

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P02-117

**Initiative zur Einrichtung einer „Enquête
der Heime“. Dokumentation einer Tagung
am 21.03.2002**

Beate Röttger-Liepmann, Elisabeth Hopfmüller
(Herausgeberinnen)

Bielefeld, Oktober 2002

Forschungsarbeitsgemeinschaft
„Menschen in Heimen“
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
an der Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Vorwort

Die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ der Universität Bielefeld ist eine Initiative von Wissenschaftlern, die sich seit einigen Jahren mit der Versorgung behinderter, chronisch psychisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in Heimen beschäftigt. Sie hat die Abgeordneten des Deutschen Bundestages aufgefordert, in der nächsten Legislaturperiode eine Heim Enquête-Kommission einzurichten. Der Aufruf wurde von insgesamt 20 namhaften Wissenschaftlern und Experten unterstützt.

Die Arbeitsgemeinschaft wirft die Frage auf, ob das Heimsystem in seiner jetzigen Form den Persönlichkeitsrechten und dem Anspruch des heutigen Menschen auf Individualisierung noch genügen kann. Sie fordert, das Heimsystem als solches auf den Prüfstand zu stellen. Den Unterstützern ist bekannt, dass die grundlegende Infragestellung des Versorgungssystems Heime zu einer lebhaften Auseinandersetzung aller Beteiligten und Betroffenen führt.

Mit der Vielzahl von Reaktionen, die die Arbeitsgemeinschaft auf ihren Aufruf erhalten hat, hatte sie dennoch nicht gerechnet. Offensichtlich hat sie mit der Versorgungssituation von Menschen in Heimen einen Problembereich angesprochen, der viele Menschen existentiell betrifft. Das sind zum einen die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen, Pflegende in stationären Einrichtungen, aber auch Verbände und Politiker. Die meisten Reaktionen waren positiv, andere haben sich vor allem kritisch mit dem Text der Aufforderung auseinander gesetzt. Außerdem besteht bei einigen Befürwortern die Befürchtung, dass eine Enquête-Kommission notwendige kurzfristige Reformen blockieren könnte, wieder andere wünschen sich gar eine Kommission, die sich mit der Gesamtversorgung Pflegebedürftiger, Behinderter und psychisch Kranker beschäftigt.

Die Initiative hat am 21.03.2002 zu einem Workshop in Bielefeld eingeladen. Etwa 250 Teilnehmer aus der Politik, den Behörden, der Wissenschaft, den Verbänden (Wohlfahrtsverbände, Berufs- und Interessensverbände) und aus der Praxis der psychiatrischen Versorgung, der Behinderten- und der Altenhilfe (Betroffene, Angehörige, Heimleiter, Pflegende, Beratungsstellen, Behindertenbeauftragte etc.) lieferten sich spannende Diskussionen. In verschiedenen Vorträgen wurden die Probleme der Versorgung noch einmal benannt:

Die Notwendigkeit einer Enquête-Kommission würde sich nicht stellen, wenn das Heimsystem nicht in einer Krise wäre. Fast alle an der Versorgung beteiligten Gruppierungen, die Bewohner, die Angehörigen, die Mitarbeiter und auch die Träger machen inzwischen öffentlich auf bestehende Missstände aufmerksam. Auch wenn sich die Positionen über das Ausmaß und die möglichen Ursachen unterscheiden, sind alle einig darin, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht.

In der Bundesrepublik lebten 1999 insgesamt 2.016.091 pflegebedürftige Menschen. Die meisten von ihnen wurden zu Hause, davon über 1 Million von ihren Angehörigen, versorgt. 573.211 pflegebedürftige Men-

schen lebten 1999 in Heimen. Die Versorgungsprobleme werden in Zukunft noch zunehmen, denn die Zahl der pflegebedürftigen und behinderten Menschen steigt aufgrund der steigenden Lebenserwartung an. Hochrechnungen ergeben, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 verdoppeln wird. Dagegen nimmt der Anteil der jüngeren Bevölkerung ab. Zusätzlich zu der Frage, wie die konkrete Versorgung in den Einrichtungen verbessert werden kann, ergeben sich weitere Probleme. Wer kann in Zukunft die Versorgung leisten und wie kann sie finanziert werden? Nach Meinung der Forschungsarbeitsgemeinschaft kann die Situation von Menschen in Heimen nicht zufrieden stellen. Ziel ist es, die Versorgungsprobleme politisch zu thematisieren und grundlegend aufzuarbeiten.

In der gegenwärtigen Versorgungssituation haben Heime eine große Bedeutung und sie werden in Zukunft aufgrund der demographischen Entwicklung einen noch größeren Stellenwert bekommen, wenn nicht ein Paradigmenwechsel in der Versorgung stattfindet. Dazu ist es notwendig, dass eine Diskussion um all diese Probleme beginnt, um Weichenstellungen für politische Entscheidungen aufzuzeigen. Zur Entwicklung neuer Lösungen ist das Heimsystem als solches auf den Prüfstand zu stellen. Nur so können Versorgungsformen gefunden werden, die auch besonders versorgungsbedürftige Menschen mit einbezieht. Dabei handelt es sich um einen langfristigen Prozess.

Die meisten betroffenen Menschen leben in ihrer häuslichen Umgebung. Das betrifft sowohl die psychiatrische Versorgung, als auch den Bereich der Alten- und Behindertenhilfe. Mit zunehmender Ambulantisierung unterliegen die Heime aber einem Bedeutungswandel. Es hat sich eine Gruppe von besonders schwierigen oder schwerstpflegebedürftigen Menschen gebildet, für die die derzeitige ambulante Versorgung nicht ausreicht und die deshalb auf eine stationäre Versorgung angewiesen ist. Besonders Pflegeheime sind zusehends weniger Stätte langjährigen Wohnens, sondern Orte der Pflege und Bewältigung meist schwerer chronischer Krankheiten. Sie erhalten immer mehr Hospizcharakter.

Heime sind schon in den letzten 25 Jahren ständigen Veränderungsprozessen unterworfen. So hat es erhebliche strukturelle und gesetzliche Erneuerungen gegeben. Die Bundesregierung hat erst in letzter Zeit neue gesetzliche Regelungen, wie z. B. das Pflegequalitätssicherungsgesetz, das Heimgesetz und das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz auf den Weg gebracht. Mit den neuen Gesetzen werden die Rechte der Bewohner erheblich gestärkt. Durch den Bewohnerwandel sind Pflegeheime aber grundlegend neuen Anforderungen ausgesetzt. Der derzeitige Personalschlüssel und die bisherigen Versorgungskonzepte sind nicht auf eine Konzentration schwerstpflegebedürftiger Menschen ausgerichtet. Es muss natürlich auch kurzfristig die Aufgabe des Gesetzgebers sein, hier Lösungen zu finden, damit die Rechte der Bewohner auch umgesetzt werden können. Die Reform- und Anpassungsbemühungen der letzten Jahre greifen jedoch zu kurz, da sie zu sehr an politischen und finanziellen Gesichtspunkten und zu wenig an den Veränderungen des Bedarfs orientiert sind. So betont Frau Prof. Dr. Schaeffer von der Universität Bielefeld (Institut für Pflegewissenschaft), dass es nicht nur darum gehen kann, die Versorgungs- und Pflegequalität zu erhöhen, vielmehr ist die Versorgung so zu gestalten,

dass auch am Ende des Lebens ein qualitativ hochwertiges Leben möglich ist. Dazu gehört auch der gesellschaftlich häufig tabuisierte Umgang mit Sterben und Tod.

In den Einrichtungen der Behindertenhilfe haben viele Reformen stattgefunden, die Angebote wurden in den letzten 20 Jahren stark ausdifferenziert. Nach wie vor aber werden behinderte Menschen noch in eine passive Rolle gedrängt und damit ihrer individuellen Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und ihrer Selbstbestimmung enthoben. Frau Dr. Lindmeier von der Universität Oldenburg fordert deshalb eine stärkere Lebensweltorientierung und individuellere Förderung. Es gilt, weitergehende Perspektiven auch für Menschen mit lebenslangem Unterstützungsbedarf zu entwickeln. „Niemand muss wegen Art und Ausmaß der Behinderung sein Leben in einer Institution verbringen, wenn entsprechende Hilfen vorhanden sind“ betont Herr Frevert von der Selbsthilfeorganisation „Selbstbestimmt Leben“.

Prof. Dr. Dr. Hirsch (DGGP) zeigt Missstände in Heimen auf. „Alle wissen davon, aber keiner spricht darüber“. Prof. Dr. Dr. Dörner (FAG) begründet den Ansatz der Forschungsarbeitsgemeinschaft, das Heimsystem insgesamt in Frage zu stellen. Er plädiert dafür, dass die Politiker und letztlich wir alle uns der eigentlichen Überforderung aussetzen müssen, die Gesellschaft vom Schwächsten her, also von unten herauf zu denken. Selbst wenn dann im Extremfall dabei herauskommen sollte, dass die doppelte Zahl von Heimplätzen notwendig sei, würde auch dies dem Ziel der Arbeitsgruppe entsprechen. Um den gesetzlich vorgeschriebenen Vorrang „ambulant vor stationär“ konsequent umzusetzen, sollte es die Aufgabe der Enquête-Kommission sein, in einer gemeinsamen Anstrengung aller an der Versorgung Beteiligten, die notwendigen Schritte zur Veränderung zu entwickeln.

Einigkeit besteht darin, dass das Thema Pflege und Heime ein wichtiges gesellschaftspolitisches Thema ist, das in der öffentlichen Diskussion mehr Beachtung verdient. Der Umgang mit den Schwachen zeigt nach Ansicht von Frau Gemkow (CDU, MDL) das soziale Gesicht einer Gesellschaft. In NRW wurde bereits auf Antrag der CDU eine Enquête zur Zukunft und Situation der Pflege eingerichtet. Die Vertreter der Wohlfahrtsverbände (Herr Jüttner, DPWV, und Frau Löhken-Mehring, AWO) betonen, dass mit einer Beschreibung der Problemsituation in Heimen nicht die Mitarbeiter diffamiert werden dürfen, die hoch motiviert sind. Die Probleme in Heimen seien vor allem strukturell und funktional bedingt.

