

# **Behindertengerechtes Wohnen speziell mit behinderten Kindern**

Was bei der Planung und Ausführung eines behindertengerechten Familienheimes zu bedenken ist.

Eine Checkliste

von

Jürgen Koriath

Rechtsanwalt und Vorsitzender der Bundesinteressengemeinschaft

Geburtshilfegeschädigter e. V.

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	3
<b>I. Allgemeine Anforderungen an das behindertengerechte Wohnumfeld</b>	<b>3</b>
1. Schädigung und Pflegeerfordernisse	4
2. Konsequenzen für die Wohnraumgestaltung	6
<b>II. Konkrete Anforderungen an das behindertengerechte Wohnumfeld</b>	<b>7</b>
1. Außenanlagen	7
2. Wohnräume	9
a) Kinderzimmer	10
b) Sanitärräume	11
c) Essplatz	12
d) Küche	12
e) Wohnbereich	12
f) Bereitschaftszimmer	13
g) Elternschafzimmer	13
<b>III. Medizinisch-technische Hilfsmittel</b>	<b>14</b>
<b>IV. Ausblick</b>	<b>17</b>

## Vorwort

Der Geschädigte hat einen Anspruch darauf, unter menschenwürdigen Wohnverhältnissen gepflegt zu werden. Die hierfür notwendigen Mehrkosten hat ihm der Schädiger zu ersetzen. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse des behinderten Kindes und der Pflegenden können sowohl in einer Mietwohnung als auch im Wohneigentum befriedigt werden. Bei Mietwohnungen macht die Berechnung der Mehrkosten in der Regel keine Probleme. Hier wird eine entsprechende größere Mietwohnung angemietet, die Differenz ist zu erstatten. Ob aber nun Mietwohnung oder Hausneubau, Hausanbau, oder Hausumbau, immer muss der **Mehrbedarf** begründet werden. Dies macht in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten, da häufig auch Architekten nicht in der Lage sind, eine entsprechende Mehrkostenberechnung vorzulegen, die auch entsprechend dem Grad der Behinderung begründet ist. Zur Beantwortung der Frage muss zunächst festgestellt werden, welche Wohnfläche und welcher Ausstattungsstandard dem jetzt genutzten Einfamilienhaus zugrunde liegt oder eines Hauses, wie es normalerweise aufgrund des Lebenszuschnittes gebaut worden wäre. Anschließend ist die Frage zu beantworten, welche im Weiteren im Einzelnen zu beschreibenden behindertenbedingten baulichen und ausstattungsgemäßen Anforderungen erfüllt sein müssen.

### I. Allgemeine Anforderungen an das behindertengerechte Wohnumfeld

Aufgrund medizinischer Stellungnahmen sind vom Bauherren und Architekten Kriterien für das zukünftige Wohnumfeld und die Wohnraumgestaltung aus medizinischer Sicht zu konzipieren. Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieses Bauvorhaben auf lange Sicht ausgelegt wird und die absehbare zukünftige Entwicklung (Erwachsenenalter des Geschädigten) mit einschließt. Hierbei sind nicht nur ausschließlich die Bedürfnisse des Kindes und späteren Erwachsenen, sondern auch diejenigen seiner Betreuungspersonen (Eltern, Pflegedienste, Tag- und Nachtdienste etc.) und der erforderlichen Therapeuten (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.) zu berücksichtigen. Durch die entsprechenden baulich-ausstattungstechnischen Maßnahmen wird die Situation sowohl des Behinderten und der Eltern, später auch der externen Betreuungspersonen in vielfacher Hinsicht erheblich durch die damit verbundene Förderung von Integration und Sozialisation verbessert. Bei entsprechender Langzeitplanung muss deshalb der Ausbau und die Ausstattung so flexibel gestaltet

werden, dass sie auch den entsprechenden Bedürfnissen des Behinderten und seiner Pflegepersonen ständig angepasst werden kann. Dabei ist anzustreben, dass Therapie und Rehabilitation innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses durchgeführt wird. Voraussetzung sind entsprechende Planung und Ausstattung. Dabei ist zu eruieren, inwieweit die auf den Markt befindlichen medizinisch-technischen, physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Gerätschaften und Hilfsmittel für therapeutische und pflegerische Maßnahmen innerhalb des Wohnbereiches sinnvoll und einsetzbar sind. Sodann ist ein Planungskonzept zu erstellen. Hierbei sollte sinnvoller Weise der Architekt, der bereits über Erfahrungen für spezielle Einrichtungen verfügt, zusammen mit einem kompetenten Pflegedienst ein Planungskonzept erstellen, in dem sowohl die technisch-medizinischen Aspekte, als auch die tatsächlichen Betreuungsaspekte koordiniert werden. Grundlage für die architektonische Planung des Hauses sowie die Pflegeplanung ist der medizinisch festgestellte Grad der Behinderung des zu Pflegenden mit den entsprechenden Auswirkungen und Fernwirkungen auf Wohnumfeld und Planungskonzept. Aufgrund der in den medizinischen Stellungnahmen getroffenen Feststellungen (Schwere der Behinderung) müssen die baulichen Maßnahmen und technischen Hilfen sowohl dem Kind in seiner jeweiligen Entwicklungsphase erforderlichen Lebens- und Entwicklungsraum gewähren, andererseits muss auch den Pflegepersonen zu jedem Zeitpunkt optimale Hilfestellung ermöglicht werden. Der Architekt braucht also sehr detaillierte Grundinformationen über Ursache, Auswirkung und Prognose einzelner Funktionsbehinderungen und Funktionsausfälle. Diese muss er in Bezug zu individuelle Bedürfnisse setzen, wobei die Fachkompetenz eines Pflegegutachters hilfreich und aus diesseitiger Sicht auch erforderlich ist. Bei dieser Vorgehensweise können im Übrigen kostenaufwendige Planungs- und Ausführungsfehler bei der Gebäudegestaltung vermieden werden. Wenn von vornherein ein auf Dauer angelegtes Wohnumfeld gestaltet wird, was auch in vielen Jahren noch den Bedürfnissen des Behinderten entspricht, dann zahlt sich das aus. Kurzfristige Überlegungen helfen hier nicht, sie schaden nur.

