Stiftung Schulungs- und Wohnheime Rossfeld Bern
Jahresbericht für das Heimjahr 1982

Schulungs- und Wohnheime Rossfeld
Reichenbachstrasse 122, 3004 Bern
Telefon 031 24 02 22, Postcheckkonto 30-26521

Fotos: Margrit Baumann (Titelbild und 2 Fotos aus dem Unterricht)

Bericht des Präsidenten des Stiftungsrates

Jubiläum

Im Berichtsjahr hatte die Stiftung Schulungs- und Wohnheime Rossfeld Gelegenheit, ein zweifaches Jubiläum zu feiern: Vor zwanzig Jahren, am 17. Oktober 1962, wurde das Schulheim eröffnet und zehn Jahre später, am 1. Mai 1972, konnten die Abteilungen Ausbildung, Arbeitsbetrieb und Wohnheim ihrer Zweckbestimmung übergeben werden.

Anlässlich einer einfachen Feier ist am 3. September 1982 die eindrückliche Entwicklung der Heime auf dem Rossfeld in Erinnerung gerufen worden. Aus einem vorher von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommenen Bedürfnis – das Schulheim Rossfeld war das erste moderne Schulheim für körperlich behinderte Kinder in der Schweiz – konnte im Verlaufe von zwei Jahrzehnten ein breites Angebot an Schulungs-, Ausbildungs-, Arbeits- und Wohnmöglichkeiten für körperlich behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene bereitgestellt werden. Mit der Form des Jubiläums sollte auch zum Ausdruck gebracht werden, dass sich die Genugtuung über das Erreichte nicht im Werden von Gebäuden, von Einrichtungen und von den heutigen Anforderungen angepassten Strukturformen erschöpft. Obschon eine zweckdienliche Infrastruktur und eine gut funktionierende Organisation in wesentlichem Masse zur Verbesserung der Lebensqualität der im Rossfeld lebenden und arbeitenden Menschen beitragen, sind sie doch lediglich Mittel zum Zweck. Wir sehen das Ziel unserer Bemühungen vor allem darin, auch dem in einem Heim lebenden Behinderten ein grösstmögliches Mass an persönlichem Freiraum zu bieten und damit optimale Voraussetzungen zu seiner sozialen und beruflichen Integration zu schaffen. Es handelt sich dabei um eine anspruchsvolle Aufgabe, die – über das Jubiläumsjahr hinaus – den vollen Einsatz der Stiftungsorgane, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der in unseren Heimen lebenden Menschen erfordert.

Stiftungsrat

Nachdem sie den Schulungs- und Wohnheimen Rossfeld ihre guten Dienste während vielen Jahren zur Verfügung gestellt hatten, haben im Berichtsjahr zwei Mitglieder des Stiftungsdrates demissioniert.

- Herr **Pfarrer Fritz Dürst,** Mitglied des Stiftungsrates und gleichzeitig Präsident der Schulheimkommission von 1975–1982.
  Während der Amtszeit von Pfarrer Dürst mussten wichtige, die Struktur des Schulheimes und der übrigen Abteilungen betreffende Veränderungen in die Wege geleitet und vollzogen werden. Dem Präsidenten der Schulheimkommission fiel die nicht leichte Aufgabe zu, das dadurch zeitweilig stark bewegte Schiff ans sichere Ufer zu steuern.

- Herr **Ernst Eggenberg,** Stadtpräsident von Thun, Nationalrat, Mitglied des Stiftungsrates von 1970–1982.
  Stadtpräsident Eggenberg hat sich bleibende Verdienste um die Stiftung erworben: Bereits im Jahre 1967, d. h. noch vor seiner Wahl in den Stiftungsrat, hat er sich als Mitglied des bernischen Grossen Rates tatkräftig für die Belange des Rossfeldes, namentlich für das damalige Ausbauvorhaben, eingesetzt. Er hat während fünfzehn Jahren seinen Einfluss zum Wohl der im Rossfeld lebenden Behinderten geltend gemacht und dem Stiftungsrat als sachkundiger Berater zur Seite gestanden.

Den beiden Demissionären entbietet der Stiftungsrat auch an dieser Stelle seinen herzlichen Dank für ihre mit grosser Hingabe geleistete und von Menschlichkeit geprägte Arbeit.

Als Nachfolger der im Berichtsjahr ausgeschiedenen Mitglieder sind neu in den Stiftungsrat gewählt worden, durch

- den Verein für kirchliche Liebestätigkeit des Kantons Bern:
  Frau Pfarrer Margret Ramser, Bern

- den Regierungsrat des Kantons Bern:
  Herr Fritz Baumann, Grossrat, Uetendorf

Um- und Ausbauvorhaben

Nach sich über Jahre hinziehenden Vorbereitungen und Verhandlungen sind wir froh und dankbar, in diesem Jahresbericht nun über positive Ergebnisse und Abschlüsse berichten zu können.

Das im April 1982 an die Direktionen des Gesundheits- und des Fürsorgewesens des Kantons Bern und an das Bundesamt für Sozialversicherung eingereichte, überarbeitete Projekt in der Grössenordnung von 8 Millionen Franken wurde vom Grossen Rat in der Novembersession genehmigt und ein Staatsbeitrag in der Höhe von rund 2,7 Millionen Franken gesprochen. Das Bundesamt für Sozialversicherung erteilte seine Zustimmung im Sommer 1982 und sicherte einen Beitrag von rund 2,8 Millionen Franken an die Bau- und Einrichtungskosten zu. Die Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind erklärte sich, ebenfalls im Sommer 1982, bereit, einen Beitrag von 1 Million Franken an die Kosten des Um- und Ausbaues zu leisten. Dank diesem à fonds-perdu Beitrag wird die finanzielle Eigenleistung unserer Stiftung in wesentlichem Masse entlastet. Die aufzubringenden Eigenmittel beschränken sich damit auf eine Grössenordnung von 1,5 Millionen Franken.

Das im letztjährigen Bericht zum Ausdruck gebrachte Vertrauen in eine breite Bereitschaft zur Unterstützung unseres Bauvorhabens hat sich somit in erfreulicher Weise erfüllt. Es ist den Stiftungsbehörden deshalb ein besonderes Anliegen, dem Stiftungsrat der Schweizerischen Stiftung für das cerebral gelähmte Kind, den zahlreichen Gönnern unseres Werkes, den Behördern des Kantons Bern und ihren Vertretern und den Verantwortlichen des Bundesamtes für Sozialversicherung aufs beste zu danken.

