

Trotz aller Chancen für eine erfolgreiche gesellschaftliche Reintegration muß auch auf die kohärenten Problematiken hingewiesen werden. Die psychische Überlastung bei der Unterbringung von geistig behinderten oder chronisch psychisch kranken Menschen auf einem landwirtschaftlichen Betrieb kann zweifelsohne schwerwiegende Probleme zur Folge haben, insbesondere für die weiblichen Haushaltsmitglieder, welche in den meisten Fällen den Hauptteil der Betreuungsaufgaben übernehmen. Man muß sich vor Augen führen, daß sich die behinderten Personen ständig in einem persönlichen Nahbereich, in der unmittelbaren Privatsphäre des Haushaltsverbandes befinden. Daher gibt es gerade für die pflegenden Haushaltspersonen praktisch keinerlei Möglichkeit, auch nur für eine bestimmte Zeit Abstand zu gewinnen. Die sozialen Beziehungen der Haushaltsmitglieder untereinander werden durch die Anwesenheit der geistig behinderten Personen geprägt und langfristig auf eine harte Probe gestellt. Die Pflegefamilien halten oft gerade deshalb nicht durch, da die psychischen Anforderungen einfach zu hoch werden.

Die Grundvoraussetzungen und Rahmenbedingungen für dieses Modell sind:

Nicht alle behinderten Personen sind für ein derartiges Integrationsprojekt geeignet. Erst wenn eine psychiatrische und medizinische Indikation eine extramurale Unterbringung für unbedenklich hält, sollten die entsprechenden Personen für eine Außenpflege in Betracht gezogen werden. Ist diese Grundvoraussetzung gegeben, so darf ein Pflegeplatz nur dann angenommen werden, wenn es dem eigenen Wunsch der behinderten Person entspricht, auf einem landwirtschaftlichen Hof zu leben und zu arbeiten. Weiters erweist es sich als sinnvoll, wenn die auf diese Weise zu versorgenden Personen einen näheren Bezug zur landwirtschaftlichen Arbeit mitbringen, d.h. womöglich selber aus dem Bereich der Landwirtschaft stammen. Dies ist jedoch keine

conditio sine qua non. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß durchaus auch Personen städtischer Herkunft an einem Leben in der Landwirtschaft Gefallen finden können.

In diesem Zusammenhang müssen auch die Gefahren einer Hänselei durch die Dorfgemeinschaft berücksichtigt werden. Sobald geistig behinderte Personen einer Öffentlichkeit ausgesetzt werden, laufen sie auch Gefahr, auf Ablehnung zu stoßen. Dies sind Fakten, welche in der Abgeschlossenheit eines Anstaltslebens nicht in Erscheinung treten.

Daneben sind ein gewisses Sozialverhalten und eine minimale Selbständigkeit der Personen vor allem in bezug auf die Körperhygiene erforderlich, da auf kleinen Pflegestellen mangels eigens dafür angestelltem Pflegepersonal eine ständige und intensive Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Schwierig kann sich auch die potentielle Unfallgefährdung auf einem modernen Bauernhof erweisen. Um das Risiko von Unfallgefahren minimal zu halten, sind dabei einerseits besondere Schutzmaßnahmen erforderlich, andererseits sollten die behinderten Personen aber auch die nötige Einsicht aufbringen können, diese Gefahren rechtzeitig zu erkennen, richtig einzuschätzen und zu respektieren. Eine andere Schlußfolgerung ergibt sich aus der ursächlichen Struktur der landwirtschaftlichen Arbeit. Die saisonalen Erfordernisse und die Witterungsabhängigkeit verlangen zumindest zeitweilig eine längere Arbeitszeit als in einer Behindertenwerkstätte. Andererseits ergibt sich aus der Situation aber wiederum die Möglichkeit einer weitgehenden Betreuung und Beaufsichtigung, da Behindertenwerkstätten am Abend und an den Wochenenden zumeist geschlossen halten.

Es ist darauf zu achten, daß die entsprechenden Personen nicht zu billigen Arbeitskräften für den landwirtschaftlichen Betrieb degradieren. Die Maßnahmen für einen effizienten sozialen Schutz erweisen sich in der Praxis meist als unzureichend. Die für die Außenpflegefürsorge verantwortlichen psychiatrischen Kliniken sind aus personellen Gründen kaum in der Lage, eine

ausreichende Kontrolle zu gewährleisten. So bleibt in vielen Fällen nur der Hausarzt als jene Person übrig, welche in gewisser Hinsicht die tatsächlichen Innenstrukturen einer Pflegestelle beurteilen und gegebenenfalls korrigierend eingreifen kann. Eine unabhängige Supervision ist aus den angeführten Gründen unbedingt notwendig.

Ungeklärt sind derzeit auch die rechtlichen Grundlagen für eine Außenpflegefürsorge. Die verantwortlichen Inspektionsärzte bzw. Psychiater bewegen sich mit allen getroffenen Entscheidungen in einer juristischen Grauzone. An ihnen liegt es, aus den vorgefundenen Indizien die Bonität einer Pflegeplatzsituation richtig zu beurteilen und nötigenfalls Änderungen zu veranlassen. Bei Fehlentscheidungen müßten sie die volle Verantwortung für alle Konsequenzen übernehmen. Hier ergibt sich für den Gesetzgeber ein zwingender Anlaß, Rechtsunsicherheiten zu beseitigen, um den Verantwortlichen einen besseren Schutz zu gewähren.

Eine weitere Problematik liegt in der fehlenden oder höchst mangelhaften medizinischen und psychologischen Ausbildung der Pflegeplatzbetreiber. Die ersten Ansätze eines verpflichtenden Pflegekurses, wie sie in Kärnten getroffen wurden, können in ihrem Ausmaß als unzureichend beurteilt werden. Denkbar wäre hier z.B. die Einrichtung eines ein- bis zweijährigen psychopädagogischen Lehrganges, ähnlich wie er zur Zeit für Behindertengruppenleiter in geschützten Werkstätten oder Behindertenzentren vorgeschrieben ist.

Der Standard einer Unterbringung ist nicht selten direkt von den individuellen Lebensgewohnheiten der Pflegestellenbetreiber abhängig. Häufig sind karge Verhältnisse der Behinderten in bezug auf Ausstattung der Zimmer oder einer einseitigen, sparsamen Kost nur der Ausdruck einer gegebenen und tradierten Lebenskultur der Betreiber selber. Insofern lassen sich oft den Pflegestellenbetreibern keine Vorwürfe machen, daß sie die ihnen anvertrauten Personen schlechter behandeln. In Anbetracht der Höhe des von der öffentlichen Hand garantierten Pflegegeldes

läßt sich dieses Argument allerdings nicht rechtfertigen. Daher erscheint es notwendig, über Verordnungen der Bundesländer einen bestimmten Mindeststandard einer Lebensqualität zu sichern.

Beim Angebot an psychologischer, sozialpädagogischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Information und Beratung für die verantwortlichen Leiter der Pflegestellen besteht ein großes Defizit, welches in Zukunft beseitigt werden muß. Oftmals ist nämlich vor allem ein Fehlen an Wissen für prekäre Betreuungssituationen ausschlaggebend. Diese Aufgaben könnten eigene Beratungsdienste übernehmen, welche in allen Krankenanstalten für Auskünfte zur Verfügung stehen sollen. Außerdem könnte den Sozialhilfereferaten der Bezirksverwaltungsbehörden, aber auch den Arbeitsämtern und unter Umständen neu einzurichtenden mobilen Hilfsdiensten eine wesentliche Bedeutung zukommen. Die Organisation dieser Dienste könnte aus einem Zusammenwirken von Psychologen, Neurologen, Sozialarbeitern, Vereinssachwaltern und gegebenenfalls auch unter Beiziehung von Mitarbeitern der Sozialversicherungsanstalt der Bauern⁹⁴ bewerkstelligt werden.