## **1. Schädigung und Pflegeerfordernisse**

Der Status präsens, die Pflegenotwendigkeiten und die erforderlichen Hilfsmittel können durch Einholung eines kompetenten Pflegegutachtens dargestellt und bewiesen werden. Auch die Beantragung einer Inaugenscheinnahme (Ortstermin) zur Beurteilung der Pflegeerfordernisse erscheint sinnvoll.

Schwer mehrfach behinderte Kinder sind schwerstpflegebedürftig und haben in der Regel auch rezidivierende Krampfanfälle. Atembehinderungen und häufige Infekte durch mangelhaftes Abhusten kommt hinzu. Manche Kinder müssen über Sonde ernährt werden und bedürfen zumindest nachts eines Atem- und Herzmonitors zur Überwachung.

Solche schwerwiegenden Funktionsbeeinträchtigungen machen eine unablässige Aufsicht und Pflege über das Ausmaß der motorischen und geistigen Beeinträchtigung hinaus notwendig. Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit ist bei solchen schweren Hirnschäden nicht zu erwarten. Eher ist mit einer Zunahme der sekundären Probleme der Spastizität zu rechnen, wie der Entwicklung weiterer Kontrakturen, wie Hüftluxation oder Wirbelsäulenverkrümmung. Im weiteren Leben ist deshalb auch mit schweren orthopädischen Korrekturoperationen zu rechnen. Gut gepflegte und liebevoll geförderte behinderte Kinder unterliegen per se keiner Verkürzung der Lebenserwartung. Gleichwohl kann eine Frühversterblichkeit im konkreten Fall wegen der Schwere der Behinderung und sich daraus ergebender Komplikationen nicht sicher ausgeschlossen werden. Dies ändert indes nichts an der Notwendigkeit, das Bauvorhaben auch mit Blick auf das Erwachsenenalter zu konzipieren, da nicht generell von einer Frühversterblichkeit im Kindesalter auszugehen ist.

Schwer mehrfach behinderte Kinder und Erwachsene können u. a. nicht gehen, nicht stehen, nicht selbständig sitzen, sich nicht selbständig umdrehen, nicht sprechen, keine Wünsche äußern, nicht selbständig essen und trinken, tun sich schwer mit dem koordinierten Schlucken, sind inkontinent und benötigen daher Windeln, können die normale Körperhygiene nicht selbst erledigen, können mit Händen, Füßen und Rumpf nichts sinnvolles anfangen, sind nicht in der Lage, sich selbständig zu recken und zu strecken, sich zu waschen, die Zähne zu putzen und sich zu kämmen, können sich Kleidung und Schuhe nicht selbst an- und ausziehen, Gleichgewichts-, Greif- und Haltefunktionen sind verlorengegangen, Abstütz- und physiologische Ausgleichsbewegungen sind nicht vorhanden, die Grob- und Feinmotorik ist erheblich gestört. Häufig leiden diese Kinder unter cerebralen Anfällen, die eine ständige, 24-stündige Betreuung erfordern. Schreianfälle sind keine Seltenheit. Die Erfahrung mit behinderten Kindern zeigt, dass diese außerordentlich anhänglich sind und viel mehr körperliche Zuwendung benötigen, als gesunde Kinder. Die soziale Integration in die

Familie, so wie bei einem nichtbehinderten Kind im entsprechenden Reifealter, ist unabdingbar. Ein solches Kind muss von der Betreuungsperson ständig im Auge behalten werden. Weitere Problemfelder sind oft enorme Probleme mit dem Ein- und Durchschlafen, Angstzuständen, Lichtempfindlichkeit, spastische Verformungen der Gliedmaßen, Störungen des Gleichgewichtsempfinden, Hüftgelenksluxationen, Durchblutungsstörungen an Händen und Beinen und Unterkühlung. Für die Notwendigkeit und Dimensionierung eines Aufzuges ist es notwendig und wichtig, abzuschätzen, ob bei zukünftiger Entwicklung das Kind (Erwachsener) eventuell nicht mehr sitzend, sondern liegend bzw. halb liegend/halb sitzend transportiert werden muss. Sollte diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden können, muss die Aufzugskabine danach ausgerichtet werden, da ein Umbau später nicht mehr möglich ist.