Bei der Frage, welche Schritte für eine Verbesserung der Situation gegangen werden müssen, kristallisieren sich folgende Punkte besonders heraus: Die professionell stationären und ambulanten Sorgeangebote müssen überprüft und flexibilisiert werden. Dazu müssen nach Ansicht von Frau Sennewald (Ministerium für Schule, Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung NRW) Strukturen entwickelt werden, die die individuellen Wünsche der Menschen stärker berücksichtigen. Es gilt, das Sorgepotential der familiären Netzwerke zukunftsfähig zu machen und das bürgerschaftliche Engagement zu stärken. Dazu sind nach Meinung von Frau Knebel (Alzheimer Gesellschaft) abgestufte Versorgungsangebote, z. B. familienähnliche Wohngemeinschaften und die Einbeziehung der Ange-

hörigen, therapeutische Angebote, eine angemessene fachärztliche Versorgung, die Qualifizierung der Mitarbeiter und ein entsprechender Personalschlüssel notwendig. Aus Sicht der Wohlfahrtsverbände ist es notwendig, die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen Pflege geleistet wird, in den Blick zu nehmen und konkrete Vorschläge zu erarbeiten. Ziel ist es, eine handlungsfähige Enquête-Kommission zu bilden, die kurz-, mittel- und langfristige Ziele und deren Umsetzungsmöglichkeiten klar formuliert. Trotz einiger Meinungsverschiedenheiten wollen alle die Versorgungssituation behinderter, psychisch kranker und pflegebedürftiger Menschen nachhaltig verändern.

Eine Veränderung ist aber nur möglich, wenn bei allen Beteiligten das notwendige Problembewusstsein entsteht. In der abschließenden Diskussion wurde deutlich, dass sich die meisten Teilnehmer einen Diskussionsprozess wünschen, in den möglichst viele Menschen und Institutionen einbezogen sind. Dabei ist es notwendig, dass die einzelnen Versorgungsbereiche trotz vieler gemeinsamer Probleme differenziert behandelt werden. Einige Teilnehmer nehmen den Aufruf zum Anlass, in ihrer Region oder ihrem Arbeitsbereich Arbeitsgruppen zu bilden, die sich mit diesen Problemen beschäftigen.

In der vorliegenden Dokumentation werden zunächst die Redebeiträge der einzelnen Referenten vorgestellt. Die dann abschließende Diskussion wurde von uns aufgezeichnet und redaktionell überarbeitet, damit die einzelnen Beiträge für den Leser besser verständlich sind.

Unser Dank gilt der Forschungsarbeitsgemeinschaft sowie der Unterstützergruppe „Menschen in Heimen“ und nicht zuletzt der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft für die vielfältige Unterstützung.

Beate Röttger-Liepmann
Klaus Hurrelmann
Elisabeth Hopfmüller
Doris Schaeffer

Inhalt

Vorwort

1.	Referate einzelner Unterstützer der Initiative	3
1.1	Vorstellung der Initiative „Enquête der Heime“ Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Dr. Elisabeth Hopfmüller, Beate Röttger-Liepmann (Forschungsarbeitsgemein- schaft „Menschen in Heimen“)	3
1.2	Stellungnahme zur Initiative „Enquête der Heime“ unter Berücksichtigung der Situation von Menschen mit Behinderung Dr. Bettina Lindmeier (Institut für Erziehungswissen- schaft der Universität Oldenburg)	9
1.3	Stellungnahme zur Initiative „Enquête der Heime“ aus Sicht der gerontopsychiatrischen Versorgung Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch (Deutsche Gesell- schaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie)	23
1.4	Statement zur aktuellen Situation der (Alten-)Heim- versorgung aus gesundheits- und pflegewissenschaft- licher Sicht Prof. Dr. Doris Schaeffer (Institut für Pflegewissen- schaft an der Universität Bielefeld)	33
2.	Streitgespräch zur Errichtung einer „Enquête der Heime“ Moderation: Marion Förster, Gesundheitsjournalistin	40
	Pro- und Contra-Stellungnahmen	
2.1	Ulrike Knebel 2. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft	40
2.2	Cornelia Sennewald Ministerium für Schule, Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung, NRW	44
2.3	Dr. Eberhard Jüttner Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände; Stellvertretender Vorsit- zen der des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes	47
2.4	Gertrud Löhken-Mehring Abteilungsleiterin AWO Bezirksverband Westliches Westfalen	51
2.5	Uwe Frevert Interessenvertretung „Selbstbestimmt leben“ in Deutschland	55

2.6	Angelika Gemkow Seniorenpolitische Sprecherin der CDU Landtagsfraktion	60
3.	Offene Diskussion Moderation: Marion Förster	64
4.	Abschlussdiskussion Moderation: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann	84
5.	Teilnehmerliste	85
	Anhang: Aufforderung an den Deutschen Bundestag	

1. Referate einzelner Unterstützer der Initiative

1.1 Vorstellung der Initiative „Enquête der Heime“ Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Mit dem Text der „Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur ‚Enquête der Heime‘ einzusetzen“, verfolgen wir im Kern ein Ziel, dessen auch nur annähernde Verwirklichung die Gesellschaft insgesamt weiterentwickelt. Dies möchten wir im Folgenden in 12 Perspektiven entfalten, um die Spannweite des mit unserem Vorschlag sich öffnenden Diskursraumes deutlich zu machen.

1. Unsere „Aufforderung“ will die Institutionalisierung von Behinderten und Pflegebedürftigen, also die Massenhaltung von Menschen, vom Grundsatz her in Frage stellen, schon weil nur dadurch der schon so lange von allen geforderte Paradigmenwechsel von den stationären zu ambulant-kommunalen Hilfen sowie die Garantie, dass kein Bürger auch nur einen Tag ohne absolute Notwendigkeit und damit zu Unrecht institutionell lebt, erreichbar ist.
2. Die „Aufforderung“ will diese grundsätzliche Infragestellung dadurch erreichen, dass auf den Prüfstand gestellt wird, ob und in welchem Umfang die Institutionalisierung von Menschen historisch notwendig, moralisch verantwortbar, fachlich begründbar, ökonomisch bezahlbar und politisch gewollt ist.
3. Die „Aufforderung“ will die Abgeordneten des Bundes und der Länder und damit auch uns alle der unendlichen, unmöglichen, aber eigentlich nur demokratischen Überforderung aussetzen, die Gesellschaft nicht von oben herab, sondern unten herauf und damit vollständig wahrzunehmen. Das heißt, die Gesellschaft nicht mehr von der „Sozialen Frage“ her zu denken (= Was machen wir mit dem „Rest“, was haben wir übrig für den „Rest“, für die, die nutzlos, unbrauchbar, überflüssig, Ballast sind, die nicht für sich sprechen und sorgen können?), sondern die Gesellschaft umgekehrt vom Schwächsten, Verletzbarsten, Schutzlosesten her, vom Anderen als dem Letzten (und das sind nun mal, von den Obdachlosen abgesehen, systematisch die Heimbewohner) her zu denken und zu gestalten.
4. Für die Unmöglichkeit, aber spätestens heute auch Unvermeidbarkeit dieser Überforderung nur ein Beispiel: Jeder von uns empört sich zu Recht, wenn ein Mensch z. B. im Rahmen einer Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik auch nur einen Tag zu Unrecht in seiner Freiheit eingeschränkt wird. Aber keiner von uns hat die Fähigkeit, darunter zu leiden, oder die Kraft der Empörung darüber, dass eine unbekannte Zahl, sicher zehntausend, vielleicht hunderttausend Bürger in Heimen ohne fachlichen Grund und ohne Recht in wesentlichen Freiheitsrechten eingeschränkt sind – und zwar nicht für Tage, sondern Jahre, Jahrzehnte oder lebenslanglich.

Das liegt auch daran, dass seit etwa 200 Jahren keiner von uns gewohnt ist, das Ganze vom Letzten, bei dem es sich am wenigsten lohnt, z. B. von einem einzigen, konkreten Heimbewohner und seiner unerlaubten Rechtseinschränkung, her zu denken und sich davon so berühren, ergreifen zu lassen, dass er nicht mehr schlafen kann.

Allerdings gewinnt eine solche Schlaflosigkeit zunehmend an Chancen, indem wir uns z. B. der Forderung der feministischen Moralphilosophinnen immer weniger entziehen können, dass neben die oberste Norm der Gerechtigkeit mit der Sorge eine andere oberste Norm zu stellen sei, so dass ein Spannungsfeld zwischen der Gleichbehandlung aller einerseits und der absoluten Verpflichtung durch den einen, einzigen, konkreten Menschen (durch den Letzten am meisten) andererseits entsteht, weil nur dadurch Gerechtigkeit nicht formal bleibt, sondern materiell wird.

Denn: Jedes Mal, wenn es mir nur um einen einzigen konkreten Menschen geht, komme ich – mit ihm gemeinsam – regelmäßig zu etwas seiner Würde, seinen Bedürfnissen und Rechten Angemessenerem als ein Heim. Die sich so überwältigend aufdrängende Plausibilität der Aussage „mit Sicherheit haben wir einen gewissen Heimbedarf“ ist nur wirksam, so lange ich mich auf eine statistische Betrachtungsweise beschränke, scheint sich jedoch von Angesicht zu Angesicht einem einzelnen konkreten Menschen gegenüber aufzulösen.