Ein wesentliches Argument für eine offene Betreuung geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Personen liegt auch in den Einsparungen im Sozialbudget der Länder. Das Aufrechterhalten von Pflegestellen in der Landwirtschaft, aber auch in privaten Haushalten kommt wesentlich billiger als die Finanzierung von Heil- und Pflegeheimen. Eine einfache Modellrechnung über die Höhe der Einsparungen wurde dabei bereits bei den Beschreibungen der Projekte der Außenpflegefürsorge angestellt.

94

Denkbar wären hier Personen aus der Rehabilitationsabteilung oder aus dem Unfallverhütungsdienst

Besonders problematisch sind jene vielfach bereits heimähnlichen landwirtschaftlichen Betriebe, in welchen es zu einer massierten Unterbringung von bis zu 70 und mehr geistig behinderten Personen kommt. Hier ist es offensichtlich, daß bei dieser Form der Versorgung in erster Linie eine Alternative zu einer landwirtschaftlichen Produktion geschaffen wurde, wobei anscheinend einfach die Summe aus der Anzahl der untergebrachten Personen und dem Tagessatz, vom rein betriebswirtschaftlichen Standpunkt aus, mit den landwirtschaftlichen Deckungsbeiträgen verglichen wurde. Wie profitabel es tatsächlich war, unter dem Deckmantel einer "Offenen Psychiatrie" auf dieses Angebot zurückzugreifen, zeigt sich auch daran, daß diese landwirtschaftlichen Pflegeeinrichtungen mit der Zeit ihre Kapazitäten erweiterten und sukzessive immer mehr Behinderte aufnahmen. Prädestiniert für eine Unterbringung waren dabei vorrangig jene landwirtschaftlichen Betriebe, bei denen Gastwirtschaften oder Fremdenbetten angeschlossen waren, welche aufgrund eines ungünstigen wirtschaftlichen Standortes vielfach nicht mehr rentabel genutzt werden konnten oder die sich in einem so schlechten Zustand befanden, daß sie nur noch für viel Geld auf einen angemessenen Standard gebracht werden konnten.

Diese freien Unterbringungskapazitäten werden oftmals mit behinderten Personen ausgelastet. Dabei ergaben sich erstaunliche Parallelen zwischen der Situation einer Unterbringung von extraasylär versorgbaren Behinderten im Rahmen einer Außenpflegefürsorge und der Unterbringung von Asylwerbern in Gasthöfen im Rahmen der Bundesbetreuung. In beiden Fällen eröffnet sich für ansonsten nicht mehr konkurrenzfähige Betriebe eine öffentlich garantierte und von jeder Konkurrenz verschonte, sichere Einnahmequelle in einem wirtschaftlich weitgehend geschützten Bereich. Es nimmt deshalb nicht wunder, wenn es unter diesen Voraussetzungen zu Fällen schwerwiegender Verwahrlosung kam, wie sie weiter oben bereits an Beispielen gezeigt werden konnten.

Die Anzahl der in den großen heimartigen Pflegeplatzeinrichtungen jeweils untergebrachten Personen sollte daher bei einem Reformvorhaben erheblich reduziert, d.h. die Unterbringungskapazitäten zurückgenommen werden. Alle Einrichtungen, die keine Mindeststandards einer psychologischen und sozialmedizinischen Versorgung sicherstellen können, sollten geschlossen werden.

Grundsätzlich sollten die Perspektiven einer Behindertenintegration gerade bei kleinen Pflegeplatzstellen bei einer entsprechenden funktionierenden öffentlichen Supervision und unter Berücksichtigung der angeführten Voraussetzungen durchaus optimistisch betrachtet werden. D.h. das Modell einer Unterbringung von Personen mit geistigen oder mentalen Behinderungsformen in landwirtschaftlichen Haushalten kann durchaus als interessanter Versuch in Richtung eines Autonomie- und Freiheitsgewinns für bislang in Anstalten hospitalisierte Patienten gewertet werden, sofern es sich bei den Pflegestellen um kleine familiär geführte Einrichtungen handelt.

In Diskussionen werden auch immer wieder die Chancen der Schaffung von Behindertenarbeitsplätzen durch die Landwirtschaft angeführt. Dabei stellt sich jedoch zuerst einmal die Frage nach der Qualität dieser Arbeitsplätze und nach den Perspektiven, die sich dadurch für die einzelnen Behinderten eröffnen würden.

Ein wesentlicher und zentraler Konflikt in dieser Frage liegt wohl zwischen dem Anspruch auf Wirtschaftlichkeit und den Möglichkeiten für die geistig Behinderten in einem landwirtschaftlichen Betrieb. Dabei spielt auch die Komponente eines Nebenerwerbs für die Bauern eine Rolle. Um klar und nüchtern beurteilen zu können, ob und inwieweit ein wirtschaftlicher Gewinn aus der Behindertenbetreuung zu rechtfertigen sei, sind eingehendere Überlegungen erforderlich. Interessant ist dabei die Position von Hans Dickenmann vom Schweizer Bauernverband, der bei einer Studentagung folgende Aussage traf: "Das Wohl der Behinder-

ten steht im Vordergrund, seine sinnvolle Beschäftigung und Betreuung. Aus unserer Sicht ist dies in vielen Bauernfamilien nicht möglich, ist doch die psychische Belastung für den Bauern und die Bäuerin dabei sehr groß. Intakte Verhältnisse sind nötig, und der Beistand seitens der Behörden und Organisationen muß eine echte Hilfe darstellen und keine Schulmeisterei. Wir warnen vor Illusionen der Unterbringung auf Bauernbetrieben, finden aber, die vorhandenen Möglichkeiten sollten abgeklärt und ausgeschöpft werden."⁹⁵ Solange eine verantwortungsvolle Betreuung gegeben ist, ist ein wirtschaftlicher Nutzen für die Pflegestellenbetreiber als durchaus legitim einzuschätzen.

Die Unterbringung auf Bauernhöfen erscheint allerdings nur dann als sinnvoll und gerechtfertigt, wenn effiziente Kontrollmechanismen, etwa in Form einer unabhängigen Supervision, geschaffen bzw. ausgebaut werden, um einen optimalen Schutz für weitgehend abhängige Personen zu garantieren. Pflegegeld und Tagessatz müssen sich dabei in einer vernünftigen Relation zu den erbrachten Leistungen bewegen. Im Mittelpunkt der Überlegungen muß in jeder Hinsicht die Schaffung der optimalen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben für geistig bzw. chronisch psychisch beeinträchtigte Personen stehen.

8. Zusammenfassung

⁹⁵ Tagungsbericht "Ländlicher Lebensraum - Chance für die Eingliederung von Behinderten ?" der offenen Tagung vom 9. bis 10. Jänner 1988 im Evangelischen Tagungs- und Studienzentrum Boldern bei Männedorf in der Schweiz: a.a.O.; Die Diskussion stand im Zeichen der Fragestellung über die Eingliederung geistig Behinderter in Bauernhöfen. Als Veranstalter traten neben dem Evangelischen Tagungs- und Studienzentrum, die Bäuerliche Arbeitsgruppe für Agrarpolitik der Zukunft und die Präsidentenkonferenz der Vereine zur Förderung geistig Behinderter im Kanton Zürich auf.