## **2. Konsequenzen für die Wohnraumgestaltung**

Aus den oben genannten, nicht vollständig aufgezählten Problemen ergibt sich, dass das Wohnumfeld entsprechend den Bedürfnissen konzipiert werden muss. Die Schwere der Behinderung erfordert eine Wohnungerschließung mindestens nach DIN 18025, Teil 1, in vielen Fällen sind den speziellen Bedürfnissen angepasste Abweichungen notwendig. Wegen der extremen zeitlichen Zuwendung der Mutter oder der pflegenden Person gegenüber dem behinderten Kind sollte (muss!!) darauf geachtet werden, dass nicht nur einzelne Räume oder Bereiche behindertengerecht ausgestattet sind, sondern das Haus oder die Wohnung als Gesamtheit gesehen wird. Durch eine Multifunktionalität der Räume und durch eine behindertengerechte Planung, die stark auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des behinderten Kindes ausgelegt ist, besteht die Möglichkeit, das behinderte Kind in sämtliche Aktivitäten der Familie einzubeziehen, unabhängig davon, in welchen Räumen sich diese innerhalb der Wohnung abspielen. Wenn mehrere Kinder in der Familie sind ist klar, dass die Eltern sich mit dem behinderten Geschwisterteil nicht in speziell dafür vorgesehene Bereiche zurückziehen müssen, sondern sich innerhalb des Hauses bzw. der Wohnung durch die Möglichkeit, die eine behindertengerechte Ausstattung bietet, allen Kindern gleichzeitig widmen können müssen (vgl. LOE, S. 27, oben rechts).

## **II. Konkrete Anforderungen an das behindertengerechte Wohnumfeld**

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die bestehenden DIN-Normen für behindertengerechten Wohnraum bestenfalls einem Beitrag zum integrierten Wohnen leisten, ausreichend sind sie jedoch aus schadensrechtlicher Sicht in der Regel nicht, da zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der Behinderten und ihre Pflegepersonen eingegangen wird. Die DIN-Normen stellen lediglich Mindestanforderungen für öffentlich geförderten Wohnraum dar, nicht mehr und nicht weniger. Haftungsrechtlich ist aber der Schaden konkret zu berechnen und in dem oben allgemein und im Weiteren noch zu beschreibenden erforderlichen Umfang zu befriedigen. Schon gar nicht maßgeblich im Schadensrecht sind Regelungen aus dem Sozialrecht oder statistische Bezugsgrößen, wie sie häufig von Haftpflichtversicherern der Schädiger in Anspruch genommen werden.

### **1. Außenanlagen**

In der DIN 18025, Teil 1, wird eine grundsätzliche Erreichbarkeit des Hauseinganges – ohne Niveauunterschiede gefordert, so dass eine stufenlose Erschließung gewährleistet werden kann (LOE/OPU S. 57).

Das Längsgefälle des Gehweges darf höchstens 6 % betragen. Der Abfluss des Oberflächenwassers ist zu berücksichtigen. Unter Umständen sind am Ende des Gefälles Entwässerungsrinnen notwendig (ST. S. 282). Die zur Sickerung des Regenwassers notwendige Querneigung des Gehweges darf 2 % nicht überschreiten (LOE/POU, S. 61 und ST S. 425, DIN 18025, Teil 1).

Da in der Regel spätestens mit Erreichen des Kindergartenalters mit täglichem Behindertentransport zu rechnen ist, ist dieser Vorbereich so zu bemessen, dass der Transfer der Behinderten in den Transporter und umgekehrt reibungslos und wettergeschützt erfolgen kann (LOE/POU, S. 71), d. h. Garage mit gedecktem Zugang zum Hauseingang (ST S. 84). Darüber hinaus sollte der Zugang gut beleuchtet sein (LOE/POU, S. 71).

Auch für Rettungswagen oder für den Notarzt kann eine gut beleuchtete Hausnummer mit grober Beschriftung eine wesentliche Erleichterung hinsichtlich der Auffindbarkeit bieten (LOE/POU, S. 71).

Für jede Wohnung ist ein wettergeschützter PKW-Stellplatz oder eine Garage vorzusehen. Die Bewegungsfläche vor einer Längsseite des Kraftfahrzeuges sollte mindestens 1,50 m tief sein (ST S. 424, DIN 18025, Teil 1, Punkt 6. 6.).

Neben den üblichen PKW-Stellplätzen muss auch das Problem der Stellplätze für die häufig genutzten „Behindertenmobile“ erwähnt werden. Hier sind PKWs mit seitlichem Einstieg und rückwärtigem Einstieg zu unterscheiden. Der Einstieg erfolgt über Rampe oder Hebebühne, selten ist auch die Absendung des Heckbereiches möglich. Werden private Garagen geplant, müssen entsprechend zusätzliche Bewegungsflächen berücksichtigt werden (LOE/POU, S. 72, 73).

Ein weiteres Problem für das Wohnen mit behinderten Kinder ist, dass grundsätzlich immer ein Fahrzeug vorhanden sein muss, welches jederzeit zum Transport des Kindes zur Verfügung steht, so dass in vielen Familien zusätzlich zum Familienwagen noch ein weiteres Fahrzeug erforderlich wird. Demzufolge werden auch oftmals mindestens zwei PKW-Stellplätze für die Wohnung benötigt (LOW, S. 59).

Der Weg zur Wohnung sollte kurz und wettergeschützt sein. In der DIN 18025, Teil 1, wird eine grundsätzliche Erreichbarkeit des Hauseinganges – ohne Niveauunterschiede – gefordert, so dass eine stufenlose Erschließung aller Wohnungen gewährleistet werden kann. Der Gebäudezugang muss überdacht sein und eine Mindestbreite von 1,50 m haben (LOE, S. 60).

Die Bewegungsfläche muss mindestens 1,50 m breit sein zwischen Wänden außerhalb der Wohnung (DIN, Pkt. 3.3.). Für jeden Rollstuhlbenutzer ist ein Rollstuhlabbstellplatz vorzugsweise im Eingangsbereich des Hauses oder vor der Wohnung zum Umsteigen vom Straßenrollstuhl auf den Zimmerrollstuhl vorzusehen. Der Rollstuhlabbstellplatz muss mindestens 190 cm breit und mindestens 150 cm tief sein (DIN Pkt. 3.2).