5. Die „Aufforderung“ will die Überforderung u. a. dadurch erträglicher machen, dass sie an die historische Tatsache erinnert, dass die Institutionalisierung von Pflegebedürftigen und Behinderten von Anfang an ein Instrument der Armenpolitik war: Schon die Neuzeit begann nicht nur mit der Reformation und der Entdeckung Amerikas, sondern auch mit der ersten gesamteuropäisch wirksamen sozialpolitischen Aktion, in deren Vollzug zur Eindämmung der „Armenplage“ zunächst die fremden Armen äußerlich ausgegrenzt wurden und dann die eigenen Armen erst etwa durch Nummerierung oder das Tragen eines gelben Kreuzes stigmatisiert und dann innerlich ausgegrenzt, institutionalisiert wurden – und zwar die guten, weil arbeitsunfähigen Armen zur Behandlung in Krankenhäusern und die schlechten, weil arbeitsunwilligen Armen zur Erziehung in Zuchthäuser. – Aber erst mit Beginn der Moderne ab 1800, wurde im Zusammenhang mit der Vermarktlichung und Industrialisierung der Gesellschaft die Methode der Institutionalisierung spezialisiert und systematisiert.
6. Damit erinnert die „Aufforderung“ daran, dass die Institutionalisierung, auf den Stand der Armen bezogen, ein Relikt ständestaatlich-feudalistischer Freiheitsbeschränkung ist, während die Reichen immer auch andere Wege zur Lösung ihrer sozialen Probleme gefunden haben.

Im Licht dieser historischen Hypothek muss man sich zum einen nicht wundern, dass das Bundessozialhilfegesetz selbst heute noch Armenfürsorge, Eingliederung und Rehabilitation miteinander verquickt. Zum anderen wird dadurch verständlicher, dass die durch die Aufklärung in ihrer Existenz bedrohten Kirchen über die Trägerschaft sozialer Insti-

tutionen wieder an sozialer Bedeutung und damit an Macht gewinnen, weshalb man es auch für den einzelnen diakonischen oder karitativen Mitarbeiter ununterscheidbar machte, ob er nun einem Menschen oder einer Macht diene, während die Kirchen die von ihnen betriebenen sozialen Institutionen – aus gutem Grund – mit Kolonien analogisierten und so auch die äußere mit der inneren Mission. Und drittens sollte nicht vergessen werden, dass auch die Medizin im Zuge ihrer Vernaturwissenschaftlichung die sozialen Institutionen mit ihrer gut kontrollierbaren Konzentration beliebig vieler Versuchspersonen, ohne nach Aufklärung und Einwilligung zu fragen, über 100 Jahre nutzte – mindestens bis zum Nürnberger Ärzteprozess von 1947.

7. Die „Aufforderung“ will insofern aufklären: Wenn das BSHG und alle Sozialgesetzbücher von Beginn an das Motto „ambulant vor stationär“ predigen, aber trotzdem immer noch z. B. im Bereich der Eingliederungshilfe über 95 % der Kosten auf den stationären Bereich entfallen, sind daran nicht nur etwaige aktuelle Profitinteressen Schuld, sondern auch jahrhundertealte historische Machtinteressen, wogegen daher der Gesetzgeber nur mit drastischen ordnungspolitischen Maßnahmen etwas ausrichten kann.

Hingegen bewirken die bisherigen gut gemeinten, gesetzgeberischen Kontrollen zum einen der Bürokratisierung und zum anderen der Vermarktwirtschaftlichung des Heimwesens lediglich, dass zwar den Heimmitarbeitern auch noch die letzte Zeit für die Bewohner und damit ihr letztes Engagement abhanden kommt, das Heimsystem als solches sich aber in eine marktorientierte, bedürfnisweckende und kostentreibende Wachstumsbranche verwandelt.

8. Demgegenüber will die „Aufforderung“ es dem Gesetzgeber zur vornehmsten Pflicht machen, durch die nur machtpolitisch mögliche Durchsetzung der Norm „ambulant vor stationär“ (etwa nach dem pragmatischen Prinzip „das Heim in die Wohnungen holen“) die historisch sogar vormoderne Lebenswelt der bisherigen Heimbewohner auf den Boden des Grundgesetzes zu holen, die Würde und die sich ausbreitenden, im Heim nicht mehr kontrollierbaren Persönlichkeitsrechte der sich zunehmend individualisierenden, postmodernen oder postsäkularen Bürger, von denen kaum noch einer bei fairer Beratung freiwillig das Heim wählen würde, verfassungskonform zu machen.

Dies umso mehr, als das Bundesverfassungsgericht das auch dem Heim eigene „besondere Gewaltverhältnis“ für grundgesetzwidrig erklärt hat – es sei denn, es sei dafür absolute Erforderlichkeit nachweisbar. Von dieser kann man aber heute immer weniger sprechen, da für alle Heim-Indikationen inzwischen bewährte und insgesamt auch bezahlbare ambulant-kommunale Alternativen existieren.

9. Die „Aufforderung“ verweist schließlich darauf, was die ebenfalls von allen gewollte Rückholung der ursprünglich menschheitsgeschichtlich immer familiär-nachbarschaftlich-kommunal organisierten Sorge aus den sozialen Institutionen wieder zurück in den kommunalen Raum noch bedeutet: Während die Bürger sich für einen 150-jährigen Zeitraum durch Steuerzahlung und Institutionalisierung der Letzten von

Sorge und Solidarität befreien, bringt die Rekommunalisierung der Sorge mit sich, dass die Bürger – und zwar alle Bürger – sich auch wieder nicht nur durch Geld- sondern zusätzlich auch durch Sachleistungen an der kommunalen Sorge zu beteiligen haben. Das bedeutet das im angelsächsischen Raum bereits etabliertere Konzept der community-care.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass die der Sorge entwöhnten Bürger durch bloße moralische Appelle freiwillig dazu nicht bereit sein werden; denn kein Mensch ist aus freien Stücken gut. Vielmehr ist das nur zu erreichen, indem die Bürger sich der Notwendigkeit, mit einem kleinen Teil ihres Zeitbudgets für Andere zu sorgen, ausgesetzt sehen. Dann ist dies aber auch in beträchtlichem Umfang erreichbar, wie verschiedene Praxisbeispiele zeigen. Andererseits wiederum ist nur so Bürgergesellschaft oder Zivilgesellschaft zu verwirklichen.

10. Nur indem die „Aufforderung“ in diesem Sinne die Grundsatzfrage an das Heimsystem stellt und damit den gewohnten pragmatischen Ansatz, das Heim durch Kontrolle von Missständen immer besser zu machen, von den unveräußerlichen Bedürfnissen und Rechten auch nur eines einzigen Heimbewohners aus provozierend durchbricht, konnte sie ihre bereits jetzt große Resonanz entfalten. Freilich ist auch das nur dadurch möglich gewesen, dass in Wirklichkeit alle Verantwortlichen, auch alle Heimträger und -betreiber mit dem hier beschriebenen Prozess der Ersetzung des Heimparadigmas durch ein ambulanz-kommunales Paradigma längst begonnen haben, wie sich an unzähligen Entwicklungsschritten in Richtung auf Flexibilisierung, Verkleinerung und Ambulantisierung leicht nachweisen ließe.

Die „Aufforderung“ will von daher auch nur die Phantasie der Heim-Verantwortlichen für das Finden der nächsten richtigen Schritte erweitern – etwa mit der Fiktion: „Stellt Euch vor, Ihr werdet Morgen wach und es gibt kein Heim mehr, was wäre dann zu tun? Stellt Euch vor, Ihr würdet einmal Eure legitimen Interessen loslassen und davon ausgehen, dass jeder Bürger die für ihn erforderlichen Hilfen in seiner Wohnung findet und Ihr würdet um diese neue Wirklichkeit herum Eure legitimen Interessen neu organisieren!“

Ist das bloße Utopie? Schon längst nicht mehr! Zumindest dann nicht, wenn man damit aufhört, die Gesellschaft von oben herunter zu denken und zu organisieren, wobei man zwangsläufig einen irrationalen Rest von Menschen, die selbst unter Heimbedingungen für sich und für Mitarbeiter immer unerträglicher werden, gleich mitkonstruiert – die immer unerträglicher werdende Kehrseite gerade der Ambulantisierungsfortschritte der letzten Jahrzehnte. Wenn man hingegen vom je konkreten Einzelnen und gerade vom Letzten her denkt und handelt, kommt man beinahe ebenso zwangsläufig zu einem ganz anderen Ergebnis. Schweden z. B. hat über den langen Atem 50-jähriger praktischer und gesetzgeberischer mühseliger Kleinarbeit jetzt eine Art Schlussgesetz erlassen können, wonach Heime, als Massenhaltung von Menschen, zumindest für Behinderte schlicht verboten sind; wenigstens für die geistig Behinderten hat dieses Gesetz nur noch die schon erreichte Wirklichkeit abgebildet. Von anderen Ländern lassen sich

andere Schritte für denselben, von allen gewollten Weg der Deinstitutionalisierung lernen.

11. Damit wird aber auch deutlich, was diese „Aufforderung“ nicht will:

- Sie verzichtet eher auf die auch notwendige Empörung über Missstände im Heimsystem, insofern deren Ausräumung nur zur Stabilisierung desselben Systems führen würde.
- Sie warnt daher auch vor verbessernden Schnellschüssen und fordert uns alle auf, uns viel Zeit zu lassen: wenn wir über 150 Jahre die Gesellschaft unter Inkaufnahme der Institutionalisierung ihrer Restgruppe umgebaut haben, dann sollte die von allen gewünschte Bewegung der entgegengesetzten Deinstitutionalisierung und der damit erforderliche neuerliche Umbau der Gesellschaft wenigstens 50 Jahre lang dauern dürfen, schon um nicht einer neuen Ideologie zuliebe neue Opfer zu produzieren.
- Sie hält zwar das Heimsystem für ein Auslaufmodell, hält es aber aus denselben Gründen für verboten, jetzt schon zu wissen, wo wir bei dieser neuen Bewegung landen werden, jetzt schon das Ziel zu wissen.
- Sie will lediglich erreichen, dass das Heimsystem als Ganzes auf den Prüfstand kommt; sollte dabei – um es extrem auszudrücken – herauskommen, dass wir die doppelte Zahl von Heimplätzen brauchen und sollte dies zu begründen sein, dann würde auch dies dem Ziel dieser „Aufforderung“ entsprechen.
- Da die Besonderheit dieser „Aufforderung“ in der durchaus nicht geringen Anstrengung bestand, eine hinreichende Verallgemeinerung der anstehenden Probleme zu erreichen und damit die Institutionalisierung von Menschen und das Heimsystem überhaupt erst auf die Grundsatz-ebene zu heben, mussten wir auf die Darstellung der zahlreichen Besonderheiten der Verheimung für alte Menschen, psychisch Kranke, geistig Behinderte oder Jugendliche verzichten, wobei es uns keineswegs immer gelungen ist, verzerrende oder gar verfälschende Formulierungen, bezogen auf die eine oder andere Besonderheit, zu vermeiden.
- Auch darüber hinaus erheben wir nicht den Anspruch auf die Stimmigkeit einzelner Behauptungen, zumal wir auch untereinander häufig heftig genug gestritten haben, so dass der zustande gekommene Text nicht selten ein Formulierungskompromiss war.