Bei einer Einschätzung der Sinnhaftigkeit von landwirtschaftlichen Integrationsmodellen für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke ergibt sich vorerst das Erfordernis einer tiefgreifenden Analyse und ontologischen Infragestellung des Wahnsinnsbegriffs in Bezug auf die historischen Lebensverhältnisse dieser sehr heterogenen Personengruppe. Nur so kann sozialromantisch-rousseauistisch idealisierenden Klischeevorstellungen begegnet und Gefahren unreflektierter eindimensionaler Beurteilungsschemata entgegengewirkt werden.

Die Stellung und Geisteshaltung dem Wahnsinn gegenüber ist in vieler Hinsicht in der geschichtlichen Abfolge höchst ambivalent und in sich widersprüchlich. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen den Kategorien Normalität und Abnormität ist kaum zu bewerkstelligen. Je nach den vorherrschenden Produktionsbedingungen, dem Organisationsgrad, den kulturellen und soziologischen Rahmenbedingungen und Anforderungsprofilen einer Gesellschaft erfährt das Bewußtsein gegenüber den Geisteskranken seine spezifische Ausprägung.

Bei einer zeitlichen Analyse der konkreten Lebenssituationen geistig behinderter Menschen lassen sich dennoch bestimmte Entwicklungen festmachen. Gerade im ländlichen Bereich erübrigte sich in bestimmten vorindustriellen Epochen die Frage einer Integration geistig behinderter Menschen aufgrund einer weitgehenden Präsenz des Wahnsinns in der Gesellschaft. Irre beanspruchten ihren gesellschaftlichen Platz, fanden ihre Nischen und lebten weitgehend unbehelligt einher. Durch Verrichten bestimmter einfacher Tätigkeiten trugen sie in nicht unwesentlichem Maße zur gesellschaftlichen Produktion bei, hatten daher eine Funktion im Sinn der Funktionalität einer Arbeitsleistung und erreichten daraus eine gewisse Akzeptanz.

Gleichwohl waren Geisteskranken aber auch als schwächstes Glied in der Gesellschaft in besonderer Weise von der Konjunktur der agrarischen Produktion abhängig und deren Schwankun-

gen unterworfen. Sie wurden aufgrund des Fehlens eines allgemeinen Fürsorgesystems als erste von den Auswirkungen bei Mißernten, Hunger und allgemeiner Not betroffen und litten am stärksten darunter. Dies wirkte sich naturgemäß entscheidend auf ihre Überlebenschancen aus. Obwohl keine Daten verfügbar sind, kann eine enge Korrelation der Sterblichkeitsziffern mit wirtschaftlichen und politischen Krisenzeiten angenommen werden. Es werden in der Literatur auch Fälle von Tötungen dokumentiert. Ausschlaggebend waren dabei weniger sozialetische Überlegungen als vielmehr ganz einfach die Versorgungsprobleme wegen der bitteren Armut, welche Menschen zu verzweifelten Schritten zwang. Andererseits konnte sich die Landbevölkerung schon immer leichter mit den benötigten Nahrungsmitteln versorgen als die städtische Bevölkerung. Dies mußte sich auch auf die Ernährung der haushaltseigenen geistig behinderten Personen auswirken.

Mit der steigenden Spezifizierung und den daraus resultierenden zunehmenden Anforderungserwartungen der modernen Industriegesellschaft änderte sich auch die Situation der Geisteskranken. Der Leistungsanspruch begann zu steigen, immer mehr Menschen konnten mit dem Fortschritt nicht mehr Schritt halten und wurden gesellschaftlich an den Rand gedrängt. War es z.B. im vorkapitalistischen Zeitalter in agrarischen Lebensgemeinschaften weitgehend unerheblich, ob jemand des Lesens oder Schreibens kundig war, so konnten später Lernschwache ihr Erwartungsprofil nicht mehr erfüllen. Während sie also früher kaum auffielen, wurden sie nun mit einem gesellschaftlichen Stigma versehen. Ähnlich erging es auch all jenen Menschen, welche nur sehr einfache Tätigkeiten verrichten konnten. Durch die Mechanisierung und Technisierung der Landwirtschaft wurde die Integration geistig Behinderter erheblich eingeschränkt. Der technische Fortschritt rationalisierte gerade jene Bereiche weg, die ihnen durch das Erbringen eines gesellschaftlichen Nutzens Selbstbestätigung vermitteln konnten.

Andererseits verengten sich für geistig Behinderte zusehends die freien Lebensräume. In gewissem Sinne wurden sie Opfer des gesellschaftlichen Strukturwandels. Insbesondere im agrarischen Bereich vollzieht sich seit dem letzten Jahrhundert der Übergang von der Groß- zur Kernfamilie. Waren früher noch genügend Personen vorhanden, welche Aufsichts- und Pflegeleistungen für Behinderte erbringen konnten, ist dies nunmehr in einer Kleinfamilie nur noch schwer möglich. Die Pflegeaufgaben beanspruchen aus einem tradierten Rollenverständnis heraus in erster Linie die Frauen, welche gerade bei einer Nebenerwerbslandwirtschaft schon allein mit der Landwirtschaft starken Belastungen unterworfen sind. Nebenbei geht in einer Kleinfamilie den Geisteskranken mit der Absenz von Bezugspersonen auch jenes Milieu verloren, welches Geborgenheit vermitteln könnte. Nolens volens blieb in vielen Fällen als Lösung zumeist nichts anderes übrig, als behinderte Personen in Anstalten zu überführen und somit von der Öffentlichkeit auszugrenzen.

Da der Rückweg in die alten Verhältnisse der Großfamilie oder des vorindustriellen Zeitalters weder angestrebt wird, noch möglich ist, ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung neuer Utopien und Umsetzungsstrategien zur Realisierung einer möglichst weitreichenden gesellschaftlichen Integration geistig behinderter Menschen. Geht man von der These aus, daß generell ein weitgehender Abbau der großen Versorgungsanstalten und anstelle dieser eine breite extra-asyläre Versorgung anzustreben sei, so muß man sich auch über die damit verbundenen Implikationen im klaren sein. Insofern ist es wichtig, auf theoretische Ansätze zu Versorgungsmodellen im Sinne einer "Offenen Psychiatrie" oder "Antipsychiatrie" hinzuweisen.

Extra-asyläre Betreuungseinrichtungen sind in Österreich angesichts der Masse an internierten Personen noch relativ schwach vertreten. Es überwiegen immer noch die traditionellen Formen von Heil- und Pflegeheimen oder psychiatrischen Kliniken mit zum Teil geschlossenen Abteilungen. Die Situation der geistig

und psychisch Kranken ist, abgesehen von der einseitigen Schwerpunktsetzung auf die Bewahrungspsychiatrie und der damit verbundenen Überschußrepression, als Folge eines oft ungerechtfertigten Freiheitsentzugs und der damit in Zusammenhang stehenden Anwendung von Zwangsmaßnahmen weiterhin geprägt von einer eklatant schlechteren Versorgungssituation der psychiatrischen Einrichtungen gegenüber Einrichtungen der Allgemeinmedizin. Die Zahl der Einrichtungen, welche sich in der einen oder anderen Form ansatzweise von antipsychiatrischen Überlegungen leiten lassen, ist in Österreich sehr gering.