## 2. Wohnräume

Wie bereits oben ausgeführt, ist das Zusammenleben in einer Familie mit einem behinderten Kind (und später Erwachsenen) hinsichtlich der Funktion, Ausstattung und Einrichtung sämtlicher Bereiche der Wohnung zu berücksichtigen. Hierbei ist aus meiner Sicht zwingend der Beistand einer entsprechend ausgebildeten Pflegegutachterin und eines spezialisierten Architekten erforderlich.

Beim Einsatz von technischen Hilfsmitteln bei der Pflege und Betreuung von schwerstmehrfachbehinderten Kindern ist zu beachten, dass der Arbeits- und Kraftaufwand für die Betreuer minimiert, d. h. auch erträglich wird. Worauf es hier in erster Linie ankommt ist, dass ein ergonomisch sinnvoller Arbeitsprozess gewährleistet wird, wodurch das „Handling“ optimiert werden kann. Dies erfordert eine fallspezifische Auseinandersetzung mit der Grundrisskonzeption und –disposition des Bauvorhabens. Die Möblierung der Bereiche Kinderzimmer und Sanitärraum sollte soweit wie möglich im Zusammenhang geplant werden, d. h. dass funktional günstige Zu- und Anordnungen der Funktionsbereiche gesucht werden müssen. Auch die Kenntnis der spezifischen Gewohnheiten von Betreuern sollte mit in die Planung eingehen. So kann z. B. ein Linkshänder in einer Küche oder in einem Bad, welche für die üblichen Arbeitsvorgänge und –abläufe von Rechtshändern konzipiert wurden, nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen arbeiten.

Bei der Beschäftigung von externen Betreuern ist zu beachten, dass zur optischen und akustischen Abgrenzung der Privatsphäre zu anwesenden Betreuern und hin und wieder anwesenden Therapeuten entsprechend einzelne, durch Wände abgegrenzte Zimmer (Küche, Esszimmer, Wohnzimmer etc.) geplant werden.

**a)** In Familien mit mehreren Kindern sollten mit Rücksicht auf alle Geschwisterteile, d. h. Behinderte und Nichtbehinderte, getrennte **Kinderzimmer** vorgesehen werden. Die Anforderungen behinderter und nichtbehinderter Kinder laufen in verschiedenen Bereichen nicht synchron, wodurch ein Konsens nur schwer zu finden sein dürfte. Das Kinderzimmer des mehrfach behinderten Kindes ist in besonderem Maße allein auf dessen Ansprüche und Anforderungen hin ausgerichtet, d. h. dass durch die

Wahl von Ausstattung und Einrichtung auf die persönlichen Bedürfnisse des mehrfach behinderten Kindes individuell eingegangen werden muss.

Für die Möblierung von Zimmern für behinderte Kinder ist zum einen die Alters- und Entwicklungsstruktur des Kindes maßgebend, zum anderen ist auch der erforderliche Pflege- und Betreuungsaufwand ein entscheidender Faktor. Sinnvoll ist auch für die Wahl der geeigneten „Wohnatmosphäre“ entsprechende Erfahrungen der Kinderpsychologen einzubringen.

Bei der Gestaltung des Kinderzimmers für das behinderte Kind sollte zusätzlich zu den rein pflegerisch/betreuerischen Aspekten mitberücksichtigt werden, dass nach Möglichkeit auch dem behinderten Kind sein „persönlicher Raum“ zugebilligt wird.

Das Bett sollte etwa die Größe von 1,40 m – 1,80 m x 2,00 m haben. Durch eine solche Dimensionierung besteht die Möglichkeit, dass das Kind direkt nach dem Aufwachen spielerisch schon erste Bewegungsübungen durchführen kann und ein Elternteil sich zu dem Kind legen kann. Gerade behinderte Kinder haben ein besonders starkes Hautkontaktbedürfnis.

Ratsam wäre auch am Kopfende des Bettes für ausreichende Elektroinstallation zu sorgen, um Anschlüsse für medizinische Geräte, Babyphon, Notruftaste etc. zu ermöglichen (LOE, S. 35).

Zur Aufbewahrung von Spielsachen sollten im Kinderzimmer ebenfalls unterfahrbare Schränke vorgesehen werden (LOE, S. 35).

Im Kinderzimmer sollte ein Spielbereich ausgewiesen werden, der dem mehrfachbehinderten Kind auch auf dem Boden liegend erlaubt, sich zu entfalten.

Individueller Wärmebedarf muss bei bestimmten Behinderungen oder Einschränkungen für 365 Tage im Jahr erfüllbar sein, eventuell durch Zusatzheizung.

**b)** Bei der Betrachtung der räumlichen **Anordnung und Ausstattung von Sanitärräumen** wird in der DIN-Normung grundsätzlich zwischen Bädern für Wohnungen für Rollstuhlbenutzer und barrierefreies Wohnen unterschieden, wobei hier bei der Gestaltung des Sanitärraumes von einer relativen Selbständigkeit des Behinderten aus-

gegangen wird. Für Sanitärräume, die überwiegend als „Pflegebäder“ genutzt werden, gelten von der DIN abweichende Anforderungen.

Was die Anzahl von Sanitärräumen in einer Wohnung anbelangt ist es erforderlich, in einem Haushalt von mehr als drei Personen einen separaten Sanitärraum für das behinderte Kind vorzusehen.

Hinsichtlich der Raumzuordnung ist die geeignetste Lösung, wenn der Individualbereich des behinderten Kindes und der Sanitärraum sich in direkter Nachbarschaft befinden, da im Falle eines intensiven Betreuungsaufwandes die Wegebeziehungen für die Betreuer enorm gekürzt werden können (LOE, S. 36, 37).