Dank

Das Berichtsjahr hat einmal mehr hohe Anforderungen an die Stiftungsbehörden, die Leitung der Schulungs- und Wohnheime wie auch an alle ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt. Persönlich und im Namen des Stiftungsrates entbiete ich ihnen den herzlichen Dank für ihre Hingabe und ihren erfolgreichen Einsatz für unsere gemeinsame schöne Aufgabe im Dienste unseres behinderten Mitmenschen. Unser besonderer Dank gebührt dem Ausschuss des Stiftungsrates, den Kommissionen, dem Direktor, dem Chefarzt und dem Verwalter für ihre vorbildlichen Leistungen und die angenehme Zusammenarbeit. Allen Insassen der Schulungs-und Wohnheime wünschen wir in dankbarer Verbundenheit von Herzen alles Gute und während der Umbauzeit Geduld und Nachsicht.

Hans Wildbolz

Bericht des Direktors

Das zwanzigjährige Bestehen des Schulheimes bringt es mit sich, dass ich mich seit zwei Jahrzehnten vor die Aufgabe gestellt sehe, über das Geschehen im Rossfeld zu berichten. Auch ein Jubiläum – aber kein Anlass zum feiern, sondern eine Gelegenheit, einige Bemerkungen zu grundsätzlichen Fragen zu äussern, die mich als Berichterstatter beschäftigen.

Ich sehe zunächst einmal eine Schwierigkeit darin, dass die beim Schreiben eines Jahresberichtes nicht zu umgehende Reduktion von Geschehnissen auf Sachverhalte zu simplifizierenden, zu unvollständigen und deshalb zu missverständlichen Aussagen führen kann. Eine Feststellung, die meine Aufgabe deshalb erschwert, weil einem Jahresbericht doch so etwas wie eine «Schaufensterfunktion» zukommt. Es liegt mir daran, das Leben und Tun in unseren Heimen umfassend und sachgerecht, aber auch möglichst gut darstellen zu können. Wenn von der «Schaufensterfunktion» ausgegangen wird, heisst das aber auch, dass es nicht meine Aufgabe sein kann, die Ergebnisse eines Jahres gewissermassen «auszustellen», sondern dass ich durch das Setzen von Akzenten ganz bestimmte Aussagen machen möchte.

Meine Zielvorstellung einer guten Berichterstattung besteht jedoch nicht nur darin, allfällige Missverständnisse zu vermeiden oder die Institution so gut wie irgend möglich zu präsentieren. Es geht mir vielmehr darum, das Leben in einem Heim in einen grösseren Zusammenhang, zum Leben ausserhalb des Heimes, zu setzen und damit eine breitere Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, dass «Heime für Kinder und Jugendliche, Heime für Betagte und Heime für Behinderte – falls sie es früher je gewesen sein sollten – heute keine unberührten Inseln mehr sind, Einrichtungen, die sich selber genügen können. Sie stehen in einem gesellschaftlichen Umfeld und werden von diesem geprägt. Heimbewohner und Heimmitarbeiter sind miteinbezogen in den sozialen Wandel, in gewisse Entwicklungsprozesse des einschlägigen wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Umfeldes» (F. Müller, in «Fachblatt für Schweizer Heimwesen», Januar 1983).

Der Einbezug des gesellschaftlichen und politischen Umfeldes erfordert ein grosses Mass an Offenheit und an kritischem Beurteilungsvermögen. Offenheit und kritische Beurteilung beinhalten nun aber, dass die dadurch entstehenden Spannungen ausgehalten werden und dass auf die Schaffung von Feindbildern verzichtet wird. Die Darstellung dieser Spannungsfelder ist nicht nur von der Sache her schwierig. Sie wird für den Berichterstatter auch deshalb zum Wagnis, weil der Verzicht auf Schwarzweissmalerei auch als Ausdruck eigener Orientierungslosigkeit ausgelegt werden kann.

Schwierigkeit, als Schreiber eines Jahresberichtes, bereitet mir im weiteren die Tatsache, dass das Leben im Rossfeld grösstenteils aus Abläufen besteht, die sich für den Betroffenen wohl als befreiend oder belastend auswirken, die aber so stark im Persönlichen verhaftet sind, dass sie sich einer Berichterstattung entziehen. Die Versuchung ist deshalb recht gross, sich auf die Angabe von Zahlen und Daten zu beschränken – der ich mich zu entziehen versuche, weil ich nicht den Eindruck erwecken möchte, das Zähl- und Messbare sei unser einziges Beurteilungskriterium.

Der nachfolgende, kurze Rückblick auf das Jahr 1982 gibt mir Gelegenheit, zusammenfassend von einem guten Jahr zu sprechen. Gut zunächst einmal in dem Sinne, als wir auch im Berichtsjahr über die notwendigen finanziellen und personellen Mittel verfügen konnten und von daher keine Beeinträchtigung unserer Arbeit in Kauf nehmen mussten. Gut aber auch deshalb, weil es möglich war, trotz teils unterschiedlicher Auffassungen und Vorstellungen, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und diese auch immer wieder umzusetzen. Diese Tatache erfüllt mich mit Dankbarkeit und Zuversicht, ganz besonders auch im Blick auf die bevorstehende Bauzeit.

Die Zahl der Behinderten hat im Berichtsjahr um insgesamt 12 Personen – davon 7 Kinder – abgenommen. Die aussergewöhnlich grosse Zahl von Austritten im Schulheim ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass im Frühling 1982 sechs Kinder in die öffentliche Schule übertreten konnten. Trotz der, sich aus sinkenden Schülerzahlen für unser Schulheim ergebenden Probleme, wurden diese Übertritte von uns gefördert und unterstützt. Dagegen beurteilen wir die Schulung eines körperlich behinderten Kindes in der öffentlichen Schule dann als problematisch, wenn wir davon überzeugt sind, dass seine sonderpädagogischen, seine medizinisch-therapeutischen oder seine pflegerischen Bedürfnisse nicht in ausreichendem Masse berücksichtigt werden können. Das heisst, dass die Frage ob Sonderschule oder öffentliche Schule erst nach einer sorgfältigen und vorurteilslosen Prüfung aller Bedürfnisse des Kindes beantwortet werden darf.