12. Der Text dieser „Aufforderung“ ist jedoch, das ist abschließend zu betonen, keineswegs nur das Ergebnis theoretischer und historischer Reflexionen sowie empirischer Untersuchungen – das auch. Aber vor allem ist er der Niederschlag langjähriger praktischer Arbeit der meisten Mitglieder unserer Forschungsarbeitsgemeinschaft an der Universität Bielefeld. Das betrifft vor allem die praktischen Erfahrungen in Gütersloh, sei es der Nachweis, dass praktisch alle 435 chronisch psychisch kranken und besonders schwierigen geistig behinderten Langzeitpatienten/Heimbewohner aus dem Einzugsbereich von einer Million Einwohner außerhalb von Institutionen in einer eigenen Wohnung leben können; oder sei es beim Aufbau eines modellhaften Altenhilfesystems als Kombination des medizinischen Beitrags eines „Geron-

topsykiatrischen Zentrums“ mit dem sozialen Beitrag eines sich auf ambulante Pflege und auf Hausgemeinschaften beschränkenden Vereins, was den Bedarf an Heimplätzen zwar nicht überflüssig gemacht, aber doch erheblich reduziert hat.

1.2 Stellungnahme zur Initiative „Enquête der Heime“ unter Berücksichtigung der Situation von Menschen mit Behinderung Dr. Bettina Lindmeier

Gliederung des Vortrags:

1. Einrichtungen der Behindertenhilfe
2. Stellungnahme zu zentralen Aussagen des Enquête-Antrags
3. Besonderheiten bei der Planung für Menschen mit lebenslangem Unterstützungsbedarf
4. Selbstbestimmt leben mit Unterstützung
5. Wie soll es weitergehen?
6. Literatur

„Die freie Persönlichkeit und ihre Würde sind der höchste Rechtswert unserer verfassungsmäßigen Ordnung. Ich zitiere dazu aus einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1969: „Dem einzelnen muß um der freien und selbstverantwortlichen Entfaltung seiner Persönlichkeit willen ein ‚Innenraum‘ verbleiben, in dem er ‚sich selbst besitzt‘ und in den er sich zurückziehen kann, zu dem die Umwelt keinen Zutritt hat, in dem man in Ruhe gelassen wird und ein Recht auf Einsamkeit besitzt“ BVerGE 27,1). Einen Innenraum haben, in dem man sich selbst besitzt – ist das heute die Lebenswirklichkeit der Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere derjenigen, die in Anstalten oder Heimen leben?“ (Ministerialrätin Elke Vogel, Bundesministerium für Gesundheit, 1998).

Einrichtungen der Behindertenhilfe

Der Antrag auf Einrichtung einer Heimenenquête wirft – notgedrungen – nur ein Schlaglicht auf die Heime. Es gibt daher in dem Antrag Aussagen, die für die Behindertenhilfe nicht völlig zutreffen. Obwohl diese Aussagen durch Formulierungen wie ‚oft‘ oder ‚in der Regel‘ auszudrücken suchen, dass die beschriebenen Bedingungen nicht notwendig auf alle stationären Angebote zutreffen, haben sie innerhalb der Fachverbände der Behindertenhilfe viele Menschen verärgert. Es ist aber ein großes Verdienst der Forschungsarbeitsgemeinschaft, durch ihre Stellungnahme das Thema in die öffentliche Diskussion gebracht zu haben und viele Menschen – Menschen mit Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf, Angehörige und Professionelle – dazu angeregt zu haben, sich in ihrem Aktionsradius weiter zu engagieren und Veränderungen einzufordern.

Meine Aussagen beziehen sich vor allem auf die größte Gruppe der erwachsenen Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung und die Einrichtungen für diesen Personenkreis. Die Position körperbehinderter und sinnesgeschädigter Menschen wird durch den Beitrag von Herrn Frevert (Interessenvertretung ‚Selbstbestimmt leben‘) dargestellt. Heime für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung lasse ich unberücksichtigt, obwohl die Entwicklung des Jugendhilfesektors möglicherweise zeigen könnte, wie eine stärkere Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen gewährleistet werden kann, beispielsweise durch das Hilfeplanverfahren (SGB VIII, § 35). Die Entwicklung des stationären Sek-

tors für Kinder und Jugendliche mit Behinderung zeigt einen (Wieder-) Anstieg der Heimaufnahmen, insbesondere von Kindern mit Behinderung und herausforderndem Verhalten sowie von Kindern mit sehr schweren Behinderungen und hohem Pflegebedarf. Auch dieser Teil wird von mir nicht berücksichtigt, um die Komplexität der Thematik nicht weiter zu erhöhen (vgl. hierzu Thimm et al. 2002).

Differenzierung der Wohnformen

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe haben ihr Angebot während der letzten 20 Jahre stark ausdifferenziert und bieten heute eine große Bandbreite verschiedener Wohnformen. Ihre Zielgruppe sind Menschen, die in der Regel nie selbständig gelebt haben. Das Ziel der Einrichtungen der Behindertenhilfe ist die soziale Eingliederung (BSHG § 39ff.) der dort lebenden Menschen. Die pflegerische Versorgung, so weit notwendig, wurde bis zur Einführung der Pflegeversicherung als integrales Moment dieser Eingliederung verstanden.

Soziale Eingliederung durch Heime?

Die Frage, ob die Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe soziale Eingliederung fördern, ist strittig. Eine der wenigen vorhandenen Untersuchungen (Wacker et al. 1998) zeigt, dass viele der in Heimen lebenden Menschen mit Behinderung ein sehr eingeschränktes Leben führen. Auf der anderen Seite gibt es seit langem Wohnformen, die in höherem Maße auf Wünsche und Unterstützungsbedarf der dort lebenden Menschen eingehen. In diesem Punkt trifft die Aussage des Antrags auf Einrichtung einer Heimenquöte, Alternativen zu den hinsichtlich der Platzzahlen dominierenden Wohnformen seien vorhanden, auch auf die Behindertenhilfe zu.

Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten für Nutzer und Angehörige

Wenngleich es heute eine größere Bandbreite an Wohnformen gibt, bedeutet dies allerdings nicht, dass jeder Mensch mit Behinderung die Wohnform wählen kann, die ihm am Besten gefällt. Generell sind Wohnplätze knapp, mehr als die Hälfte der Erwachsenen mit geistiger Behinderung lebt noch im Elternhaus. Vor allem aber sind die Wohnformen knapp, die eine stärker selbständige Lebensführung ermöglichen, die erwähnte Untersuchung spricht von weniger als 15 % der Plätze (vgl. Wacker et al. 1998, 51) In vielen Regionen müssen behinderte Menschen und ihre Eltern oder Angehörigen noch immer froh sein, wenn sie überhaupt einen der knappen Plätze bekommen, die Frage nach der Zufriedenheit, der Angemessenheit, dem Wunsch und Willen der Beteiligten wird in dieser Lage häufig nicht gestellt. Das Gleiche gilt in Fällen, in denen ein Mensch mit Unterstützungsbedarf gern relativ selbständig leben möchte, sein Unterstützungsbedarf aber so hoch ist, dass die derzeit für ambulante Wohnformen ausgehandelten Betreuungsschlüssel nicht ausreichen.

Bei der weiteren Planung müssen auch die erwachsenen Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden, die noch in der Herkunftsfamilie leben. In der Regel wird davon ausgegangen, dass ein Mangel an Angeboten die Ursache für das Verbleiben in der Ursprungsfamilie ist, worauf auch die langen Wartelisten bestehender Einrichtungen hinweisen. Möglicherweise kommt aber eine Unzufriedenheit mit den bestehenden Angeboten bei einem Teil der Eltern und Angehörigen hinzu. Bedarfsplanung sollte auf der Grundlage regionaler Bedarfsanalysen geschehen, die die Wünsche der Nutzer einbeziehen.