Bei der behindertengerechten Ausstattung des Bades ist weiter zu berücksichtigen, dass der Waschtisch in Form und Größe die Bedingungen des erforderlichen Handlings erreicht, damit die hilfeleistenden Personen auch vernünftig mit den behinderten agieren können. Dazu gehört natürlich auch die Unterfahrbarkeit des Waschtisches. Hinsichtlich der Waschtischarmatur muss ebenfalls die Anordnung und Funktion behindertengerecht sein. Insbesondere der Duschplatz muss so ausgestattet sein, dass er unter Umständen auch mit einer Duschiage benutzt werden kann. Eine der schwierigsten Aktivitäten für Behinderte ist das Bad in der Wanne. Bei der Konzeption von Pflegebädern ist immer für eine optimale Arbeitserleichterung aus ergonomischer Sicht zu sorgen. Wichtigste Voraussetzung für die Konzeption der Badewanne ist die 3-seitige Zugänglichkeit. Auf diese Weise wird z. B. für den oder die Betreuer möglich, das Kind oder Erwachsenen von allein Seiten zu waschen, besonders wichtig bei der Kopfwäsche, da das Kind keine aktive Hilfestellung leisten kann. Kinder, die wegen Darm- und Blasenlähmung inkontinent sind, müssen von den Betreuern täglich mehrmals gewickelt werden. Da im Allgemeinen die Windeln morgens das erste mal vor dem Baden oder Duschen gewechselt werden, sollte ein ausreichend groß dimensionierter Wickeltisch im Badezimmer vorgesehen werden. Der Transfer des Kindes zum Badezimmer sollte so einfach wie möglich gestaltet werden. Deshalb sollte das behindertengerechte Badezimmer in räumlicher direkter Nachbarschaft zum Zimmer des Behinderten liegen. Bewehrt haben sich insofern auch Lifte, die die Verbindung vom Zimmer zum Bad herstellen, so dass das Kind direkt vom Bett aufgenommen und in den Sanitärraum verbracht werden kann. Das Kind kann dann in die Badewanne abgelassen und wieder herausgehoben werden etc. Hier sollten spezialisierte Firmen angefragt werden, die solche Hilfsmittel produzieren.

**c)** Der **Essplatz** ist der eigentliche Familienraum und Kommunikationsbereich innerhalb einer Wohnung. Anhand verschiedener Nutzungsuntersuchungen geht hervor, dass die aktive Betätigung der Familienmitglieder mit- und untereinander im Essbereich stattfindet.

Der Familientisch muss ausreichend dimensioniert werden, damit das behinderte Kind auch Freunde, die evtl. ihrerseits auch auf den Rollstuhl angewiesen sind, hier empfangen kann und diese spielen können (Tischgröße 1,30 m x 0,90 m innerhalb eines Allraums mit Mindestgröße von 12,75 m<sup>2</sup> – LOE, S. 78).

**d)** Für Wohnungen, in welchen schwerstmehrfachbehinderte Kinder wohnen, die sich im Wesentlichen nicht selbständig fortbewegen können und zudem nicht greiffähig sind, ist es im Allgemeinen nicht erforderlich, die **Küche „behindertengerecht“** auszuführen. Es ist allerdings mindestens dafür zu sorgen, dass sich das behinderte Kind zusammen mit seiner Bezugsperson in der Küche aufhalten kann.

Sinnvoll ist eine günstige Beziehung zwischen der Küche und Allraum, damit der/die Betreuer/in die Tätigkeit des behinderten Kindes überwachen kann.

**e)** Für Wohnungen, in welchen ein behindertes Kind wohnt, muss der **Wohnbereich** so bemessen werden, damit das behinderte Kind auch hier evtl. ebenfalls behinderte Freunde empfangen kann.

Für kleine behinderte Kinder muss die Möglichkeit bestehen, dass sie sich z. G. mit Rollbrettern und ähnlichen technischen Hilfen bewegen können. Des Weiteren sollte ein kleiner Liege- und Spielbereich in Blickbeziehung zu den Erwachsenen vorhanden sein.

Beispiel: Wohnzimmer für einen 4-Personen-Haushalt und einen Pfleger. Ist das behinderte Kind so pflegebedürftig, dass ein Pfleger in den Haushalt aufgenommen werden muss, ist der Wohnraum, ähnlich wie der Essbereich, für eine zusätzliche Person (als Familienmitglied) zu bemessen.

Für das Kind sollte im Wohnbereich eine Liege- bzw. Spielfläche vorhanden sein. Dieser Bereich sollte so an die Sitzecke angegliedert sein, dass ein optischer Bezug zwischen Eltern/Betreuer und Kind gegeben ist.

f) Muss das Kind aufgrund des Krankheitsbildes ständig beobachtet bzw. betreut werden und findet die Pflege und Betreuung nicht oder nur teilweise durch Familienmitglieder statt, so ist für die Pfleger ein separates Zimmer (Bereitschaftszimmer) erforderlich. Das **Bereitschaftszimmer** sollte die Möglichkeit bieten, dass zwischen dem Pfleger oder Zivildienstleistenden zu dem behinderten Kind tagsüber und nachts akustisch und optischer Kontakt besteht.

Die nächtliche Überwachung kann aus unterschiedlichen Gründen notwendig werden. Je nach Krankheitsbild kann das behinderte Kind unter Krampfanfällen bzw. epileptischen Anfällen leiden, diese Anfälle müssen rechtzeitig behandelt werden. Je nach Schweregrad ist ein ärztliches Eingreifen lebensnotwendig.