In der Abteilung Wohnen haben wir im Berichtsjahr zwei Berufsschüler und zwei Bewohner des Wohnheimes durch den Tod verloren. Es ist mir ein Bedürfnis, der Verstorbenen an dieser Stelle ehrend zu gedenken.

Zwei langjährige Bewohner des Wohnheimes haben geheiratet und arbeiten nun als externe Mitarbeiter bei uns. Insgesamt sechs Ehemalige unseres Ausbildungsheimes, die – nach Abschluss ihrer Ausbildung – aus verschiedenen

Gründen noch in unserem Wohnheim lebten, haben das Risiko, ganz auf sich gestellt zu sein, auf sich genommen und das Heim verlassen. Nachdem das Wohnheim im Vorjahr eindeutig überbelegt war – zeitweilig mussten mehrere Behinderte in der Personalabteilung untergebracht werden –, sind wir nun froh, wieder über «normale» Verhältnisse berichten zu können. Dies um so mehr, als auf eigentliche Entlassungen verzichtet werden konnte.

Die Tatsache, dass es in mehreren Fällen Wege gibt, die aus einem Heim herausführen, erfüllt uns mit Genugtuung – nicht zuletzt deshalb, weil wir glauben, damit den Beweis erbracht zu haben, dass die Behauptung, wonach die Begriffe Heim und Getto identisch seien, nicht zutrifft.

Hinter dem kurzen Kommentar zu den Angaben über die Zahl der Behinderten steckt ein volles Mass an Arbeit. Einer Arbeit, für die die Kräfte eines einzelnen nicht ausreichen und die deshalb ohne den Einsatz aller Beteiligten – Heimbewohner und Heimmitarbeiter – nicht getan werden kann. Die gesetzten Ziele können aber wohl nur dann erreicht werden, wenn sich der einzelne, von dem, was getan werden muss, aufgerufen und angesprochen fühlt. Dieses Angesprochensein kann aber nur voll zum Tragen kommen, wenn die Bereitschaft besteht, eine Zeitspanne seines Lebens zugunsten einer gemeinsamen Sache einzusetzen. Wenn heute fast vierzig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fünf und mehr Dienstjahre im Rossfeld aufweisen und wenn an unserem Jubiläum vier Personen mit zwanzig Dienstjahren geehrt werden konnten, hat diese Feststellung nur wenig mit Statistik, aber sehr viel mit Vertrauen und Dankbarkeit zu tun.

Es ist ein gutes Gefühl, einen Jahresbericht mit einem herzlichen Dank an Heimbewohner und Heimmitarbeiter abschliessen zu können.

Markus Lauber

Motorisch behinderte Kinder

In der letzten Zeit hat sich die Situation auf dem Gebiet der pädiatrischen Rehabilitation stark gewandelt, besonders in den nord- und mitteleuropäischen und angloamerikanischen Ländern. Es zeichnen sich weltweit in diesen Ländern folgende Tendenzen ab [2, 7, 8]:

1. Abnahme der Zahl zerebralbewegungsgestörter, intellektuell wenig beeinträchtigter Kinder, mit Ausnahme der hemiplegischen.
2. Abnahme bzw. Verschwinden der Restlähmungen nach Poliomyelitis.
3. Zunahme von Kindern mit Körperbehinderungen infolge von Unfällen oder Tumoren.
4. Zunahme von Kindern mit Körperbehinderung infolge Myelomeningozele.
5. Zunahme von Kindern mit geringer bis minimaler Körperbehinderung mit minimaler zerebraler Bewegungsstörung und Begleitsymptomen infolge frühkindlicher Hirnschädigung (sog. frühkindliches psychoorganisches Syndrom = POS).
6. Konstanz der hereditären neuromuskulären Krankeiten und seltener, zum Teil genetisch bedingter Affektionen des Bewegungsapparates und des Nervensystems.
7. Konstanz bwz. durch verminderte Mortaliät verursachte Zunahme von schwer bis schwerst mehrfachbehinderten Kindern mit Hirnschädigung.

Diese Veränderungen sind auch bei uns zu beobachten und zeigen sich beispielsweise auch in einer Sonderschule für normalbegabte bis leicht lernbehinderte Kinder (Tab. I). Bei den Veränderungen der Frequenz der verschiedenen Behinderungsarten gilt es zu beachten, dass aufgrund der Platzverhältnisse, besonders aus der Gruppe der neuromuskulären Krankheiten, die erst im Verlaufe des Schulalters auftraten, nicht in die Sonderschule aufgenommen werden konnten (Tab. II). Vergleicht man bei den heute im Rossfeld geschulten Kindern jene unter 10 Jahren mit denen über 10 Jahren, so zeigt sich besonders die Veränderung auf dem Gebiet der zerebralen Bewegungsstörungen deutlich. Diese Tendenz wird sich aufgrund der Verhältnisse bei Kindern im Vorschulalter noch verstärken.

Ursachen der veränderten Situation

1. Die Abnahme in der Zahl *schwer zerebral bewegungsgestörter Kinder* wird von verschiedenen Autoren [2, 8] auf die konsequente Anwendung präventiver Massnahmen zurückgeführt. Bei diesen Schädigungen handelt es sich, mit Ausnahme der Hemiplegie, um vorwiegend perinatal verursachte Hirnschädigungen. Die primäre Prävention durch verbesserte Möglichkeiten und kosequentere Anwendung der Schwangerenbetreuung sowie frühzeitiges Erken-

Tabelle I. Behinderungsursachen bei Schülern des Schulheimes Rossfeld

Ursache	1964	1979
Zerebrale Bewegungsstörungen	35	31
Minimale zerebrale Bewegungsstörungen, manuell behinderte, mit POS	0	3
Status nach Poliomyelitis	12	0
Myelomeningozele	7	10
Paraplegie traumatisch, Hirntrauma, Folgen von Tumoren,	1	5
davon Unfälle und Tumoren	0	5
Neuromuskuläre Krankheiten	6	10
Skelettmissbildung	2	1
Kongenitales Herzvitium	0	1