Gesetzliche und sozialpolitische Veränderungen

Die Weiterentwicklung der Wohnformen ist während der letzten Jahre zudem durch die anhaltende Unsicherheit über die zukünftigen Rahmenbedingungen behindert worden. Die Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung (1996) brachte einen anhaltenden Zuständigkeitsstreit, in dem es darum ging, ob Menschen mit hohem Pflegebedarf in über die Eingliederungshilfe finanzierten Einrichtungen leben sollten oder nicht. Während der Enthospitalisierung in Bayern beispielsweise geschah es daher vielerorts, dass pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung in Pflegeheime ‚verlegt‘ wurden (vgl. Straßmeier et al. 1999). In allen Bundesländern wurden vereinzelt Einrichtungen der Behindertenhilfe, die nach BSHG finanziert worden waren, ganz oder in Teilen in Pflegeeinrichtungen (SGB XI) umgewandelt, außerdem wurden Menschen mit Behinderung in neu entstandene Pflegeheime aufgenommen. Eine neue Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim (vgl. Seifert et al. 2001) analysiert die Lebensqualität einzelner Menschen in beiden Einrichtungstypen. Dabei zeigt sich – neben großen Unterschieden hinsichtlich der Lebensqualität innerhalb beider Gruppen – deutlich, dass die Finanzierungsmodi, aber auch die konzeptionellen und strukturellen Bedingungen der Pflegeheime nicht geeignet sind, eine ganzheitliche Lebensbegleitung und soziale Eingliederung zu leisten, wie sie das BSHG vorsieht und wie sie insbesondere für schwer behinderte Menschen notwendig ist (vgl. zusammenfassend Seifert et al. 2001, 352; vgl. außerdem DHG 2002). Ich möchte dieses Thema hier nicht weiter ausführen, sondern nur andeuten, dass die Versorgungslandschaft unübersichtlicher geworden ist. Die über die Eingliederungshilfe finanzierten Einrichtungen sind durch die Änderung des BSHG – ‚Deckelung‘ der Pflegesätze (1994) und die Einführung einer prospektiven Kostenregelung (zum 01.01.1999, verschoben und auf Landesebene geregelt) – ebenfalls unter Kostendruck geraten, in vielen Einrichtungen wird eine ähnliche Entwicklung beklagt, wie sie die Forschungsarbeitsgemeinschaft ‚Leben im Heim‘ beschreibt, wenngleich auf Grund des anderen, umfangreicheren Auftrags die Auswirkungen in anderen Bereichen sichtbar werden: Eingliederungshilfe wurde einvernehmlich immer so verstanden, dass auch Unterstützung z. B. bei der Freizeitgestaltung zum Auftrag der Einrichtungen gehörte (vgl. SGB I § 29 3i bzw. 3g [nach Änderung durch Gesetz vom 02.09.2001]); eine Reduktion dieser Unterstützung aus Zeit- und Personalmangel ist nicht so spektakulär wie das Unterlassen pflegerischer Handlungen, fördert aber die soziale Isolation und ist daher für die betroffenen Menschen ebenso gravierend.

Unterstützung einer Heimenquête

Nachdem die mit den gesetzlichen Veränderungen verbundenen neuen Aufgaben (z. B. Hilfebedarfsgruppenbildung) weitgehend bewältigt sind, ist die Situation m. E. günstig, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen und über Veränderungen nachzudenken. Das Vorhaben einer Heimenquête wird daher auch von den Fachverbänden der Behindertenhilfe begrüßt.

Stellungnahme zu zentralen Aussagen des Enquête-Antrags

Ich möchte angesichts des begrenzten Raumes nur zu einigen Punkten Stellung nehmen:

Heime sind keine angemessene Lebensform für das 21. Jahrhundert

Ich halte diese Aussage für richtig: niemand von uns wählt diese Lebensform freiwillig. Es ist eine andere Frage, ob Heime vollständig zu ersetzen sind. Diese Frage kann hier und heute überhaupt nicht beantwortet werden, sondern erst im Rahmen einer Weiterentwicklung bereits erprobter und erfolgreicher anderer Formen des Wohnens. Wir sollten uns daher nicht auf eine Diskussion darüber einlassen, ob bestimmte Personengruppen Heime brauchen, und welche Gruppen dies sind, sondern zunächst eine Bestandsaufnahme vornehmen. Eine solche Bestandsaufnahme muss auch Alternativen zum Heim umfassen und die Gründe herausarbeiten, die in der Behindertenhilfe im Moment eine weiter gehende Umsetzung der durchaus vorhandenen Alternativen verhindern.

Als die ‚Anstalten‘ im 19. Jahrhundert entstanden, war der Unterschied zwischen der Lebensgestaltung in der ‚Anstalt‘ und dem Leben großer Teile der Bevölkerung nur relativ gering: hohe Sozialkontrolle, eingeschränkter Besitz, Zusammenleben mit nicht verwandten Menschen auf relativ engem Raum, beispielsweise in den ländlichen Haus- und Wirtschaftsgemeinschaften als Magd oder Knecht, waren Merkmale des Lebensstils breiter Bevölkerungsschichten. Sie waren nicht grundlegend verschieden von den Lebensbedingungen in den Anstalten (vgl. hierzu Lindmeier/Lindmeier 2002). Die Individualisierungsschübe des letzten Jahrhunderts haben zu einem ungeheuren Wachsen der Gestaltungsmöglichkeiten für das eigene Leben geführt und nötigen dazu, das Normalisierungsprinzip neu zu ‚buchstabieren‘. Ein ‚normales‘ Leben bedeutet heute gegenüber den 60er- und 70er-Jahren mehr Gestaltungsfreiheit hinsichtlich des Lebensstils und eine höhere Bewertung der Individualität, der Wahlfreiheit und Unabhängigkeit. Ein normales Leben kann nicht mehr generell beschrieben werden durch Formeln wie ‚normaler Tagesablauf‘, sondern verlangt die individuelle Planung mit jedem einzelnen Menschen mit Unterstützungsbedarf. Eine Heimenquête müsste hierzu Vorschläge machen. Dabei sollte das Wissen der Betroffenen – über Selbsthilfeverbände wie ‚Eltern gegen Aussonderung‘, die ‚Selbstbestimmt-Leben-Bewegung‘, ‚People First‘ – ebenso einbezogen werden wie das Fachwissen der Verbände, die in der Betreuung von Menschen mit Behinderung aktiv sind – andere Verbände als in der Altenpflege! Ich kann an dieser

Stelle nicht auf die Lebensgemeinschaften (anthroposophische Einrichtungen, Arche) eingehen, obwohl sie eine nicht unerhebliche Rolle in der Wohnversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spielen. Sie sind als alternative Lebensform für Menschen mit und ohne Behinderung anzusehen und werden in der derzeitigen Versorgungslandschaft stark nachgefragt. Eine Enquête müsste diese Formen ebenfalls berücksichtigen.

Auch bereits erprobte Finanzierungs- und Organisationsformen wie das persönliche Budget, das bereits in mehreren Bundesländern in Form von Modellprojekten erprobt wurde (vgl. Westecker/Frank 1998; Kaas et al. 1999), sollten angemessen berücksichtigt werden und aus dem Status einer Lösung für durchsetzungsfähige, gut informierte Einzelpersonen zu einer ‚Lösung für alle‘ werden. Die bisherige Vorgehensweise der Leistungsvereinbarung zwischen dem Kostenträger und dem Leistungsträger ist ebenfalls nicht mehr als zeitgemäß anzusehen, da sie den Nutzer als mündigen Kunden ausschließt. Die Missstände in einzelnen Einrichtungen können auch als Folge unzureichender Möglichkeiten der Nutzer und ihrer gesetzlichen Betreuer angesehen werden, durch finanzielle Maßnahmen (Minderungen) nicht erbrachte oder in unzureichender Qualität erbrachte Leistungen zu sanktionieren.

Neue Wohnmöglichkeiten müssen flexible Gestaltungen der Sorge, einen ‚Sorgemix‘ ermöglichen

Die Bandbreite verschiedener Wohnmöglichkeiten hat sich vergrößert. Die einzelnen Angebote für sich betrachtet sind aber noch immer relativ starr. Es gibt einen Bedarf nach Individualisierung der Lebensbedingungen, um die Entwicklung eines individuellen Lebensstils für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

Für viele Menschen mit Unterstützungsbedarf ist der Gestaltungsspielraum durch die Finanzierungsmodalitäten stark eingeschränkt (vgl. u. a. Klein/Zechert 2000), obwohl bereits erprobte Modelle wie das persönliche Budget vorhanden sind, die mehr Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bieten könnten (vgl. oben). Bedingungen für eine angemessene Nutzung persönlicher Budgets sind der Abbau von Kommunikationsbarrieren sowie die mittelfristige Bereitstellung eines stärker kundenorientierten und ausreichenden Angebots. Dies vorausgesetzt, müsste sich die Diskussion der Frage erübrigen, ob Heime angemessene Lebensformen sind, da die Nachfrage der Nutzer die Antwort darstellen würde. Die besonderen Schwierigkeiten einer angemessenen Information insbesondere von kognitiv beeinträchtigten Menschen und die Schwierigkeiten bei der Beratung im ‚Dialog‘ zwischen Professionellen, Angehörigen und Nutzern sind bekannt und dürfen nicht unterschätzt werden, können aber keinen Grund für den Verzicht auf eine konsequent nutzerorientierte Perspektive sein.

Der Weg würde frei für eine individuelle Zusammenstellung von Unterstützungsleistungen, wobei das persönliche Budget die Kontinuität der Betreuung gewährleisten kann und damit auch den Angehörigen ein gewisses Maß an Sicherheit bietet. Bislang ist es so, dass Eltern häufig ein Mehr an Unabhängigkeit und Selbstbestimmung für ihre erwachsenen

Kinder zu Gunsten von Lösungen opfern, die zwar nicht den bevorzugten Lebensstil ermöglichen, den Eltern aber langfristig, d. h. über den eigenen Tod hinaus, zuverlässig und sicher erscheinen. Gäbe es die Möglichkeit, flexible Lösungen zu finden und auf sich verändernde Bedarfslagen zu reagieren, fiel es Eltern leichter, ihren heranwachsenden Kindern mit Behinderung ebenso wie einem nicht behinderten Kind eine Art ‚Probierphase‘ im Verlauf des Erwachsenwerdens zuzugestehen.

Nicht professionelle Unterstützungsleistungen müssen mit professionellen Leistungen kombiniert werden, das soziale Netz der betroffenen Menschen darf durch professionelle Hilfen nicht zerstört werden.

Keine zusätzliche Belastung der Angehörigen

Die Angehörigen dürfen nicht zusätzlich belastet werden. Auch eine Stimmungslage muss vermieden werden, die ihnen suggeriert, es sei ihre Pflicht, ihre behinderten Angehörigen lebenslang zu betreuen.