Ein weiterer Faktor, der ein Bereitschaftszimmer erforderlich macht, ist eine häufige Umlagerung des schlafenden Kindes.

Aus hygienischen Gründen und zur Wahrung der Intimsphäre der Familie sollte den Pflegern und Betreuern im Zusammenhang mit dem Bereitschafts- und Betreuerzimmer im Erdgeschoss ein kleines WC mit Waschbecken zur Verfügung stehen.

g) Das **Elternschlafzimmer** sollte zumindest ausreichend dimensioniert sein, damit sich das behinderte Kind hier aufhalten kann. Schließt die Pflege und Betreuung des behinderten Kindes eine nächtliche Überwachung des Kindes seitens der Eltern mit ein, sollte das Elternschlafzimmer aus einem „Schlafbereich“ und einem „Aufenthaltsbereich“ bestehen, die jeweils wiederum behinderungsgerecht gestaltet sein müssen. Die Größe der Räume ist von dem Grad der Behinderung des Kindes unabhängig.

Im Obergeschoss ist ebenfalls darauf zu achten, dass auch die Normalzimmer, d. h. die Kinderzimmer für die gesunden Geschwister des behinderten Kindes, so bemessen sind, dass sich das behinderte Geschwisterkind hier gemeinsam mit seinen gesunden Geschwistern aufhalten kann. Daher müssten diese ebenfalls behindertengerecht ausgestaltet sein. Das Gleiche gilt für das Normalbadezimmer. Auch dieses muss vom behinderten Kind befahren werden können mit den entsprechenden Ab-

standsflächen zu den Einrichtungen, z. B. wegen der Betreuung bei Anfällen etc. Ein vorhandenes Gästezimmer muss ebenfalls vom Geschädigten befahren werden können mit den entsprechenden Abstandsflächen. Sinnvoll ist es, im Obergeschoss auch einen Abstellraum für den Rest von technischen Hilfsmitteln zu konzipieren. Der Hauptteil der technischen Hilfsmittel sollte im Erdgeschoss untergebracht sein. Natürlich ist auch im Erdgeschoss dann dafür ein entsprechender Raum vorzusehen. Falls sich im Obergeschoss ein Arbeitszimmer befindet, muss auch dieses entsprechend obigen Ausführungen vom Behinderten befahren werden können.

**h)** Für hirngeschädigte Kinder wird im allgemeinen nach der Diagnose einer Schädigung ein Therapiekonzept aufgestellt, welches durch wechselseitige Unterstützung von Krankengymnasten und Eltern sowie ggf. auch unter Beteiligung anderer Therapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten usw.) durchgeführt werden muss. Ziel dieser Therapien ist der Ausgleich bzw. Beseitigung der Bewegungsstörung in Folge der Gehirnverletzung. Da diese Therapien auch mit Unterstützung der Eltern durchgeführt werden müssen, muss in der elterlichen Wohnung eine geeignete Fläche für die Behandlung und für die benötigten Hilfsmittel vorgesehen werden.

### **III. Medizinisch-technische Hilfsmittel**

**1)** Häufig muss für das behinderte Kind ein Aufzug installiert werden. Dafür muss ein entsprechender Maschinenraum im Keller vorgesehen werden.

Im Keller kann auch ein sogenannter nasser Therapieraum installiert werden. Hier handelt es sich im Wesentlichen um die Schaffung eines **Therapiebeckens**.

Im warmen Wasser wirken auf die Kinder eine Anzahl von unterschiedlichen Reizen ein. Als besonders wichtig werden zwei Basalreize angesehen – kutane und kinästhetische Reize. Für kutane Reize, welche über die Haut erfolgen, sind die Voraussetzungen bei einer Warmwasser-Therapie optimal. Durch die Bewegungen des Wassers im Therapiebecken werden die taktilen Reize verstärkt, Hautberührungen werden durch das Medium Wasser intensiver empfunden. Unter kinästhetischen Reizen wird das Bewegungsgefühl ganz allgemein verstanden. Bei der Warmwasser-Therapie wird speziell das Gleichgewichtsgefühl sowie das Muskelspiel, aber auch

Sinneseindrücke, die sich im Sehen ausdrücken, gefördert. Das warme Wasser ermöglicht dem Kind seine Körperwahrnehmung und die Motorik zu bessern sowie den Muskeltonus zu regulieren. Neben diesen aufgeführten Basalreizen kommen zusätzlich noch akustische, thermische, chemische sowie optische Reize zur Wirkung. Positive Auswirkungen sind zusätzlich bei Herz- und Kreislauf und Atmung zu verzeichnen.

Jedoch ist ein weitaus wichtigerer Aspekt, dass für Kinder das Schwimmen und Spielen im Therapiebecken ein außerordentliches Glücksgefühl darstellt, was sich auf die allgemeine Lebenssituation sehr positiv auswirkt, wodurch auch eine Motivation zu weiteren Therapien erreicht werden kann.

Durch die physikalischen Gesetze des Auftriebes und der Schwerkraft in Verbindung mit dem Element Wasser kann das mehrfachbehinderte Kind durch geringe Körperpositionsänderungen Lageveränderungen ermöglichen. Zur Erhaltung des Gleichgewichtes werden sofortige Steueraktionen des Kindes verlangt. Für Kinder, die nicht in der Lage sind, über die Füße das Gleichgewicht zu halten, besteht im Wasser eine Möglichkeit, dies über die Kopfhaltung zu erreichen. Sie erlangen dadurch im Wasser eine Mobilität, die ihnen außerhalb des Wassers nicht möglich ist.