Nur ein kleiner Teil der außerhalb von den traditionellen Internierungsanstalten betreuten Personen ist in Einrichtungen untergebracht, in denen die landwirtschaftliche Arbeit gezielt für Zwecke der Therapie eingesetzt wird. In der Mehrzahl der Einrichtungen wird aus relativ einfachen ökonomischen Erwägungen heraus, so z.B. für die Sicherstellung der Eigenversorgung an Nahrungsmitteln als Strategie zur Kostenersparnis, eine Landwirtschaft bzw. oft auch nur ein kleiner Hausgarten betrieben. Dabei werden aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Einrichtungsträger die Anstalts- bzw. Heiminsassen zu landwirtschaftlichen Arbeiten forciert. Eine therapeutische Komponente dieser Arbeiten wird dabei oft erst später zur eigenen Legitimation paradigmatisiert.

Integrationsmodelle für geistig behinderte Menschen in der Landwirtschaft haben eine lange Tradition. Schon sehr früh wurden derartige Einrichtungen in ganz Europa historisch dokumentiert. Hatte die Landwirtschaft am Anfang vor allem eine Absonderungs- und Verwahrungsfunktion für in der Gesellschaft als unerwünscht empfundene Personen, so rücken mit der revolutionierenden Erkenntnis eines somatischen Krankheitsbildes des Wahnsinns Heilungsintentionen in den Vordergrund. War es also anfangs wichtig, die Wahnsinnigen von der sich gefährdet fühlenden Öffentlichkeit fern zu halten und dabei die Arbeitskraft der Betroffenen in der Landwirtschaft, also in einem Bereich, der

im vorindustriellen Zeitalter eine große Anzahl von Arbeitskräften erforderte, bestmöglich auszunutzen, so wird später den landwirtschaftlichen Tätigkeiten Therapiecharakter beigemessen.

Die kontemporären landwirtschaftlichen Betreuungseinrichtungen in Österreich lassen sich nach bestimmten gemeinsamen Gesichtspunkten in Hinblick auf Betreuungsziel, Organisationsform, sozialtherapeutische Lehrmeinungen sowie sozialrechtliche Stellungen einteilen. Nach sozialrechtlichen Kriterien läßt sich folgende Gliederung vornehmen:

a) Traditionelle haushaltsbezogene Modelle

Diese haben sich als Folge des rasanten strukturellen Wandels weitgehend überlebt. Durch die allmähliche Auflösung des bäuerlichen Sozialverbandes der Großfamilie und des Gesindewesens fehlen die Betreuungs- und Aufsichtspersonen, welche die Pflege behinderter Personen bewerkstelligen können. Dennoch lassen sich noch Reste dieses Versorgungsmusters finden. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um behinderte Mitglieder der bäuerlichen Familie. In selteneren Fällen schließt diese Gruppe der auf einem Bauernhof untergebrachten Behinderten auch Personen aus dem Angehörigen- oder Freundeskreis mit ein. Als zentrales Problem erweist sich dabei die Organisation der sozialen und medizinischen Versorgung.

b) Geschützte Arbeitsplätze und geschützte Werkstätten

In einer Reihe von Anstalten werden geistig und chronisch psychisch Behinderte unter dem Rechtstitel einer geschützten Werkstätte oder eines geschützten Arbeitsplatzes betreut. Dabei ist eine Mindestleistung von 50 % der vollen Arbeitsleistung notwendig. Nach Bestimmungen der jeweiligen Landesbehindertengesetze wird die Differenz zwischen der tatsächlichen Arbeitsleistung und dem Kollektivlohn monetär ab-

gegolten. Diese Möglichkeit einer Beihilfe bei Schaffung eines geschützten Arbeitsplatzes bietet sich auch für landwirtschaftliche Betriebe, welche Behinderte ordnungsgemäß am Arbeitsamt anmelden und dabei den kollektivvertraglichen Lohn garantieren. Mit dem Abschluß einer eigenen Sozialversicherung erwächst dem Behinderten ein Anspruch auf sämtliche Versicherungsleistungen eines Arbeitnehmers und dadurch ein größtmöglicher sozialer Schutz. So hat z.B. eine an einem geschützten Arbeitsplatz ordnungsgemäß beschäftigte Person einen Anspruch auf eine eigene Alters- oder Erwerbsunfähigkeitspension. Gelingt es, ein angenehmes soziales Klima in den Betreuungseinrichtungen zu schaffen, so fühlen sich die auf diese Weise untergebrachten Personen wohl. Die Gemeinschaft der Gleichbetroffenen kann auch wesentlich zum Entstehen eines Zusammengehörigkeitsgefühls beitragen. Die soziale Umgebung wird dann weniger bedrohlich empfunden. Die ursprüngliche Intention der geschützten Werkstätten, die Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, wird jedoch meistens nicht erreicht.

c) Ausbildungshöfe

Landwirtschaftliche Ausbildungshöfe stellen eine in den gesetzlichen Bestimmungen nicht festgelegte Sonderform eines Integrationsmodells dar, bei dem die Akzentuierung auf die pädagogische Vermittlung bestimmter praktischer Fähigkeiten in der Landwirtschaft, im Gartenbau oder in der Hauswirtschaft gelegt wird, die später helfen sollen, eine vollkommene Resozialisation in das alltägliche Leben zu erleichtern. Diese Ausbildungsstätten haben das explizite Ziel einer Resozialisation und Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Gegensatz zu den eigentlichen geschützten Werkstätten wird in den Ausbildungshöfen darauf geachtet, die einzelnen Personen nach dem Erlernen der notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten so rasch wie möglich in den allgemeinen Arbeitsprozeß zu reintegrieren. Problematisch zu werten sind mitunter

die Berufsperspektiven eines Landarbeiters oder einer Haushaltsgehilfin.

d) Pflegeplätze und Beschäftigungstherapie

Darunter fällt die Unterbringung von Personen auf Bauernhöfen bzw. in landwirtschaftlichen Pflegeeinrichtungen, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderung nicht mehr in der Lage sind, eine gewisse Mindestleistung zu erbringen. Die Pflegestellenbetreiber haben dabei für die Erfordernisse einer zweckmäßigen Betreuung Sorge zu tragen und erhalten dafür einen Tagessatz für die erbrachten Pflegeleistungen.

Die in Österreich existenten extra-asylären Behindertenbetreuungsmodelle in der Landwirtschaft lassen sich aber auch nach ihrem Modellcharakter einteilen. Neben den deklarierten Ausbildungshöfen haben dabei anthroposophische Hof- und Dorfgemeinschaften eine nicht unwesentliche Bedeutung. Diese sich stark an der Astrologie und der Naturmystik orientierenden Einrichtungen machen sich die Schaffung einer engen Lebensgemeinschaft zwischen Behinderten und Nichtbehinderten zur Aufgabe. Die Landwirtschaft und die Gärtnerei nehmen dabei eine zentrale Stellung ein. Ein wesentliches Faktum für die sozialpädagogischen Erfolge dieser integrativen Wohnprojekte liegt in der persönlichen Motivation und im Engagement der Behindertenbetreuer, die allerdings nur mit einer starken Weltanschauung im Hintergrund erreicht werden können.