Eltern, v. a. Mütter behinderter Kinder, haben eine Vielzahl zusätzlicher Aufgaben bei der Erziehung, Pflege, besonderen Förderung und Gesundheitsfürsorge für ihr Kind. Die Phase der unmittelbaren Sorge für das Kind ist im Vergleich zur Erziehung nicht behinderter Kinder zeitlich ausgedehnt (vgl. zur Situation von Familien mit behinderten Kindern exemplarisch Engelbert 1999). Mütter bzw. Eltern dürfen nicht verpflichtet werden, in noch höherem Maße unentgeltlich für die Versorgung erwachsener Angehöriger mit Behinderung herangezogen zu werden.

Mitverantwortung der Angehörigen

Allerdings müssen Angehörige stärker einbezogen werden und Verantwortung übernehmen dürfen. Die Verantwortung für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Behinderung liegt entweder ausschließlich bei den Familien oder ausschließlich bei der Institution, in der der betreffende Mensch lebt. Die Institutionen tun sich schwer mit elterlicher Verantwortung, die institutionelle Abläufe häufig eher behindert. Dementsprechend stellt sie sich von Seiten der Institution meist als zeitlicher Mehraufwand, häufig sogar als lästige Einmischung dar, und dementsprechend wird Eltern- und Angehörigenarbeit als schwierig erlebt. Eine Analyse der ‚unterschiedlichen Wirklichkeiten von Eltern und Fachleuten‘ durch Weiß (1996, 2001) zeigt, dass beide Gruppen tatsächlich eine andere Sicht der Dinge haben müssen und nur bei der Anerkennung der Gleichberechtigung der unterschiedlichen Blickwinkel und der Gleichwertigkeit der unterschiedlichen Kompetenz eine fruchtbare Zusammenarbeit möglich ist.

Angehörige sind wichtige Bezugspersonen mit einer engen Bindung an ihr Kind, ihre Schwester oder ihren Bruder, deren Ansichten auch bei der Organisation der Unterstützung außerhalb des Elternhauses herangezogen werden sollten. Viele Angehörige wünschen sich mehr Mitspracherecht bei der Organisation des täglichen Lebens. Sie meinen zu Recht, dass sie einen wichtigen Beitrag zur Planung der Unterstützung beitragen können,

weil sie ihre/n Angehörige/n sehr gut kennen und eine andersartige Beziehung zu ihr/ihm haben als Professionelle. Diesem Wunsch muss besser entsprochen werden als bisher.

Veränderung professioneller Unterstützung

Professionelle Unterstützung muss die Unterstützung sozialer Beziehungen umfassen. Traditionell war die Betreuung und Förderung von Menschen mit Behinderung auf das einzelne Individuum gerichtet. Viele Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, wünschen sich aber mehr Kontakte zum ‚normalen Leben‘, zu Menschen ohne Behinderung. Eine wichtige Aufgabe professionellen Handelns ist die Unterstützung solcher Kontakte. Damit wird keine Entprofessionalisierung von Unterstützungsleistungen gefordert, sondern eine Veränderung des Selbstverständnisses professioneller Mitarbeiter/innen. Nicht selbst mit einem behinderten Menschen (als Teil der Dienstzeit) Kaffee trinken, sondern ihn unterstützen, andere Menschen zum Kaffee trinken zu finden, muss eine zentrale Aufgabe bei der Gestaltung von Unterstützung sein. Wer von uns möchte mit jemandem Kaffee trinken, der dafür bezahlt werden muss?

Nicht professionelle Unterstützung als Gegengewicht zur Auflösung sozialer Beziehungen

Die oben erwähnten Individualisierungsprozesse haben nicht nur die Handlungsspielräume erhöht, sondern auch die Zahl und die Intensität traditioneller Bindungen abnehmen lassen. Allmählich merken wir, dass dies nicht nur die ungeliebten, als kontrollierend und einengend erlebten Bindungen betrifft, sondern auch subjektiv hoch bedeutsame Bindungen an Personen, Orte und soziale Milieus. Während Menschen mit großem Handlungsspielraum die Möglichkeit haben, neue Bezüge herzustellen, ist dies für Personen mit geringem sozialem Radius – kleine Kinder, alte Menschen, Menschen mit Behinderung – schwierig und bedarf häufig der Vermittlung durch andere Personen. Dementsprechend sorgsam müssen bestehende Bindungen gepflegt werden und Möglichkeiten zur Knüpfung neuer Beziehungen geschaffen werden.

Eine Heimunterbringung bedeutet immer einen gravierenden Eingriff in das soziale Netz der Betroffenen: Der Kontakt zu Bekannten und Freunden anderer Familienmitglieder der Herkunftsfamilie reißt häufig ab, eigene Kontakte können in der Regel aufrecht erhalten werden. Allerdings spielt sich das Leben in der Einrichtung größtenteils als ‚Leben in der Gruppe‘ ab, mit häufig zeitlich festgelegten Pflichten, festgelegten Essenszeiten und gemeinsamen Freizeitaktivitäten, so dass die Kontaktpflege ein größeres Ausmaß an Engagement und Organisationsaufwand bedeutet, wenn keine Kontakte am Arbeitsplatz oder in der Freizeit (z. B. offene Behindertenarbeit, Freizeittreffs) bestehen. Es gibt m. W. keine Untersuchung zur Veränderung sozialer Netze nach Umzügen in Einrichtungen der Behindertenhilfe, so dass wir hier auf Vermutungen angewiesen sind. Es ist dringend notwendig, diesem Bereich mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden und den Erhalt des bestehenden sozialen Netzes zu pflegen. Bekannte und Verwandte von Menschen mit Behinderung sollten gezielt zu Besu-

chen – auch kurzfristig – und zu Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Einrichtung mit ihrem Bekannten oder Verwandten mit Behinderung ermuntert werden.

Eine Unterbringung in einem weiter entfernten Ort kann ein Abbrechen weiterer Kontakte nach sich ziehen. Bei der Beurteilung von Entfernungen muss berücksichtigt werden, ob der betroffene Mensch in der Lage ist, sie allein zurückzulegen, so dass bei schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel möglicherweise bereits vier Kilometer als nicht überwindbare Barriere angesehen werden müssen.

Besonderheiten bei der Planung für Menschen mit lebenslangem Unterstützungsbedarf

Menschen, die die in unserer Gesellschaft normalen Sozialisationserfahrungen gemacht haben, die einen Ablösungsprozess vom Elternhaus, ein selbständiges Leben als Erwachsene, möglicherweise in einer Partnerschaft, möglicherweise mit Kindern, erlebt haben, haben einen Lebensstil ausgebildet, den man bei Pflegebedarf im Alter oder bei psychischer Krankheit in der Planung der Unterstützung berücksichtigen kann: Die meisten dieser Menschen sind in der Lage zu artikulieren, wie sie gern leben möchten, und auf Grund ihrer reichen Erfahrungen fällt es ihnen nicht schwer, mögliche Wohnformen und Lebensstile zu antizipieren. Menschen mit geistiger Behinderung fehlt hier einiges an Erfahrungen. Viele von ihnen, die heute im fortgeschrittenen Erwachsenenalter sind, haben von Kindheit an ausschließlich institutionelle Erfahrungen sammeln können. Sie haben in den letzten Jahren einer Verbesserung ihrer Lebensbedingungen erlebt, aber die meisten sind nie zu ihrer Meinung befragt worden – wenn sie dann doch einmal gefragt werden, dann äußern sie meist Zufriedenheit, manchmal Trauer über die Behinderung, aber nur äußerst selten stellen sie ihre Lebensbedingungen grundsätzlich in Frage. Auch heute noch machen junge, im Elternhaus aufgewachsene Menschen mit Behinderung die Erfahrung, dass das ‚normale Erwachsenwerden‘ – ausziehen, wirtschaftliche Selbständigkeit, zusammenziehen und/oder heiraten, Kinder bekommen – für sie nur mit Einschränkungen ‚vorgesehen‘ ist. Menschen mit geistiger Behinderung sind wesentlich selbstbewusster geworden und finden sich mit diesen Einschränkungen nicht mehr in der gleichen Weise ab wie früher, auch in der Bundesrepublik Deutschland formieren sich ‚people first-Gruppen‘ – aber nur einer verschwindend kleinen Minderheit gelingt es bislang, sich überhaupt eigenständig Lebensziele zu setzen und sie zu realisieren (vgl. Göbel 1995; Engelmeyer et al. 2000a, 2000b).

Unsere Aufgabe ist es, mit ihnen gemeinsam neue Ideen zu entwickeln und umzusetzen – und hier ist auf der Ebene der ‚Basis‘ bereits einiges geschehen.

Selbstbestimmt leben mit Unterstützung

Ein Ansatz, der bei der weiteren Planung m. E. berücksichtigt werden muss, ist das angelsächsische Konzept des ‚Supported living‘ (Leben mit Unterstützung). Da er in der deutschsprachigen Diskussion häufig auf die

Komponente der ‚individuellen Planung‘ reduziert wird, möchte ich ihn an dieser Stelle vorstellen (vgl. ausführlich Lindmeier/Lindmeier 2000a, 2000b, 2001).

Ein ‚Leben so normal wie möglich‘ ist kein Leben im Heim oder in einer Wohngruppe, die ich nur als ‚Pauschalangebot‘ nutzen kann. Das Komplettangebot von Wohnraum, Pflege, sozialen Beziehungen und Tagesgestaltung für den Teil des Tages, der nicht am Arbeitsplatz verbracht wird, wollen viele Menschen mit Behinderung nicht (mehr). Sie wollen sich ihr Wohnzimmer nicht mit Leuten teilen, die sie vor dem Einzug nicht kennen – und schon gar nicht ihr Schlafzimmer. Sie wollen nicht nur ihre Möbel selbst aussuchen, sondern auch ihre Wohnung.