Die Mindestgröße eines Therapiebeckens sollte 5,00 m x 3,00 m nicht unterschreiten. Das Becken sollte von zwei Seiten aus zugänglich sein. Mit 1,50 m bzw. 1,30 m Verkehrsfläche entlang des Therapiebeckens sind die notwendigen Bewegungsräume für den Rollstuhlfahrer wie auch für den Therapeuten berücksichtigt.

Zur Aufbewahrung von Hilfsmitteln empfiehlt es sich, einen Abstellraum an den Therapiebeckenbereich direkt anzuschließen. Ebenso sollte ein Sanitärraum, ausgestattet mit Dusche, Toilette und Waschbecken angegliedert werden. Auch sollten Flächen für eine Umkleidezone bzw. Umkleideraum vorgesehen werden, da dem Kind schwer zugemutet werden kann, über den Auszug durch die kühleren Zonen der Wohnung bereits umgekleidet zum Therapiebecken gebracht zu werden, da behinderte Kinder sehr kälteempfindlich sind und dieser Weg aus dem Kinderzimmer, wo dann das Kind meist umgekleidet wird, bis zum Schwimmbecken zu weit ist. Die Umkleidezone sollte eine Liege in ähnlicher Form wie einen Wickeltisch erhalten, auf dem das Umkleiden erfolgen kann.

Ein Deckenschienenlifter kann als Einstiegshilfe dienen. Des Weiteren wird durch diesen ermöglicht, dass die Bewegungsmöglichkeiten im Becken unterstützt wird.

Was bedeutet für das körperbehinderte Kind Bewegung im Wasser?

Zunächst bedeutet es Training des gesamten Bewegungs- und Stützapparates und Stimulation von Herzaktivität, Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel. Es kann Training der Beweglichkeit, der Geschicklichkeit und der Ausdauer bedeuten. Darüber hinaus können körperbehinderte Kinder durch Bewegung im Wasser eine Fülle von Erfahrungen sammeln, Erfahrungen in Bezug auf den eigenen Körper und die soziale Umwelt ...

Ziel: Förderung des emotionalen Bereiches: Auch ohne die Aussicht, jemals richtig das Schwimmen zu erlernen, beinhaltet das Baden, das Sichbewegen im Wasser so viel Freudvolles, wenn es unter richtiger Anleitung geschieht. Unter optimalen Bedingungen hat das Wasser einen hohen Aufforderungscharakter. Es weckt Neugierde, Phantasie, Spontaneität und Kreativität.

**2)** Es würde hier zu weit führen, die Vielzahl von technischen Möglichkeiten und Hilfsmitteln aufzuführen. Wichtig sind Hubbadewannen, Liftsysteme und spezielle Haustechnik. Türen müssen eine lichte Weite von mindestens 90 cm haben. Automatische Türen sollten dort verwendet werden, wo der Behinderte über die eigene Motorik nicht selbständig eine Tür öffnen kann. Ein Klick ins Internet zeigt, welche Vielfalt von Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Aus schadensrechtlicher Sicht muss nicht alles, was machbar ist, ersetzt werden, der Geschädigte muss sich aber auch nicht auf ein Mindestmaß oder Minimum beschränken. Entscheidend ist, was aus Sicht des Geschädigten und in diesem Fall der Betreuer bzw. Pflegepersonen sachgerecht ist. Hier kommt es auch auf die sozialen Aspekte in der Familie an. Architektur und soziale Interaktion müssen korrelieren.

#### **IV Ausblick**

Dass behinderte Kinder in der Regel von ihren Familien besser gefördert werden können als in einer Institution, wird heute allgemein anerkannt und vorausgesetzt. Diese Entwicklung entspricht auch den Tendenzen, behinderte Kinder in Regel-



Kindergärten und Regel-Schulen zu integrieren. Damit das Wohnumfeld nach Möglichkeit für alle weitgehend angenehm und konfliktfrei gestaltet werden kann, muss es so geplant werden, damit die Wohnbedürfnisse der einzelnen Bewohner optimal erfüllt werden können.

Die primäre und auf Dauer ausgelegte Planung des behindertengerechten Wohnumfeldes hilft auch, dem – insofern verständlichen - Drang der Eltern entgegenzuwirken, immer alles an Pflege selbst durchzuführen, ohne sich externe pflegerische Fachkompetenz zur Seite zu nehmen. Bei anerkannten geburtshilflichen Schäden oder sonstige Medizinschäden muss der Schädiger bzw. die hinter ihm stehende Haftpflichtversicherung die Kosten der externen Pflege brutto bezahlen. Das kann so weit gehen, dass 2 oder 3 Vollzeitkräfte rund um die Uhr ein schwerstbehindertes Kind betreuen und versorgen. Auch wenn die Kosten sich für eine solche aufwändige häusliche Pflege in Bereiche zwischen 15.000,00 € und 20.000,00 € pro Monat bewegen, kann nicht mit dem Argument, das Kind würde im Heim besser gepflegt, von den Eltern die Abschiebung ins Heim verlangt werden. Im Regelfall wird es so sein, dass eine Vollzeitkraft zu üblichen Stundenzeiten eingestellt wird (40 Stunden pro Woche). Natürlich ist der darüber hinausgehende Betreuungsaufwand der Eltern daneben marktadäquat zu bewerten und in Euro zu erstatten. Die rechtzeitige Herstellung der häuslichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme externer umfassender Pflege ist somit essentiell. Die Erfahrung mit einer Vielzahl insbesondere geburtshilflicher Schadensfälle zeigt, dass nach jahrelanger Pflege des behinderten Kindes im schlimmsten Fall ein sogenanntes Burn-out-Syndrom droht. Viele Eltern, insbesondere pflegende Mütter können nach vielen Jahren die Pflege nicht mehr leisten. Hier sollte rechtzeitig für externe Unterstützung gesorgt werden, denn das Kind hat nichts davon, wenn die Eltern sich total verschleißen. Bei der Schaffung behindertengerechten Wohnraumes sollte noch auf Folgendes hingewiesen werden:

Häufig bestehen Unsicherheiten, welcher Teil der Schadenssumme für den Hausbau oder Umbau verwendet werden darf. Abgesehen von dem konkreten schadensrechtlichen Anteil für den behindertengerechten Mehrbedarf des Hauses, der in der Regel in einer Größenordnung zwischen 100.000,00 € und 200.000,00 € liegt, kann für die Finanzierung oder Bezahlung des Hauses auch der Teil verwendet werden, der als marktadäquate Vergütung für die überobligatorische elterliche Pflege des behinderten Kindes (Mehrbedarfsrente) gezahlt wird. Dieser Anspruch besteht zwar in der

Person des Kindes, tatsächlich ist es aber so, dass naturgemäß die Eltern für ihre Leistung bezahlt werden, sie könnten diesen Mehrbedarf auch im eigenen Namen einklagen, sind somit aktivlegitimiert und berechtigt, mit dem Geld nach Gutdünken zu verfahren. Für den Fall einer in die Zukunft reichenden Kapitalisierung sind naturgemäß nur die kapitalisierten Beträge zum Zeitpunkt der Verwendung frei verwendbar, da die Pflege für die zukünftig kapitalisierten Beträge ja noch nicht angefallen ist. Das Schmerzensgeld als höchstpersönlicher Anspruch des Kindes kann nur dann verwendet werden, wenn dem Kind auch ein Korrelat im Grundbuch zugestanden wird, es also anteilig als Miteigentümer in Bezug auf die Gesamtsumme eingetragen wird. Keineswegs sollte z. B. das Schmerzensgeld des Kind voll zum Kauf eines Hauses verwendet werden, bei dem nur die Eltern als Käufer und Grundeigentümer ausgewiesen und ins Grundbuch eingetragen sind. Hier könnte unter Umständen aufgrund einer Kontrollmitteilung (Zahlung von Grunderwerbssteuer) das Finanzamt auf die Idee kommen, dass eine Schenkung des Kindes an die Eltern vorliegt, was zur Folge hat – wie schon passiert – dass den Eltern plötzlich ein Schenkungssteuerbescheid ins Haus flattert. Solche Verträge müssen dann zurückabgewickelt werden, was wieder mit erheblichen Kosten verbunden ist. Mit diesen wenigen Hinweisen auf die schuld-, sach- und rechtlichen Besonderheiten beim Hauskauf sind naturgemäß nicht umfassend und vollständig. Sie sollen an dieser Stelle lediglich die Sensibilität dafür wecken, dass nicht nach Zahlung einer bestimmten Schadensersatzsumme frei von den Eltern darüber verfügt werden kann, zumindest nicht in allen Teilen. Sobald die Planung im Wesentlichen fertig ist und ein ungefährender Kostenrahmen erkennbar wird, sollte demnach mit der Versicherung über den konkreten Schadensteil für das behindertengerechte Umfeld verhandelt werden, damit rechtzeitig fest steht, welcher Betrag in die Finanzplanung eingestellt werden kann. Darüber hinaus können die Mehrbedarfsrente, soweit sie angefallen ist, verwendet werden. Teile des Schmerzensgeldes können verwendet werden, da ein behindertengerechtes Wohnumfeld denknotwendig auch dem Kind einen gewissen Ausgleich für die entgangene Lebensfreude schafft, weil Kommunikation und Aktion im behindertengerechten Umfeld Konflikte vermeidet und eine entspannte Lebenssituation fördert.

### **Literaturverzeichnis (benutzte Literatur)**

„Wohnumwelt behinderter Kinder“, Verlag DAS BEISPIEL, Darmstadt, 1993, Prof. Dr.-Ing. Gerhard Loeschke (LOE)

„Wohnungsbau für alte und behinderte Menschen“, 2. Auflage, Verlag Kohlhammer 1996, Prof. Dr.-Ing. Gerhard Loeschke, Dipl.-Ing. Daniela Pourat (LOE/POU)

„Barrierefrei Bauen für Behinderte und betagte“, Verlagsanstalt Alexander Koch, 3. Auflage, 1. Nachdruck 1995, Prof. Dipl.-Ing. Axel Stemshorn (ST)

„Wohnen oder Barrieren“, Schriftenreihe des Reichsbundes – Folge 48 1992 (RB)

„Technische Hilfen für Behinderte“, Heft 4b – 2. Auflage 1995: LIFTER und UMSETZHILFEN, Bereich 150, STIFTUNG REHABILITATION (LUU)

„Wohnfibel für Behinderte“, Finanzhilfen, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit 1993 (WFB)

„Barrierefreie Wohnungen“, DIN 18025, Teil 1, Dezember 1992 (veraltet) (DIN)

„Das Band“, Zeitschrift des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. Nr. 3 – 4/90 (BAND)

„Schwimmspaß für Behinderte“, Ein Leitfaden für Behinderte, Eltern und Betreuer, 1983 Prof. Dr. Jürgen Innenmoser, Schwimmsport-Verlag Fahnenmann GmbH, 3205 Bockenem 1 (INNM)

Z. Krankengymnastik (KG) 34 (1982) Nr. 6, Nr. 7, Nr. 9, Nr. 10, Artikel von R. Schuster (SCHU)