Tabelle II. Behinderungsursachen bei Schülern des Schulheimes Rossfeld 1979

Ursachen	Kindergarten 1.–3. Schuljahr	4.–9. Schuljahr
Zerebrale Bewegungsstörungen	11	20
Minimale zerebrale Bewegungsstörungen, manuell behindert, mit POS	3	0
Myelomeningozele	9	1
Unfälle, Tumorfolgen	2	3
Neuromuskuläre Krankheiten	6	5
Andere Behinderungen	1	1

nen von Risikoschwangerschaften ergibt bereits für den Feten eine Verbesserung der Entwicklungssituation. Die Zusammenarbeit von Pädiatern/Neonatologen und Gynäkologen, zusammen mit den technischen Möglichkeiten von Diagnose und Therapie des Ungeborenen, visiert nicht nur die Schwangere, sondern auch das Wohlergehen des Feten an. Man könnte eigentlich von «Fetiatrie» sprechen. Entwickelte Techniken, wie Kardiotokogramm, Ultraschall, «Real-time»-Ultraschall, Amniozentese, Prophylaxe, intrauterine und postpartale Behandlung des Morbus haemolyticus neonatorum, Tokolyse und Celestoneprophylaxe des Syndroms der hyalinen Membranen, sind heute in unserer Gegend regulär angewandte Massnahmen, auch wenn sie leider noch nicht allen Risikoschwangeren und deren Ungeborenen zukommen. Sie erlauben z. B. bereits von der 16.–20. Schwangerschaftswoche an eine motoskopische Diagnose des Feten [5, 6], was uns eine völlig neue Sicht auf Ursachen und Entwicklung zerebraler Bewegungsstörungen eröffnet.

Während und nach der Geburt von Risikokindern gestatten die Möglichkeiten der Neonatologie – vorausgesetzt, das Risiko wurde rechtzeitig erkannt und Fachleute und Einrichtungen stehen dem Kind zur Verfügung – die Behandlung von schwerwiegenden Anpassungsstörungen besonders des Frühgeborenen und die Verhinderung von zusätzlichen Schädigungen. Kinder mit Geburtsgewicht unter 1000 g unter unseren Patienten, die überleben, entwickeln sich in der Regel völlig oder weitgehend normal.

An diese *primäre Prävention* zerebraler Bewegungsstörungen schliesst sich in unserer Region nahtlos die *sekundäre* an, dank der ausgezeichneten Zusammenarbeit der Frühbehandlungsstellen für zerebrale Bewegungsstörungen mit den neonatologischen Abteilungen und der konsequenten Vorsorgeuntersuchung der Pädiater in der Gesamtpopulation der jungen Säuglinge. Die frühzeitige Physiotherapie des motorisch abnormen Säuglings ist in der Lage, leichte bis mittelschwere zerebralmotorische Störungen ohne schwere globale Hirnschädigung so zu beeinflussen, dass in vielen Fällen eine funktionell normale Motorik erreicht wird, obschon neurologische Symptome persistieren. Eine Ausnahme bilden Kinder mit Hemiplegie.

2. Über das Verschwinden der *Poliomyelitis* brauchen wir keine Worte zu verlieren, wobei vorausgesetzt wird, dass der gegenwärtige Impfschutz weiterhin aufrechterhalten bleibt. In den Ländern der Dritten Welt ist sie nach wie vor häufig, und auch im weitentwickelten Saudiarabien ist sie nach wie vor die wichtigste Ursache motorischer Behinderung [9].

3. Die Zunahme der Zahl von Kindern mit *Hirn- und Rückenmarktrauma* nach Unfällen oder Tumoren ist eine Folge des technischen Fortschrittes. Medizinische Fortschritte in der Tumorbehandlung verlängern die Überlebenszeit erheblich, wenn nicht gar eine Heilung erreicht werden kann und nur die Körperbehinderung als Restzustand bestehen bleibt. Der «zivilisatorische Fortschritt» zeitigt besonders im Strassenverkehr Folgen, an welchen die Betroffenen zeitlebens leiden. Auch hier vermag die moderne Intensivpflege manches Leben zu retten, aber die Restzustände der Zentralnervensystemverletzung können meist nur bis zu einem gewissen Grade rehabilitiert werden. Unter allen jungen Verkehrsopfern sind die Sonderschüler im Rossfeld allerdings die am wenigsten behinderten, da diese Sonderschule Kinder mit normaler oder annähernd normaler Schulbildungsfähigkeit aufnimmt.

4. Kinder mit *Myelomeningozele* werden heute in der Regel sofort nach der Geburt mit allen Möglichkeiten der modernen Chirurgie behandelt und anschliessend im multidisziplinären Team betreut. Gerade wegen des riesigen

Aufwandes, der zwar für Kind und Eltern eine schwere Last darstellt, sind Rehabilitationsmöglichkeiten und spätere Lebensqualität dank gezielter Zusammenarbeit, vertrauensvoller Mitarbeit der Eltern und frühzeitigen sonderpädagogischen Massnahmen erheblich besser geworden. Da diese intensive Betreuung zudem auch die Mortalität ganz erheblich gesenkt hat, steigt bei gleichbleibender Inzidenz die Zahl von Myelommeningozelepatienten deutlich an [1, 7]. Wiederum sind Kinder mit dieser Behinderung im Schulheim Rossfeld eine ausgelesene Gruppe. Manche Kinder mit Meningomyelozele sind wegen ihrer Hirnmissbildung oder assoziierter Störungen deutlich in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigen eine andere Schulung, während andere dank geringer Läsion und/oder frühzeitiger Intervention Normalschulen besuchen können.

5. Unter den Patienten, die dem Zentrum für zerebrale Bewegungsstörungen am Inselspital zugewiesen werden, scheinen mit *minimaler zerebraler Bewegungsstörung* – die oft mit anderen Symptomen einer frühkindlichen Hirnschädigung verbunden ist – aus dem Symptomenkomplex des *psycho organischen Sydroms* (POS) häufiger zu werden. Es sind dies Kinder folgender Symptomgruppen:

a) Kinder mit minimalen spastischen oder gemischten Bewegungsstörungen;
b) Kinder mit minimalen bis leichten Ataxien und feinmotorischer Behinderung;
c) Kinder mit komplexen Störungen, bei denen die zerebralmotorischen Störungen lediglich einen Teilaspekt der Behinderung ausmachen und Wahrnehmungsstörungen und/oder POS-Symptome die Entwicklungsfähigkeit oft nachhaltiger beeinträchtigen als die motorische Störung.