Neuere Konzepte aus den USA, Großbritannien und Skandinavien legen besonderen Wert auf die Anerkennung von Menschen mit Behinderung als Bürger mit Bürgerrechten: Ein Bürger oder eine Bürgerin mit Bürgerrechten belegt kein Bett, sie/er belegt auch kein Zimmer oder einen Wohnplatz, sondern sie/er bewohnt eine Wohnung oder ein Haus, das sie/er selbst ausgesucht und gemietet oder erworben hat: er oder sie wohnt privat (vgl. O’Brien 1993, 1994; Allard 1996).

Trennung von Wohnen und Betreuung

Durch die Schaffung von normalen Miet- und Eigentumsverhältnissen wird eine Trennung der Bereitstellung von Wohnraum und der Betreuung geschaffen. Durch das Vorhandensein eines regulären Mietvertrags oder noch stärker durch Eigentümerschaft erlebt der Bewohner ein Gefühl von Sicherheit und kann eine stärkere Ortsbindung entwickeln. Trotz der Anwesenheit von Betreuungspersonen wird der unterstützte Mensch als ‚Hausherr‘ oder ‚Hausherrin‘ angesehen. Er kann dadurch eine höhere Entscheidungs- und Regiekompetenz sowie größere Achtung gegenüber seiner Privatsphäre erreichen. Dies ist zwar in der ambulanten Pflege gängig, aber für den Personenkreis (schwer) geistig behinderter Menschen absolut ungewöhnlich.

Das Vorhandensein eines Mietverhältnisses schließt das Zusammenleben mit selbstgewählten anderen Personen, z. B. in Form einer Wohngemeinschaft, selbstverständlich nicht aus.

Konzentration auf jede(n) Einzelne(n) durch individuelle Zukunftsplanung

Bei der Planung für und mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung entsteht das Problem, bestimmte Kompetenzen ersetzen oder ergänzen zu müssen, ohne – in der Meinung, die Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen zu kennen – Entscheidungen zu treffen, die eher den eigenen Wünschen entsprechen.

Für jeden unterstützten Menschen wird eine individuelle Zukunftsplanung durchgeführt, um herauszufinden, welche Vorstellungen der/die Betreffende hat und um die entsprechenden Wohnmöglichkeiten und Unterstützungsleistungen zu arrangieren. Hierzu sind Methoden entwickelt

worden, die eine möglichst weit gehende Annäherung an die Wünsche der Betroffenen ermöglichen sollen (vgl. O'Brien/Lovett 1992; Pearpoint et al. 1993; für die deutsche Rezeption Boban/Hinz 1999; Doose 1998, 1999; Lindmeier/Lindmeier 2000a; Niehoff 1997).

Menschen mit Körperbehinderung oder Sinnesschädigung führen in der Regel ihre Planung allein oder mit Unterstützung durch Peer Counseling (Beratung durch Gleichbetroffene) durch (vgl. van Kan 1999).

Planung durch Unterstützernetze

Die Zukunftsplanung erfolgt nicht, wie bei der Planung durch ‚Unterstützungsmanagement‘ (case management), unter Einbeziehung des Betroffenen und der potentiellen Leistungserbringer, sondern durch einen Unterstützernetz. Ihm gehören die relevanten Bezugspersonen aus dem privaten Umfeld des betroffenen Menschen an – dazu gehören in der Regel auch einzelne Professionelle, aber weder sind sie die Hauptverantwortlichen für den Erfolg des Planungsprozesses, noch die Entscheidungsträger. Die Unterstützernetze bringen eine Menge an Kompetenzen, Ideen und Beziehungen zusammen, die für die Planung und die Realisierung wichtig sein können. Sie verhindern, dass einseitige Vorstellungen von dem betreffenden Menschen (er braucht viel Schutz, er kann auf keinen Fall allein überleben) unwidersprochen bleiben; deshalb ist es wichtig, Menschen zusammenzubringen, die den Betroffenen aus unterschiedlichen Situationen kennen.

Umfassende Nutzerkontrolle und Wahlmöglichkeiten

Individuelle Zukunftsplanung mit Unterstützernetzen ermöglicht die umfangreiche Nutzerkontrolle, die Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sonst kaum möglich ist, weil Planungstreffen für sie nicht ausreichend verständlich sind, weil sie zu wenig Mitsprachemöglichkeiten haben oder mit Mitspracherechten (noch) nicht umgehen können. Die Vielfalt der Meinungen ermöglicht es, auch bei nicht sprechenden Menschen zu einem differenzierteren Bild ihrer Vorlieben, Abneigungen und mutmaßlichen Wünsche zu gelangen, als dies Einzelnen, beispielsweise Bezugsbetreuern, je möglich wäre.

Jede(r) Einzelne soll wählen können, wo er/sie lebt, ob allein oder mit anderen zusammen, und gegebenenfalls mit wem und unter welchen Umständen. Die unterstützten Personen sind selbst Mieter oder Eigentümer, verwalten ihre Finanzen und organisieren ihre Lebensführung.

Keine Ablehnung von Anfragen

Nach Auffassung der Vertreter/innen des ‚unterstützten Lebens‘ (supported living) kann jeder Mensch in dieser Weise unterstützt werden. Umfangreicher Unterstützungsbedarf muss kein Grund für die Verweigerung eines individuellen Lebensstils sein. Stattdessen kann die Umgebung

entsprechend angepasst und individuelle Unterstützung bereitgestellt werden.

Konzentration auf soziale Beziehungen, Nutzung von informeller Unterstützung und Ressourcen in der Gemeinde

Die Unterstützung beginnt mit einer ‚Bestandsaufnahme‘ der existierenden Verwandtschaftsbeziehungen, Freundschaften und Kontakte der unterstützten Person. Professionelle Unterstützung wird nur dann genutzt, wenn natürliche und informelle Unterstützungsmöglichkeiten nicht verfügbar sind. Professionelle Unterstützer arbeiten neben ihren anderen Tätigkeiten an der Entwicklung des Netzwerks der unterstützten Person (vgl. Kinsella 1993, 16 f.). In der Bundesrepublik Deutschland taucht an dieser Stelle immer die Angst vor dem Abbau von Leistungen auf. Die Einführung persönlicher Budgets könnte es aber ermöglichen, das soziale Netz zu beanspruchen, ohne deshalb mit Kürzungen rechnen zu müssen, weil der unterstützte Mensch selbst die Finanzkompetenz hätte und mit dem Unterstützerkreis gemeinsam über eine möglichst nutzenbringende Verwendung des Budgets beraten könnte.

Die Nutzung von Ressourcen der Gemeinde und die Stärkung sozialer Beziehungen sind – im Vergleich zu den anderen genannten Merkmalen – von besonderer Bedeutung, denn im Konzept des ‚supported living‘ hat die Einbindung des Menschen in sein soziales Netz absolute Priorität. Obwohl auch mit Menschen gearbeitet wird, die bereits in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, ist ein zentrales Interesse, zu verhindern, dass Menschen überhaupt aus ihren Lebensbezügen herausgerissen werden. Das folgende Zitat Kinsellas verdeutlicht diese Position: „‚Supported living‘ beginnt damit, herauszufinden, welche natürlichen Unterstützungsmöglichkeiten in der Gemeinde verfügbar sind und wie sie am besten genutzt werden können. Erst dann sollten bezahlte Unterstützungsleistungen hinzugefügt werden, und selbst dann sollen sich bezahlte Unterstützungsleistungen auf die Weiterentwicklung von Gelegenheiten für mehr informelle Unterstützung konzentrieren“ (Kinsella 1993, 34).

Wie soll es weitergehen?

Die Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bleiben dadurch, dass sie zahlenmäßig ein geringeres Gewicht haben als die Einrichtungen der Altenhilfe, in der öffentlichen Diskussion leicht unberücksichtigt. Eine Heimenquôte muss die Belange behinderter Menschen aus den angeführten Gründen gesondert berücksichtigen. Eine gemeinsame Enquôte zum ‚Wohnen mit Unterstützung‘ befürworte ich aus mehreren Gründen:

- In beiden Bereichen gibt es Beispiele guter Praxis, deren Vergleich wertvolle Impulse liefern kann.
- Es gibt Überschneidungen hinsichtlich der Zielgruppen, nämlich zum einen eine wachsende Zahl von alt werdenden Menschen mit lebenslanger Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe ebenso wie alte Menschen mit im Alter eingetretener Behinderung.

- Noch immer leben Menschen mit Behinderung fehlplatziert in Einrichtungen der Altenhilfe. Eine Bestandsaufnahme müsste auch ihre Zahl ermitteln (vgl. für Hessen Brings/Rohrmann 2002).
- Eine sozialräumliche Planung sollte eine Infrastruktur fördern, die verschiedenen Gruppen von Menschen hilft, ohne die notwendigen spezifischen Unterstützungsleistungen vorzuenthalten.