Nicht unbedeutend im Bereich der Pflegeplätze und der Beschäftigungstherapie sind Modelle der sogenannten Außenpflegefürsorge, sowie sie zur Zeit vom Landessonderkrankenhaus in Graz und Landeskrankenhaus in Klagenfurt betrieben werden. Für Einsparungen im Sozialbudget überlegte man sich schon früh, Alternativlösungen zu einer psychiatrischen Versorgung im Sinne einer "Privatisierung sozialer Dienste" zu finden. Die Form einer extra-asylären Versorgung auf Bauernhöfen konnte aus

ursächlichen Gründen gleichzeitig mehrere Gruppen als Proponenten finden. Einerseits bot sie fortschrittlichen Psychiatern und Ärzten die Chance, Vorstellungen einer aufgeklärten Psychiatrie in die Wirklichkeit umzusetzen, andererseits waren die zuständigen Referenten in den Landesregierungen von den in Aussicht gestellten Entlastungen im Sozialbudget angetan, und nicht zuletzt entdeckten so manche Politiker die Aussichten eines Zuverdienstes in Form eines gesetzlich garantierten Tagessatzes bzw. Pflegegelds bei einer Behindertenbetreuung für viele in eine strukturelle ökonomische Krise geratene landwirtschaftliche Betriebe. Die Unterbringung auf landwirtschaftlichen Pflegeplätzen nach Maßgabe einer Beschäftigungstherapie eröffnet für die Behinderten eine ganze Reihe von Chancen. So ist durchaus die Option eines Familienanschlusses, einer sinnvollen Lebensgestaltung mit abwechslungsreichen, einfachen und anregenden landwirtschaftlichen Arbeiten gegeben. Gleichzeitig sind mit dieser Betreuungssituation aber auch, wie gerade die Erfahrungen im Kärntner Modell gezeigt haben, sehr viele Gefahren verbunden. Ein sozialer Anschluß in einem landwirtschaftlichen Haushaltsverband kann leicht in Abhängigkeiten, eine therapeutisch sinnvolle Beschäftigung in Ausnützung der billigen Arbeitskraft von willfähigen Arbeitskräften umschlagen. Außerdem kann sich die ständige Anwesenheit der behinderten Personen als Ursache für viele Konfliktsituationen bei den einzelnen Mitgliedern einer Betreuungsfamilie erweisen.

Resümierend sollte eine extra-asyläre Versorgung im landwirtschaftlichen Bereich vorerst einmal einen emanzipatorischen Anspruch, eine Perspektive eines Freiheits- und Autonomiegewinns, eines Ausbrechens aus der Ghettosituation eines mehr oder minder geschlossenen Anstaltslebens haben. Damit wird zumindest die Möglichkeit einer beruflichen und sozialen Rehabilitation in Aussicht gestellt. Gefahren einer Hospitalisierung und Retardierung können in einer integrativen Betreuungseinrichtung jedoch nur dann abgewendet werden, sofern es gelingt, ein angenehmes

Betreuungsklima zu schaffen und Affinitäten zu Bezugspersonen herzustellen.

Im Gegensatz zur Außenbetreuungssituation kann jedoch ein gut organisiertes und gut funktionierendes offenes Anstaltsleben in einigen Bereichen durchaus Vorteile bieten. Gerade Schwierigkeiten mit einer unzureichenden Hygiene, einem ungenügenden Verpflegungsstandard, einer mangelhaften medizinischen und heiltherapeutischen Versorgung und einer ineffizienten öffentlichen Supervision können in einer psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt leichter begegnet werden. Demgegenüber fällt es gerade landwirtschaftlichen Familienbetrieben aus arbeitszeitlichen und innerbetrieblichen Gründen schwer, eine ausreichende Pflege, Aufsicht und Betreuung der geistig behinderten Personen zu garantieren.

Als Lösungsansatz für Österreich im Sinne einer grundlegenden Reform wäre z.B. eine kombinierte stationäre, extra-asyläre und ambulante Versorgung denkbar, in der die Schaffung eines engen Netzes an extra-asylären Unterbringungsmöglichkeiten in der einen oder anderen Form vorgesehen werden könnte, wobei gleichzeitig ein Ausbau von psychiatrischen Betreuungssektoren Hand in Hand ginge. Daneben sollten aber auch einzelne, bereits bestehende Anstalten in ihrer Struktur geöffnet und demokratisiert und mit einer höheren Betreuungseffizienz ausgestattet werden. Auch die Option einer Förderung autonomer anti-psychiatrischer Pilotprojekte sollte geprüft werden. In Folge müßten auch Anstrengungen für einen weiteren Ausbau der psychosozialen Dienste und jener Organisationen, welche sich um die Besachwalterung geistig behinderter Personen annehmen, intensiviert und von den zuständigen öffentlichen Stellen mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Dies vor allem auch deshalb, da dem sozialrechtlichen Schutz besachwalterter Personen eine zentrale Bedeutung zukommt. Ergänzend dazu könnten auch die Möglichkeiten von Übergangswohngruppen, teilbetreuten Wohngemeinschaften oder Wohnverbundsys-

temen, bestehend aus einer Stammwohnung mit angeschlossenen Einzelwohnungen, besser genützt werden. Flankierende Maßnahmen für eine perspektivische Entwicklung landwirtschaftlicher Integrationsmodelle unter dem Leitbild einer "Offenen Psychiatrie" sind nur dann sinnvoll, wenn sie mit einer tiefgreifenden Reform der Gesamtpsychiatrie kohärent gehen.

Summary

The evaluation of the adequacy of agricultural integration models for mentally disabled and chronically mentally sick patients calls for a profound analysis and an ontological questioning of the notion of madness, which changed with the changing living conditions of this highly heterogeneous group of people. Such an approach is the only way to counteract both romanticizing Rousseauistic stereotypes and the danger of unreflected views.

The changing attitude towards madness is in many respects extremely ambivalent and full of contradictions. An unequivocal delimitation between the categories of normality and abnormality has proved to be hardly practicable. The attitude towards the mentally disabled depends on the dominant production conditions, the level of organization, the socio-cultural framework and the necessities of a given society. Nevertheless an analysis of the concrete living conditions of mentally disabled people reveals certain tendencies. Especially in pre-industrial agricultural societies the problem of the integration of the mentally disabled did not arise due to the omnipresence of madness in society at large. Mad people claimed their place in society, had certain niches and lived relatively unmolested. By performing certain simple tasks they contributed to the production of their society to a considerable extent. Their function derived from their utility for their community and won them acceptance, although to a limited extent.

On the other hand mentally sick people, being the weakest link of society, were particularly subjected to the economic cycle of agricultural production. Due to the lack of an efficient welfare system they were the first to be affected by the consequences of bad harvests, famine, and general misery. This naturally reduced their chances of survival. Although data are not available, one can assume a close correlation between the mortality rate and

times of economic and political crises. Historical documents also cite instances of killings, which were less motivated by social and ethical considerations than by the problem of undernourishment on account of bitter poverty forcing people to desperate measures. On the other hand the rural population has always had less difficulties in securing the necessary food supplies than the urban population. This was bound to also have consequences on the diet of mentally disabled persons within the rural household.

With the increasing division of labour and the growing demand for special skills in a modern industrial society the situation of the mentally disabled began to change. Increasing demands on the individual pushed more and more people who could not keep pace with progress, to the margins of society. Whereas in pre-capitalist rural communities it was irrelevant if one could read or write, people with learning difficulties later failed to meet the demands of society and got stigmatized. The same goes for all those who are able to perform very simple tasks only. Technological progress has rationalized the very provinces where the contribution to the common good won them some self-esteem.