Die zahlenmässige Zunahme solcher Kinder beruht auf verschiedenen Gründen. Bessere Diagnostik und grösserer Bekanntheitsgrad unter den Eltern und Pädagogen tragen dazu bei, dass sie häufiger diagnostiziert werden. Therapeutische Vorkehrungen (Physiotherapie, psychomotorische Therapie, Wahrnehmungstraining, psychotherapeutische Massnahmen im weitesten Sinne, Pharmakotherapie) vermögen in den meisten Fällen den Kindern eine bessere Entwicklung zu sichern und werden daher von Eltern und Erziehern gesucht. Anderseits führen aber die gleichen Gründe dazu, dass die Toleranz von Schule und Familie diesen komplex, wenn auch leicht gestörten Kindern gegenüber geringer wird. Anstelle von Geborgenheit im tragfähigen Milieu, deren diese Kinder zu ihrer Stabilisierung besonders bedürfen, werden Massnahmen gesucht und durchgeführt, von denen erwartet wird, dass sie aus dem «schwierigen Kind» ein angepasstes «Normalkind» machen, das weder von seiner Mutter noch von seinen Pädagogen besondere Zuwendung und Annahme fordert. Diese leicht hirngeschädigten Kinder sind leider dazu prädestiniert, in der neurotisierten Kleinfamilie in engem Lebensraum, in unserer hochgradig arbeitsteiligen Gesellschaft zum Symptomträger zu werden. Eltern, welche dem Stress ihrer Arbeit und dem selbstgewählten Stress ihrer Freizeit ausgesetzt sind und die eigenen Beziehungsprobleme schlecht bewältigen, überfordern diese Kinder, ohne es zu wissen. Sicher hilft die Publizität, welche in jüngster Zeit um diese POS-Kinder entfaltet wird, oft eine positivere Einstellung von Familie und Schule zu erreichen und ist darum zu begrüssen. Anderseits besteht jedoch die Gefahr, dass nur der somatische Anteil des POS im Vordergrund steht und das krankmachende Milieu (Familie und Schule) die Ursache der Störung nur beim Kind sucht. Ihre Behebung wird ausschliesslich von Bemühungen der Fachkräfte erwartet, die mit dem Kind arbeiten, und die Notwendigkeit einer anderen Haltung dem Kind gegenüber nicht eingesehen. So sind denn vorgeschlagene Massnahmen schon nur deshalb für das Kind nützlich, weil es in der Person der Fachkraft einen verständigen annehmenden Partner findet, in dessen Führung es Geborgenheit findet. Eltern und Lehrkräfte werden jedoch dadurch nicht ihrer Aufgabe enthoben, aktiv an ihrer eigenen Haltung dem Kind gengenüber zu arbeiten. Diese Arbeit wirkt sich auf lange Sicht ausserdem günstig auf die nichtbehinderten Kinder im gleichen Milieu aus. Abnehmende Schülerzahlen und Überschuss an Lehrkräften haben ebenfalls einen deutlichen Einfluss auf die Tragfähigkeit und Toleranz der Schule leicht hirngeschädigten Kindern gegenüber.

In letzter Zeit haben wir vermehrt Kinder mit leichten manuellen Behinderungen beobachtet. Die Gründe dafür kennen wir nicht. Die Abnahme von Kindern mit schweren zerebralen Bewegungsstörungen erlaubt der Sonderschule, solchen nach wie vor seltenen Kindern geeignete pädagogische und therapeutische Förderung auf der Kindergartenstufe und in den unteren Schuljahren zukommen zu lassen. Das traumatische Erlebnis der Dekompensation in der Normalklasse kann ihnen erspart werden, und die notwendige Therapie kann in den Stundenplan eingebaut werden. Überbelastung des Kindes wird damit vermieden, und gleichzeitig werden auch die Eltern entlastet. Besucht ein Kind dagegen Normalkindergarten oder Normalschule, so müssen Therapien ausserhalb der Unterrichtszeit erfolgen; Zeitbedarf und Unruhe des Weges in die Therapie können die POS-Kinder noch mehr überfordern. Besonders auf die Mutter-Kind-Beziehung kann sich daher bei leichtbehinderten Kindern eine externe Sonderschulung sehr günstig auswirken. In der Durchführung spezifischer Therapien muss auf jeden Fall aus Rücksicht auf die verminderte Belastbarkeit der Kinder eine klare Priorität gesetzt werden, wenn leichte motorische

Insuffizienz, Sprachenentwicklungsstörung, psychoorganische Störungen und Wahrnehmungsstörungen gleichzeitig vorliegen.
Glücklicherweise ergibt die Erfahrung, dass oft durch gezielte Förderung in einem Teilbereich Fortschritte erzielt werden, die sich positiv auch auf andere Teilbereiche auswirken. So kann sich z. B. die soziale Integration eines Kindes in Familie, Kindergarten oder Schule entscheidend bessern, wenn das Kind in der Physiotherapie eine altersgemässe motorische Funktion erreicht. Die altersgemässe motorische Funktion erlaubt dem Kind, mit den Kameraden mitzuhalten, diese Erfolgserlebnisse fördern das Selbstbewusstsein, anstelle von Widerstand tritt aktive Einordnung in die Gruppe und das Kind wird von den Kameraden als ebenbürtig anerkannt. In diesem Prozess spielt die fragende Beziehung zum Therapeuten oder Sonderpädagogen eine wesentliche Rolle.
6. *Neuromuskuläre Erbkrankheiten* sind in unserer Bevölkerung relativ häufig. Auch optimale genetische Beratung gefährdeter Familien kann wegen der relativ hohen Mutationsfrequenz nur eine relative Verminderung der Frequenz erreichen. Pränatale Diagnose und Schwangerschaftsabbruch kommen bei den geschlechtsgebundenen Formen erst in Frage, wenn z. B. bereits ein Knabe mit Duchenne-Muskeldystrophie geboren wurde, allenfalls wenn eine Frau mit Sicherheit als Trägerin identifiziert worden ist. Dabei werden aber auch gleich viele erbgesunde männliche Feten abortiert wie kranke. Physiotherapie bietet solchen Kindern unter Anwendung spezieller Techniken solange als möglich die Aufrechterhaltung einer optimalen Funktion. Die Sonderschule bietet in einer Umgebung, die maximale selbständige Mobilität durch Einsatz von Hilfsmitteln (Elektrofahrstuhl) zulässt, trotz zunehmenden Funktionsverlusts Schulung und Förderung und zugleich auch die erforderliche Hilfeleistung.
Während früher Berufsbildung und Arbeitstätigkeit nur bei leichteren Formen von Myopathien oder progredienten neurologischen Leiden realisiert wurden, etwa bei der fazio-skapulo-humeralen Form oder bei der langsam progredienten spinalen Atrophie, bestehen heute Einrichtungen für die Berufsausbildung selbst schwerst behinderter Muskelkranker. Damit können junge Erwachsene trotz ihrer Behinderung aus der Elternfamilie, die früher seine gesamte Betreuung zu übernehmen hatte, heraustreten und trotz Hilfsbedürftigkeit selbständig werden. Die Sonderschule, besonders ein Internat, wirkt sich damit viel weniger isolierend aus. Während der Muskelkranke früher nach Abschluss der Schulung in die Elternfamilie zurückkehren musste, wo er den weiteren Umweltkontakt während der Jahre des Internates verloren hatte, erleichtert die Sonderschule heute frühzeitig in einer adaptierten Umgebung die Entwicklung persönlicher Eigenständigkeit trotz Hilfsbedürftigkeit, und nach der beruf lichen Ausbildung kann mancher Muskelkranke einer Erwerbstätigkeit nachgehen und ein erfülltes Leben aufbauen. Dieselbe Entwicklung ist wohl auch in der Normalschule möglich, doch bedeutet das Schritthalten mit der Klasse von Nichtbehinderten für den Patienten und seine Familie eine ungleich grössere Belastung.

Multidisziplinäre Förderung des motorisch behinderten Kindes im Schulalter

Motorisch behinderte Kinder, besonders mit manueller Behinderung, aber auch Kinder mit zusätzlichen Handikaps, wie Inkontinenz infolge Blasen-Mastdarm-Lähmung oder psychoorganischer Symptome, werden in der Normalschule leicht überfordert. Sicher ist es aus psychosozialen Gründen vorzuziehen, körperbehinderte Kinder mit der nichtbehinderten Altersgruppe zu fördern und ihnen damit die Integration in die Gemeinschaft frühzeitig zu ermöglichen. Aber die Tragfähigkeit bzw. die Integrationsfähigkeit der Normalschule hängt weitgehend davon ab, wie wichtig Kenntnisse und Fertigkeiten der Schüler eingestuft werden bzw. wie gross der Forderungsdruck auf den Schüler ist. Ist eine Schule besonders auf Förderung der psychosozialen Tüchtigkeit und weniger auf differenzierte intellektuelle Leistungsfähigkeit und Kenntnisse ausgerichtet, so dass sie alle Altersgenossen gemeinsam fördert, so ist auch ihre Tragfähigkeit dem behinderten Schüler gegenüber grösser. In Ländern, wo aus politischen Gründen der Chancengleichheit aller Kinder in der Gesamtschule der Vorzug gegeben wird, kann ein sehr hoher Anteil körperbehinderter Schüler integriert werden. In einem leistungsmässig differenzierten Schulsystem – wie bei uns – besteht dagegen für das körperbehinderte Kind die Gefahr, dass es in einer seinem intellektuellen Niveau entsprechenden Normalklasse überfordert wird. Die Behinderung, besonders die manuelle Behinderung, führt dazu, dass sein Arbeitstempo deutlich unter dem Klassendurchschnitt liegt und Übungsfortschritte nur durch längere Arbeitszeit über die Schule hinaus errichtet werden können. Die verminderte Mobilität des Rollstuhlgebundenen macht ihn im durchschnittlichen schweizerischen Schulhaus weitgehend von der Hilfeleistung seiner Kameraden abhängig. Diese braucht an sich noch kein Nachteil zu sein, sie kann im Gegenteil bei pädagogisch geschickter Führung einer Klasse spontan und ohne Almosenhaltung der Nichtbehinderten erbracht werden und fördert die soziale Integration. Es stimmt jedoch nachdenklich, dass schwerstbehinderte Jugendliche nach Abschluss ihrer Schulzeit in der Normalschule in einer Berufsschule für Behinderte, verglichen mit gleich schwer Behinderten aus einer Sonderschule, durch eine besonders egozentrische Anspruchshaltung in bezug auf Hilfeleistungen