On the other hand the freedom of the mentally disabled gradually diminished. It can be argued that they fell victim to structural changes. The last century saw the transition from the extended family to the nuclear family, especially in rural districts. Whereas there used to be plenty of people to care for the disabled within the extended family, this care has become virtually impossible within the nuclear family. Due to traditional role models women were and are most likely to look after the old and the invalid, which added to the physical and emotional strain of agricultural work, especially in part-time farming. Besides, the mentally disabled themselves got deprived of the security they needed since there is usually nobody they can relate to in a modern nuclear family. In many cases the solution was sending them to mental hospitals and thus shutting them out from society.

Since a return to the extended family and the pre-industrial age is neither desirable nor possible, new utopias and strategies to implement an utmost integration of mentally disabled people into society have to be developed. Starting from the assumption that for various reasons the closure of the large mental hospitals and the creation of an extended extra-asylum care system are generally desirable, the implications of such a decision must nevertheless be taken into account. This is why it is important to refer to the theoretical conceptions of care systems such as the "open psychiatry" or "anti-psychiatry".

Given the great number of detainees in mental institutions in Austria, extra-asylum care institutions are still relatively insignificant. Traditional forms of mental sanatoriums, asylums, hospitals or psychiatric clinics with closed and occasionally open wards are still the rule. The condition of mentally sick people is not only characterized by a disproportionate emphasis on segregation-psychiatry with its surplus-repression due to unjustified detention and compulsory measures, but also by strikingly worse conditions in the psychiatric institutions compared to general hospitals. The number of institutions in Austria devoting themselves to the anti-psychiatric approach is comparatively small.

Only a small number of the patients looked after outside the traditional detention institutions are cared for in establishments where agricultural work is an integral part of their therapy. The great majority of these institutions run a farm or a small garden for downright economic motives, e.g. for providing themselves with food to keep down costs or to secure self-sufficiency. Thus patients are forced to do agricultural work to alleviate the economic difficulties of such institutions. A therapeutical component of this kind of work is added as an afterthought to legitimize the exploitation of the patients' labour.

Yet integration models for mentally disabled people in agriculture can look back on a long tradition. Historical documents of

such institutions all over Europe date back to very early times. While agricultural work originally had the function to segregate presumably undesired persons from society, the desire to cure the diseased, which originated in the revolutionary discovery of the somatic causes of madness, began to gain ground. As pre-industrial agriculture required a great number of labourers, the labour force of the "lunatics" was exploited to the maximum, while it was just as important to keep them away from a society that felt threatened by them. It was only much later that agricultural activities were attributed the character of therapy.

Various aspects, such as the aim of the care, organisational peculiarities, differing social therapeutical doctrines and last but not least the social and legal status granted to the persons in need of care, must be taken into account when classifying the contemporary agricultural care institutions in Austria. According to the latter criteria they can be divided as follows:

a) Traditional household-based models

Due to sweeping changes in traditional structures and value systems these models are practically a thing of the past. The current shortage of nursing personnel within the rural household is the result of the falling apart of the once prevalent social unit: the extended family, which also included farmhands. Nonetheless traces of this model can still be found. While in most cases the disabled are members of the farmer's family, we occasionally come across disabled people, who are more distant relatives or friends of the family they live with. One of the major problems the families face is the organisation of social and medical care.

b) Sheltered places of work and sheltered workshops

In several institutions mentally disabled and chronically mentally ill people are looked after under the legal heading of a

"sheltered place of work" or a "sheltered workshop". In these institutions the disabled workers are required to meet at least 50 percent of the performance quota laid down for the able-bodied. The provincial laws stipulate that the difference between the actual work performance and the wages guaranteed by collective agreement be paid to the sheltered institution. This opportunity to receive state supplements by creating a sheltered place of work can naturally be extended to agricultural enterprises if they register their disabled labourers with the employment exchange and if they guarantee to pay the wages agreed upon by the social partners. The disabled people generally feel at ease provided that a pleasant atmosphere is created. The community of people with similar fates considerably contributes to generating a spirit of solidarity and togetherness and to make the social environment less threatening. Unfortunately most sheltered workshops have failed to meet their original objective of integrating the disabled into the general labour market.

c) Apprentice farms

Agricultural apprentice farms are a special integration model, which somewhat falls out of the legal framework. The emphasis is placed on teaching young mentally disabled persons practical skills in the fields of agriculture, gardening or house-keeping to encourage their future re-integration into normal life. These apprentice farms also have the explicit goal of re-integrating them into the general labour market. In contrast to the so-called sheltered workshops, apprentice farms see to it that the disabled people are re-integrated into the general labour market as soon as they have acquired the necessary knowledge and skills. One must, however, take into consideration that the job prospects of agricultural labourers or domestic helps tend to be rather problematic.

d) Nursing places and occupational therapy

People who are so severely handicapped that they cannot even meet the minimum requirements in the field of work and who are accommodated on farms or in other agricultural care units fall into this category. The people who run such an institution commit themselves to seeing to it that the disabled are properly looked after. For their efforts they get paid a daily rate.

Secondly, agricultural care systems in Austria can also be classified according to their characteristics. In addition to the before mentioned apprentice farms anthroposophical farming and village communities, which are based on astrology and nature mysticism, play a considerable role. Their members commit themselves to creating close ties between "normal" and disabled people by allowing the latter to participate in agricultural and garden work. Strong personal motives and the dedication of the nursing personnel, whose unshaken ideology helps them to bear the burden of caring for the disabled, account for the undisputed social and educational success of these integration projects.

Furthermore a special care system within the framework of nursing places and occupational therapy, the so-called extra-mural care system, which has been introduced by the provincial hospitals in Graz (Styria) and Klagenfurt (Carinthia), deserves being mentioned. Against the background of the dreadful state and the high costs of clinical psychiatry alternative solutions to the traditional psychiatric care systems were sought very early. For obvious reasons extra-asylum care on farms was promoted by various pressure groups. On the one hand forward-looking psychiatrists and physicians were offered the chance to implement their ideas of an enlightened psychiatry, while on the other hand the responsible officials in the provincial governments were attracted by the opportunity of easing the financial burden of the social budget. Last but not least some politicians discovered the prospect of a profitable additional income in the form of daily rates and atten-

dance allowances to farms affected by economic and structural crisis. The admittance of disabled persons into extra-asylum care on farms accompanied by occupational therapy offers a variety of prospects for the disabled. Ideally they are admitted into the family circle and are offered a meaningful life with a variety of stimulating, though simple agricultural jobs. At the same time this model implies a number of dangers, as the Carinthian model has proved. Close social ties with the farmer's household can easily lead to dependencies; likewise meaningful therapeutic activity can turn into the exploitation of the cheap labour of docile farmhands. Apart from that the permanent presence of disabled people on the farm can be the cause of various emotional conflicts among the farmer's family.

To sum up, one can say that extra-asylum systems in agriculture should undoubtedly lead to the emancipation of the mentally disabled, grant them more freedom and autonomy and liberate them from the ghetto life in psychiatric clinics, which would be the precondition for a successful professional and social rehabilitation. However, the dangers of hospitalization and retardation within an integrated care institution can only be counteracted if one succeeds in creating a pleasant atmosphere and close affinities with household members or workmates.