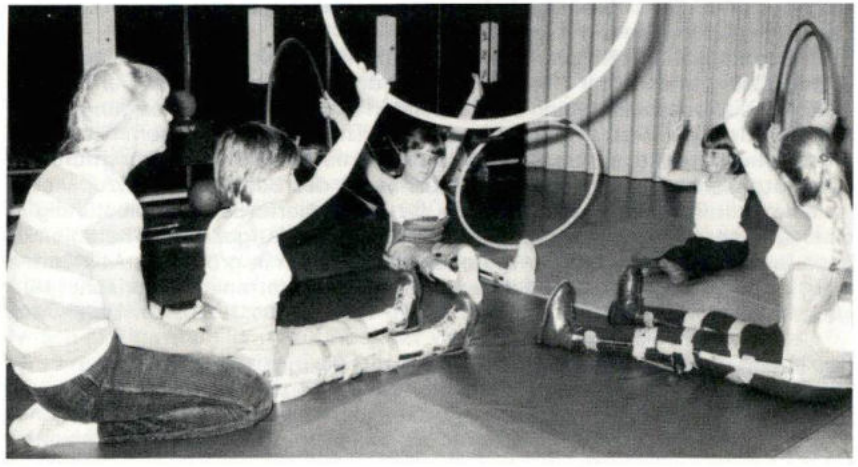
Dritter auffallen und grössere Schwierigkeiten haben, zu einer kameradschaftlichen Haltung den behinderten Mitmenschen gegenüber zu kommen, als Absolventen einer Körperbehindertenschule.
Die Sonderschule versucht, die Persönlichkeit des behinderten Kindes im Hinblick auf sein späteres Leben besonders zu fördern. Forderungen der Gruppe sind unter Behinderten dem einzelnen gegenüber leichter zu begründen, eine echte Integration in die Gruppe in optimaler Selbständigkeit ist in einem rollstuhlgängingen Hause besser zu erreichen, als wenn aus architektonischen Gründen eine Hilfeleistung des Behinderten an die Gruppe unmöglich ist. Beim körperbehinderten Kind ist die Internatserziehung nicht deswegen nötig, weil die Elternfamilie erziehungsuntüchtig wäre, sondern weil die geringe Zahl der Kinder eine gewisse Zentralisierung der Einrichtung notwendig macht. Obschon es wesentliche Nachteile für Kind und Familie mit sich bringt, gestattet das Internat, den Mitgliedern des Förderungsteams eine genaue Vorstellung davon zu vermitteln, welche sozialen Leistungen zur Integration in die Gruppe einem Kind abgefordert werden können und welche Forderungen später an die erwachsenen Behinderten herangetreten werden. Die meisten Eltern sind nicht in der Lage, solche Erfahrungen zu machen und ihr Kind entsprechend auf später vorzubereiten.
Neben diesen erzieherisch wichtigen Gründen sprechen aber auch andere Gründe für die Beibehaltung der Sonderschule mit multidisziplinärem Team. Würden die rund 60 Kinder des Schulheims Rossfeld dezentralisiert unterrichtet, so ergäben sich Gruppen von höchstens vier meist ungleichaltrigen Kindern in einem einzelnen Schulhaus. In dieser Situation die notwendigen Therapien (Physio-, Ergo- und Sprachtherapie) ohne Überforderung des Kindes im Stundenplan einzubauen, die zusätzlichen Massnahmen, wie Blasentraining bei MMC-Kindern, Liegezeiten bei Muskelkranken usw., einzubauen, erforderte ein Mehrfaches an geschulten Fachkräften, wobei eine Teambildung im täglichen Zusammenarbeiten mit gegen 60 Lehrkräften und etwa halb so vielen Therapeuten auch die ärztliche Mitarbeit im Einzelteam sehr schwierig gestalten würde, obschon nur die enge Zusammenarbeit erlaubt, die Rehabilitationsarbeit am einzelnen Kind richtig in die Gesamtsituation einzubauen und Schwerpunkte zu setzen. Für das ganze Sonderschulteam ist die Beziehung zwischen Elternfamilie und Kinderarzt wichtig. Sie kann sich positiv auswirken, wenn sie der Familie die Sicherheit vermittelt, dass die Förderung ihres Kindes optimal ist und der Kinderarzt in einem Vertrauensverhältnis zur Sonderschule und deren ärztlichem Leiter steht. Ungemein wichtig ist dies dann, wenn der Kinderarzt aufgrund seiner Stellung ausserhalb der Sonderschule von Problemen Kenntnis erhält, welche bei den Eltern durch die Sonderschule entstanden sind. Als Vertrauensperson der Eltern wird er Verarbeitungsprobleme der Eltern bemerken, aufmerksam werden auf Konflikte der Eltern mit dem Team oder einzelnen Mitgliedern, die der Sonderschule gegenüber oft unbewusst versteckt werden oder gänzlich unproduktiv sich einzelnen Mitarbeitern gegenüber emotional-explosiv Luft schaffen. Verständnisvolles Eingehen auf die Probleme der Eltern und Identifikation mit deren Standpunkt ohne Kontaktnahme mit der Sonderschule könnte sich aber gefährlich auswirken, indem dadurch das Kind die Kluft zwischen Eltern und Schule nicht mehr überbrücken könnte.
Ziel der *Therapie des körperbehinderten Kindes* im Schulalter wäre es, dem Kind dazu zu verhelfen, im praktischen Leben trotz fortbestehender Behinderung unabhängig zu werden. Im unteren Schulalter, aber auch während der labilen Phase der Pubertät ist eine optimale Behandlung nötig, wenn vermeidbare Verschlechterungen, Fehlhaltungen, Kontrakturen verhindert werden sollen. Schwerpunkte können jedoch individuell gesetzt werden. Schliesslich soll der Jugendliche nach einem jahrelangen Lernprozess in der Lage sein, die durch seine Behinderung geschaffenen Bedürfnisse richtig zu beurteilen, entsprechend seine körperliche Belastung zu bemessen und seine Funktion aufrecht zu erhalten. Vernachlässigung seines Körpers mit entsprechender Verschlechterung erfordert auch später dauernde Therapie, die ihn Kraft und Zeit kostet und ihn von medizinischen Leistungen abhängig macht, die ihn in seiner Lebensgestaltung einschränken.
Ein wesentliches Mittel zur Selbsterhaltung der Funktionen, aber auch zur sozialen Integration in der Freizeitgruppe ist der angepasste Sport. Der Sonderschüler sollte schon zu Beginn der Pubertät in eine sportliche Betätigung eingeführt werden. Sie wird sinnvollerweise vom Therapeuten übernommen, da er am ehesten in der Lage ist, sowohl Sportart als auch Technik der Durchführung den motorischen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Behinderten anzupassen. Ist eine sportliche Fertigkeit erreicht, die ohne Überforderung selbständig in einer Gruppe ausgeführt werden kann, so liegt die Aufgabe der Therapie nur noch in der Überwachung der motorischen Funktion in grösseren Abständen bzw. in der Beratung der erwachsenen Körperbehinderten in motorischer Hinsicht.

Ulrich Aebi

Aus Pädiat. Fortbildk. Praxis, Bd. 54, pp. 1–13 (Karger, Basel 1982)

Literatur

1 Aebi, U.: Psychologische Probleme von Eltern und Therapeuten in der Frühförderung körperbehinderter Kinder. Sozial- und Präventivmedizin *24:* 381–387 (1979).
2 Hagberg, B.: Pre-, peri and postnatal prevention of major neuropediatric handicap. Neuropädiatrie *4:* 331 (1975).
3 Editorial: Non-treatment of defective newborn babies. Lancet *ii:* 1123–1124 (1979).
4 Lesigang, C.: Die motoskopische Erkennung minimaler Zerebralparesen. (Facultas, Wien 1978).
5 Milani-Comparetti, A.: Prenatal motoscopic diagnosis by real-time ultrasound. ICPS Seminar, Athens 1979.
6 Roberts, A.B.; Little, D.; Cooper, D.; Campbell, S.: Normal patterns of fetal activity in the third trimester. Br. J. Obstet. Gynaecol. *86:* 4–9 (1979).
7 Sharrard, W.J.W.; Zachary, R.B.; Lorber, J.: Survival and paralysis in myelomeningocele with special reference to the time of repair of the spinal lesion. Devl Med. Child Neur. *13:* suppl., pp. 35–50 (1967).
8 Stanley, F.: Changes in total incidence of cerebral palsy and associated factors. Devl Med. Child Neur. *21:* 701–713 (1979).
9 Swailem, A.-R.: Physical handicap in Saudi Arabia, ICPS Seminar, Jeddah 1978.



Behörden und Personal

Behörden der Stiftung Schulungs- und Wohnheime Rossfeld

Stiftungsrat	Präsident	Dr. iur. H. Wildbolz	
	Vizepräsident	Dr. pharm. E. Studer	
	Kassier	Dir. F. Christen	
	Mitglieder	Frau D. Bähler	
		F. Baumann	(ab 1. 1.1983)
		Pfr. F. Dürst	(bis 30. 6.1982)
		E. Eggenberg, Stadtpräsident	(bis 31.12.1982)
		Frau R. Ernst	
		dipl. Psych. W. Hemmeler	
		Frau R. Käser	
		Dr. phil. R. Natsch	
		Frau Pfr. M. Ramser	(ab 1. 1.1983)
		Dr. med. P. Walther	
	Sekretär	Fürsprecher A. Maeschi	
Ausschuss des Stiftungsrates	Präsident	Dr. E. Studer	
	Mitglieder	Dir. E. Christen	
		Frau R. Ernst	
		W. Hemmeler	
		Dr. R. Natsch	
	Sekretär	Fürsprecher A. Maeschi	
Schulheim-kommission	Präsident	W. Hemmeler	
	Mitglieder	Dr. U. Aebi	
		W. Albrecht	
		M. Bruni	
		Frau Dr. Bähler	
		Frau R. Käser	
		M. Lauber	
		Je ein Vertreter der Lehrerschaft, des Therapie- und Erziehungspersonals (mit beratender Stimme)	
	Sekretär	P. Dettwiler	
Kontrollstelle		Allgemeine Treuhand AG, Bern	

Personalangaben (Stand: 31.12.1982)

Direktor	Markus Lauber
Verwalter	Peter Scheuzger
Chefarzt	Dr. med. Ulrich Aebi
Leitender Therapeut	Winfried Albrecht
Schulleiter Schulheim	Paul Dettwiler
Internatsleiter Schulheim	Mauro Bruni
Leiter Abteilung Ausbildung	Maurice Berger
Leiter Abteilung Arbeitsbetrieb	Willi Wüthrich
Leiterin Abteilung Wohnen	Therese Beck

Mitarbeiter:

Leitendes Personal	9 Personen =	8,5 Stellen
Unterricht (inkl. Ausbildung + Schulsekretariat)	20 Personen =	14,4 Stellen
Betreuung (Schulheim, Ausbildungsheim, Wohnheim)	58 Personen =	40,9 Stellen
Therapie (Schulheim, Ausbildungsheim, Wohnheim)	14 Personen =	11,4 Stellen
Arbeitsbetrieb	2 Personen =	1,5 Stellen
Verwaltung (inkl. Telefon, Empfang	6 Personen =	5,1 Stellen
Gebäude, Transport (inkl. IV-Depot)	4 Personen =	4,0 Stellen
Küche, Reinigung, Wäsche (inkl. Hausbeamtin)	20 Personen =	16,7 Stellen
Gesamtbestand	133 Personen =	102,5 Stellen

Statistische Angaben 1982

Zahl der Behinderten (Stand: 31.12.1982)

Abteilung Schulheim		61 Kinder
Abteilung Ausbildung		
– Vorkurs	13	
– Berufsschule	20	
	33	
Davon im Wohnheim	3	30 Personen
Abteilung Wohnheim		50 Personen
Abteilung Arbeitsbetrieb	26	
Subabteilung	20	
Externe Mitarbeiter		8 Personen
Total Behinderte		142 Personen

Zahl der Aufenthaltstage (1.1.–31.12.1982)

Abteilung Schulheim	10654
Abteilung Ausbildung	7681
Abteilung Wohnheim	16565
Abteilung Arbeitsbetrieb (Arbeitstage)	9646

Betriebsrechnung 1982

Auszug aus der Betriebsrechnung	**Aufwand** Fr.	**Ertrag** Fr.
Personalaufwand	5 340 007.10	
Schulung und Ausbildung	31 428.75	
Verpflegung	265 144.25	
Wäsche	44 785.50	
Gesundheitspflege	9 761.15	
Allg. Betriebsaufwand	335 928.65	
Büro und Verwaltung	67 690.–	
Immobilien-Aufwand	150 102.–	
Unterhalt und Reparaturen, Mobilien und Maschinen	183 301.10	
Beiträge Invalidenversicherung		1 876 353.–
Beiträge Kanton Bern		106 050.–
Beiträge Eltern		59 557.–
Übrige Betriebseinnahmen		1 336 630.20
Betriebsdefizit 1982		3 049 558.30
	6 428 148.50	6 428 148.50

Entwicklung Konto Verlustvortrag pro 1982		
Das Defizit des Jahres 1981 von	3 003 015.50	
wurde wie folgt gedeckt:		
Betriebsbeitrag Invalidenversicherung		1 394 915.–
Betriebsbeitrag Kanton Bern		1 598 203.50
Beitrag Betriebsreserve		9 897.–
	3 003 015.50	3 003 015.50

Bericht der Kontrollstelle

An den
Stiftungsrat der Schulungs- und Wohnheime Rossfeld

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ausübung des uns übertragenen Mandates haben wir die auf den 31. Dezember 1982 abgeschlossene Jahresrechnung geprüft.

Wir stellen fest, dass
- die Bilanz und die Betriebsrechnung mit der Buchhaltung übereinstimmen,
- die Buchhaltung ordnungsgemäss geführt ist,
- bei der Darstellung der Vermögenslage und der Betriebsrechnung die gesetzlichen und reglementarischen Vorschriften eingehalten sind.

Aufgrund der Ergebnisse unserer Prüfung beantragen wir, die vorliegende Jahresrechnung mit einem Verlustsaldo von Fr. 3 049 558.30 zu genehmigen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Allgemeine Treuhand AG
sig. Reich sig. Zbinden

Bern, 3. Februar 1983