It must be pointed out, however, that well organized open psychiatric clinics can also have some advantages. Insufficient hygienic standards, poor quality food, inadequate medical and therapeutical facilities and inefficient public supervision can be avoided much more easily in a psychiatric clinic, whereas the structural set-up of small agricultural enterprises, such as long working hours, is hardly suited to ensure adequate care and supervision of the mentally disabled.

A step towards the solution to the predicament of the mentally disabled in Austria would be a general psychiatric reform, which would combine clinical, out-patient and extra-asylum care. This

requires the creation of a network of various extra-asylum institutions as well as the development of psychiatric care. This should go hand in hand with the opening and democratization of clinics along with an increased efficiency in favour of the disabled. Governmental support for independent anti-psychiatric pilot projects should also be taken into consideration. Since the social and legal protection of incapacitated people plays a pivotal role, efforts to develop the psycho-social services and organisations providing legal guardianship should be stepped up and subsidized by the authorities in charge. In addition, temporary flats and "training communities" should be made better use of in the future. Supporting measures for a longterm development of agricultural integration models under the auspices of "open psychiatry" will only succeed if they coincide with a thoroughgoing reform of the general psychiatry.

Abstract

In the course of public debates on "open psychiatry" and "anti-psychiatric" approaches, ways to integrate mentally handicapped and chronically mentally disabled patients into agriculture have increasingly attracted attention. The present study examines a number of extra-asylum agricultural care institutions in Austria and their therapeutical and ideological backgrounds. It points out both the dangers and the advantages of such care institutions.

Ausgewählte Literatur

- Adler, Alfred: Studie über Minderwertigkeit von Organen, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1977.
- Amt der Kärntner Landesregierung: Pflegeeinrichtungen für chronisch psychisch Kranke in Kärnten, Eigenverlag, Klagenfurt 1990.
- Bärsch, W.; Heese, G; Kniel, A; Solarova, S.: Behinderte - inmitten oder am Rande der Gesellschaft ? Carl Marhold Verlag, Berlin/Charlottenburg 1973.
- Basaglia, Franco (Hg.): Die negierte Gesellschaft oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1971.
- Basaglia, Franco: Was ist Psychiatrie ? Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1974
- Basaglia, Franco; Basaglia-Ongaro, Franca; et al.: Befriedigungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen, Syndikat EVA Verlag, Frankfurt a. M. 1975.
- Basaglia, Franco; Basaglia-Ongaro, Franca: Crimini di Pace, Giulio Einaudi 1975.
- Belschner, W. et al.(Hg.): Gemeindepsychologische Perspektiven 1, DGVT und GWG, München 1983.
- Berdel, Dieter; Pruner, Peter: Durchsetzungsbedingungen behindertengerechten Bauens. Institut für Soziales Design, Forschungsbericht zu Projekt F 1111, Wien 1989.
- Bernard, Jeff: Normalisierung - Integration geistig behinderter Menschen durch alternative Wohnmodelle. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, Heft 1/1983.
- Binding, Karl; Hoche, Alfred: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.
- Blasius, Dirk.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1980.

- Bloom, Bernard L.; Asher, Shirley J.: Psychiatric patients rights and patient advocacy, Human Science Press, New York 1982.
- Bodamer, J.: Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 1953.
- von Bracken, Helmut: Erziehung und Unterricht behinderter Kinder, Frankfurt a.M. 1968.
- Bruckmüller, Ernst: Sozialgeschichte Österreichs, Herold Verlag, Wien-München 1985.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): Zur sozialen Lage behinderter Menschen, Wien 1981.
- Castel, Robert: Die psychiatrische Ordnung, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1983.
- Chargaff, Erwin: Zeugenschaft, 1985.
- Cooper, David: Wer ist Dissident, Rotbuch Verlag, Berlin 1977.
- Cooper, David: Psychiatry and Anti-Psychiatry, Tavistock Publications, London 1967.
- Cooper, David: The Grammar of Living, Pelican Books, Suffolk 1974.
- Depl-Wolfinger, Helga (Hg.): Behindert und abgeschoben. Zum Verhältnis Behinderung und Gesellschaft, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Syndikat/EVA Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1969.
- Dörner, Klaus (Hg.): Edelpsychiatrie oder Arme-Leute-Psychiatrie? Psychiatrieverlag, Rehburg-Loccum 1982.
- Dörner, Klaus; Haerlin, Christiane; Rau, Veronika; Schernus, Renate; Schwendy, Arnd (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1980.
- Dörner, Klaus; Plog, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Rehburg-Loccum 1979.
- Dörner, Klaus; Winzenried F.J.M.: Die Wahnhalte physischer Psychosen, Stuttgart 1964.

- Eisenbach-Stangl, Irmgard; Stangl, Wolfgang (Hg.): Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984.
- Ent, Herbert; Hopf, Gerhard: Das Sachwalterrecht für Behinderte, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 1983.
- Enzensberger, Hans Magnus; Michel, Karl Markus (Hg.): Das Elend mit der Psyche. Kursbuch Nr.28, Berlin 1972.
- Ey, Henri: Etudes psychiatriques, Paris 1948.
- Flitner, Andreas (Hg.): Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus, Tübingen 1965.
- Forster, Rudolf: Entmündigt. Ein Rückblick auf Anwendungen und Auswirkungen eines Rechtsinstituts anhand von Falldarstellungen. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie, Wien 1984.
- Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen M. (Hg.): Psychiatriereform und Sozialwissenschaften, Facultas Universitätsverlag, Wien 1990.
- Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen M.; Haberl, Günther: Von der Entmündigung zur Sachwalterschaft. Das Modellprojekt Sachwalterschaft vom 1.1.1981 - 30.6.1984. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie. Wien 1984.
- Forster, Rudolf; Laburda, Angelika S.; Pelikan, Jürgen M.: Sozialwissenschaftliche Begleitforschung eines Modellprojekts Sachwalterschaft, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Jahresbericht für die Jahre 1981/1982, Wien 1983.
- Forster, Rudolf; Laburda, Angelika S.; Pelikan, Jürgen M.: Sozialwissenschaftliche Begleitforschung eines Modellprojekts Sachwalterschaft, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Jahresbericht für das Jahr 1983, Wien 1984.
- Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen M.: Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer psychiatrischen Sonderanstalt, Forschungsbericht des Instituts für Höhere Studien, Kommissionsverlag: Fachverlag für Wirtschaft und Technik, Wien 1978.

- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1969.
- Foucault, Michel: Psychologie und Geisteskrankheit, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1970.
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1976.
- Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt der Gefängnisse, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1976.
- Fromm, Erich: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, Frankfurt a.M. 1971.
- Gänsbacher, Rita Maria: Leben und Arbeiten auf der externen Psychiatrie in Triest, Traum und Wirklichkeit. Ein Praktikumsbericht, Wien 1990.
- Girtler, Roland: Aschenlauge. Bergbauernleben im Wandel, Landesverlag, Linz 1988.
- Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1973.
- Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1845.
- Güse, Hans-Georg; Schmacke, Norbert: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, Athenäum Verlag, Kronberg 1976.
- Hasler, Hans; Vierl, Kurt: Anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie. Eine Orientierung, Dornach/Schweiz 1987.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich: Encyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse, Heidelberg 1827.
- Hilscher, Karl: Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge, des -bildungswesens und der Hilfsschule, Wien 1930.
- Holzinger, Fritz: Sonderpädagogik, Wien 1978.
- Hufeland, Christoph Wilhelm; Kant, Immanuel: Eine frühe Diskussion über psychosomatische Probleme, Halle/Saale 1796-1827.

- Hunter, R.; Macalpine, I.: Three hundred Years of Psychiatry, London 1963.
- Illich, Ivan et al.: Entmündigung durch Experten, Rowohlt, Reinbek 1979.
- Innerhofer, Franz: Schöne Tage. Residenz Verlag, Salzburg 1974.
- Innerhofer, Paul; Klicpera, Christian; Weber, Germain: Erwachsene Behinderte in der Landwirtschaft, Institut für Psychologie der Universität Wien, Wien 1989.
- Institut für Gesellschaftspolitik: Behinderte und Nichtbehinderte, Heft 26, Wien 1981.
- Jahresbericht Ekkharthof 1989: Ekkharthof Verein, Lengwil/CH 1989.
- Jantzen, Wolfgang: Sozialisation und Behinderung, Gießen 1974.
- Jantzen, Wolfgang: Sozialgeschichte des Behindertenwesens, DJI-Verlag, München 1982.
- Jantzen, Wolfgang: Allgemeine Behindertenpädagogik, Weinheim-Basel 1987.
- Kanner, Leo: A History of the Care and Study of the Mentally Retarded, Springfield 1964.
- Keupp, Heiner (Hg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München-Berlin-Wien 1972.
- Keupp, Heiner; Rerrich, Dodo: Psychosoziale Praxis, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1982.
- Kickbusch, Ilona; Trojan, Alf: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1981.
- Kindermann, Hans: Hauskrankenpflege als Aufgabe der Länder. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, S. 245-247, Wien 1989.
- Klebs, Edwin: Studien über die Verbreitung des Cretinismus in Österreich, sowie über die Ursache der Kropfbildung, Prag 1877.
- Kickbusch, Ilona; Trojan, Alf: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1981.

- Knappe, E.; Frick, B. (Hg.): Schwerbehinderte und Arbeitswelt, Campus Verlag, Frankfurt a. M.-New York 1988.
- Köhler, Ernst: Arme und Irre. Die liberale Fürsorgepolitik des Bürgertums, Verlag Klaus Wagenbach, Berlin 1979.
- Köppelmann-Baillieu, Marianne: Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich, Campus Verlag, Frankfurt a.M.-New York 1979.
- Krammer, Josef: Geschichte der Bauern in Österreich. Analyse einer Ausbeutung. Arbeitsgemeinschaft für Sozialwissenschaftliche Publizistik, Wien 1976.
- Kremzow, Friedrich Wilhelm: Österreichisches Sachwalterrecht. Eine kommentierte Darstellung des Bundesgesetzes, Prugg Verlag, Eisenstadt 1984.
- Kugel, R.B.; Wolfensberger, W.: Geistig Behinderte - Eingliederung oder Verwahrung ? Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1974.
- Laburda, Angelika S.: Zur sozialen Lage geistig behinderter Menschen. In: BM für soziale Verwaltung: Zur sozialen Lage behinderter Menschen, Wien 1981.
- Laing, Ronald D.: Self and Others, Tavistock Publications, London 1961.
- Laing, Ronald D.; Esterson, A.: Sanity, Madness, and the Family, Tavistock Publications, London 1964.
- Leibbrand, W.; Wettley, A.: Geschichte der abendländischen Psychiatrie, Freiburg 1961.
- Leigh, D.: The historical Development of British Psychiatry, Oxford 1961.
- Lehmann, Peter: Der chemische Knebel, Berlin 1986.
- Lesky, Erna: Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Graz-Köln 1965.
- Mannoni, Maud: Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse. Aus dem Französischen von Katharina Bischoff und Hans-Jürgen Grune. Syndikat EVA Verlag, Frankfurt a. M.
- Mayer, Erwin: Betreuung und Förderung geistig behinderter Menschen auf einem Bauernhof. Ein Erfahrungsbericht.

- Hausarbeit für den land- und forstwirtschaftlichen Lehr- und Förderungsdienst, Wien 1990.
- Meyer, Dorothea: Erforschung und Therapie der Oligophrenen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Carl Marhold Verlag, Berlin-Charlottenburg 1973.
- Mitscherlich, Alexander: Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München 1963.
- Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I, Frankfurt a.M. 1966.
- Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a.M.-Hamburg 1962.
- Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; von Merin, Otto; Horn, Klaus: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Syndikat/EVA Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1984.
- Neider, M.; Rett, A. (Hg.): Behindertenpolitik - Politik für Behinderte ? Verlag Jugend und Volk, Wien-München 1981.
- Platz, Thomas: Spätrehabilitation von langzeituntergebrachten psychiatrischen Patienten. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, Sonderheft 1989, Jahrgang 139.
- Quasten, Heinz: Die Wohnattraktivität in Dörfern, Akademie für Raumforschung und Landesplanung. In: Agrarsoziale Gesellschaft: Wirtschaftliche und soziale Sicherung auf dem Lande, Hannover 1988.
- Reil, Johann Christian: Von der Lebenskraft, Leipzig 1968.
- Rerrich, Dodo: Psychosoziale Praxis, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1982.
- Rudda, Johannes: Die Zukunft der Pflegeversorgung in Österreich. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. S. 77-84, Wien 1990.
- Rufer, Marc: Irrsinn, Psychiatrie. Bern 1988.
- Schäfer, Erich: Soziale Sicherheit für Pflegebedürftige. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, S. 85-92, Wien 1990.

- Schmid, Sil: Freiheit heilt. Ein Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien, Berlin 1977.
- aus der Schmitten, Inghwio: Schwachsinnig in Salzburg. Zur Geschichte einer Aussonderung, Werkstatt im Umbruch Verlag, Salzburg 1985.
- Schneider, Michael: Neurose und Klassenkampf. Materialistische Kritik und Versuch einer emanzipativen Neubegründung der Psychoanalyse, Hamburg 1973
- Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz: Heft 20: Rechtsfürsorge für psychisch Kranke und geistig Behinderte, BMJ Wien 1984
- Schweighofer, H.J.: Die Situation geistig Behinderter in den landwirtschaftlichen Betrieben Südtirols. Eine sozialpsychologische Evaluation. Dissertation am Institut für klinische und angewandte Psychologie der Universität Wien, Wien 1989
- See, Hans: Die Gesellschaft und ihre Kranken, Rowohlt Verlag, Reinbek 1973
- Sinreich, Reinhard: Landwirtschaft und Sozialtherapie auf dem Wurzerhof. Berufspraktische Studien II. Gesamthochschule Kassel, Studiengang Agrarwirtschaft, Witzenhausen 1990.
- Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg-SPK (Hg.): Aus der Krankheit eine Waffe machen. Eine Agitationsschrift mit einem Vorwort von Jean Paul Sartre, KRRIM Verlag, Universität Heidelberg, Heidelberg 1987.
- Speck, Otto; Thalhammer, Manfred: Die Rehabilitation der Geistigbehinderten, Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel 1977. 2.Aufl.
- Stekl, Hannes: Österreichs Zucht- und Arbeitshäuser 1671-1920. Institutionen zwischen Fürsorge und Strafvollzug. Sozial- und wirtschaftshistorische Studien Nr.12, Wien 1978.
- Szasz, Thomas S.: Recht, Freiheit und Psychiatrie, Europa Verlag, Wien-München-Zürich 1978.
- Szasz, Thomas S.: Ideology and Insanity, Penguin Books, Harmondsworth 1974.