Literatur

- Allard, M. A. (1996): Supported living policies and programmes in the USA. In: Mansell, J./Ericsson, K. (Hg.): Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA. London: Chapman & Hall, 97-116
- Brings, N./Rohrmann, E. (2002): Jüngere Behinderte in Einrichtungen der Altenhilfe. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 53, 146-152
- Boban, I./Hinz, A. (1999): Persönliche Zukunftskonferenzen. Unterstützung für individuelle Lebenswege. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 4/5, 13-23
- BSHG (Bundessozialhilfegesetz) (1994): In der Fassung der Bekanntmachung vom 23.03.1994
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) (2002): Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Stellungnahme zur Aufforderung der Forschungsarbeitsgemeinschaft ‚Menschen in Heimen‘. Düren, 2.03.2002
- Doose, S. (1999): Persönliche Zukunftsplanung. In: Kan, Peter van/Doose, Stefan (Hg.): Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung. Kassel: bifos e.V., 71-134
- Doose, S. (1998): ‚I want my dream!‘ Persönliche Zukunftsplanung – Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. Hamburg: Bundesarbeitsgemeinschaft für unterstützte Beschäftigung
- Engelbert, A. (1999): Familien im Hilfenetz. München: Juventa
- Engelmeyer, E./Kniel, A./Windisch, M. (2000a): Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (sogenannten Behinderungen) in Deutschland. Zur Situation der Selbstvertretungsgruppen und ihrer Unterstützung. Kurzfassung in leicht verständlicher Sprache. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu dem bundesweiten Modellprojekt ‚Wir vertreten uns selbst!‘ – Förderung der Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Kassel
- Engelmeyer, E./Kniel, A./Windisch, M. (2000b): Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (sogenannten Behinderungen) in Deutschland. Zur Situation der Selbstvertretungsgruppen und ihrer Unterstützung. Kurzfassung in leicht verständlicher Sprache. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu dem bundesweiten Modellprojekt ‚Wir vertreten uns selbst!‘ – Förderung der Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Kassel
- Göbel, S. (1995): ‚Wir vertreten uns selbst!‘ Ein Arbeitsbuch. Kassel: Schriftenreihe zum selbstbestimmten Leben Behinderter, Bd. 5
- Kan, P. v. (1999): Das Peer Counseling. In: Kan, P. v./Doose, S. (Hg.): Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung. Kassel: Selbstverlag, 13-66

- Kaas, S./Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz e.V./Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (1999): Selbst bestimmen. Hilfe nach Maß für Behinderte. Zwischenbericht des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik e.V., Frankfurt am Main
- Kinsella, P. (1993): »Supported living«. A new paradigm. Manchester: National Development Team
- Klein, R./Zechert, C. (2000): Ambulant vor Stationär – oder wie man aus einer Mücke einen Elefanten macht. Sozialpsychiatrische Informationen 2, 21-27
- Lindmeier, B./Lindmeier, C. (i. E.): Pädagogik bei geistiger Behinderung. Band 3 der ‚Studientexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik‘. Berlin:
- Lindmeier, B./Lindmeier, C. (2001): Supported Living – ein neues Konzept des Wohnens und Lebens in der Gemeinde für Menschen mit (geistiger) Behinderung. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 24, 39-49
- Lindmeier, B./Lindmeier, C. (2000a): Wohnen oder Unterbringung? – Integrative Wohnkonzepte in Großbritannien. In: Hans, M./Ginnold, A. (Hg.): Integration von Menschen mit Behinderung – Entwicklungen in Europa. Neuwied: Luchterhand, 299-326
- Lindmeier, B./Lindmeier, C. (2000b): Vom independent living zum supported living – Neue Perspektiven für ein selbstbestimmteres Leben von Menschen mit (geistiger) Behinderung? In: Färber, H.-P./Lipps, W./Seyfarth, T. für die Körperbehindertenförderung Neckar-Alb (Hg.): Wege zum selbstbestimmten Leben trotz Behinderung. Tübingen: Atempo, 144-163
- Niehoff, U. (1997): Von Pflege- und Behandlungsplänen zu individuellen Zukunftsplanungen. In: Hähner, U. (Hg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 177-191
- O’Brien, J. (1994): Down Stairs That Are Never Your Own: Supporting People With Developmental Disabilities in Their Own Houses. Mental Retardation 32, Nr. 1, 1-6
- O’Brien, J. (1993): ‘Supported living’: What’s the Difference? Lithonia, GA: Responsive Systems Associates
- O’Brien, J./Lovett, H. (1992): Finding a way towards every day lives – the contribution of person centred planning. Lithonia, GA: Responsive Systems Associates
- Pearpoint, J./O’Brien, J./Forest, M. (1993): Planning Alternative Tomorrows with Hope. A Workbook für Planning Possible Positive Future. Toronto: Inclusion Press
- Seifert, M./Fornefeld, B./Koenig, P. (2001): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld Bethel: Verlag
- SGB IX (Sozialgesetzbuch IX) (2001): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. München. In der Fassung vom 01.10.2001
- SGB VIII (Sozialgesetzbuch VIII) (1996): Kinder- und Jugendhilfe. In der Fassung vom 15.03.1996
- SGB I (Sozialgesetzbuch I) (1975/2001): Allgemeiner Teil. Vom 11.12.1975; Änderung durch Gesetz vom 02.09.2001
- Straßmeier, W./Lindmeier, B./Albrecht, K. (1999): Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus Bezirkskrankenhäusern Bayerns. Forschungsbericht im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Würzburg: (s.n.)

- Thimm, W./Drabent, R./Hirchert, A./Kemme, M./Kursawe, D./Lindmeier, B./Wachtel, G. (2002, i. E.): „Familien mit behinderten Kindern – Wege der Unterstützung“. München: Juventa
- Wacker, E./Wetzler, R./Metzler, H./Hornung, C./Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt ›Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen‹. Baden-Baden: Nomos
- Weiß, H. (2001): Eltern stark machen! Eltern und Therapeut(inn)en – ein Verhältnis, das in Spannung hält. Geistige Behinderung 40, 210-222
- Weiß, H. (1996): Eltern und Fachleute: zwei unterschiedliche Wirklichkeiten und ihre Bedeutung für die Zusammenarbeit in der Erziehung und Therapie behinderter Kinder. Gemeinsam leben 4, 4-9
- Westecker, F./Fank, Elke (Hg.) (1998): Die Selbstbestimmung finanzieren. Erfahrungen mit dem persönlichen Budget in Großbritannien und den Niederlanden. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behindertenbeauftragte

1.3 Stellungnahme zur Initiative „Enquête der Heime“ aus Sicht der gerontopsychiatrischen Versorgung Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch

„Meine Liste könnte ganz gut das „Recht der Alten auf ein Leben in ihrer Familie“ enthalten...“ Es ist klar, dass sich dieses Recht gegen Alten- und Pflegeheime richtet. Dabei ist die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, dass ein solches Recht von jenen Ländern, die in großem Stil ihre Alten von den Familien trennen und ins Altersheim stecken, jemals formell angenommen wird, gar nicht einmal das zentrale Problem. Denn in puncto Umsetzung – und darauf käme es an – wären die führenden Länder der Ersten Welt bei einem Menschenrecht wie diesem mit Sicherheit ganz am Ende der Skala. Es würden sich die übliche Rangordnung also glatt umkehren, und das ist für die maßgebenden Länder Grund genug, sich der Umsetzung eines solchen Rechts zu widersetzen“ (Johan Galtung 2000).

Mag diese Forderung von Galtung auch überspitzt sein, so führt sie zu der zentralen Fragestellung, ob Pflegeheime die Bedürfnisse ihrer Bewohner überhaupt erfüllen können und ob sie noch zeitgemäß sind. Könnte die Gesellschaft es ertragen, wenn alte Menschen selbst bestimmen dürften, wo und wie sie gepflegt werden wollen? Wenn bei den Pflegebedürftigen, die sich nicht mehr ausreichend mitteilen können, nach dem mutmaßlichen Willen gehandelt würde? Die Vorgabe „ambulant vor stationär“ würde dieses Handeln unterstützen. Allerdings wäre es zu einseitig, zu behaupten, in der Familie wäre die Versorgung eines Pflegebedürftigen immer besser. Lebt auch der größte Teil der pflegebedürftigen alten Menschen in der Familie, so darf nicht übersehen werden, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit viele Angehörige überfordert sind und schon von daher Pflegeheime heute immer mehr schwerstpflegebedürftige, insbesondere demente alte Menschen aufnehmen müssen. Alte Menschen, die allein leben und pflegebedürftig werden, verbleiben vermehrt so lange in ihrer Wohnung, bis die Grenzen einer ambulanten Pflege erreicht sind. Allerdings wird die Entscheidung, ob jemand in ein Pflegeheim muss, von sehr vielen Faktoren beeinflusst, selten vom Willen des Betroffenen.

Kann man das Leben in einem Pflegeheim als „Wohnen“ bezeichnen oder ist dies ein eher beschönigender Ausdruck für ein fremdbestimmtes Leben in einer „totalen Institution“? Sollen immer mehr Pflegeheime gebaut werden, wie dies seit Jahren geschieht? Könnte diese Vermehrung ein Signal dafür sein, dass psychisch kranke alte Menschen immer mehr „gettoisiert“ werden sollen, um nicht das „Alltagsleben“ der Gesellschaft zu belasten? Allerdings ist unsere Gesellschaft angeblich nicht bereit, die Kosten für eine entsprechende qualifizierte Pflege in diesen Einrichtungen zu tragen.

„Die Eskimos setzen ihre Alten aus, die Indianer gehen zum Sterben in die Einsamkeit, wir sperren unsere ein, geben ihnen Zeit, mit der sie nichts anfangen können und halten sie solange am Leben, wie es nur geht. Sie werden entsorgt, statt versorgt...“ (Dunker 2001: Todesstern).

Die seit längerer Zeit anhaltende Berichterstattung in den Medien über Missstände in Pflegeheimen wird von vielen als „übertrieben“, „plakativ“, „zu pauschalierend“ und als wenig hilfreich empfunden. Merkwürdigerweise muss man bei diesbezüglichen Diskussionen immer wieder betonen, dass es nicht darum geht, zu behaupten, dass „alle Pflegeheime schlecht“ sind oder „alle“ Pflegeheime als „Brutstätten der Gewalt“ abgeschafft werden müssten. Andererseits ist zu bedenken, dass ohne diese manchmal tendenziösen Berichte, die allerdings nicht nur aus der Luft gegriffen sind, kaum jemand die tatsächliche allgemein beklagte Misere in den deutschen Pflegeheimen hinterfragen würde. Auch übertreffen manche Einzelschicksale in ihrer realen Grausamkeit noch die Phantasie des eigentlich Denkbaren. Das Dunkelfeld dürfte, wie bei allen kriminellen Handlungen, kaum richtig eingeschätzt werden können. Aus Untersuchungen und vielen Stellungnahmen z. B. des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mehrerer Bundesländer, der „Aktion gegen Gewalt in der Pflege“, Berufsverbänden und Gewerkschaften geht hervor, dass in Pflegeheimen gravierende Missstände unterschiedlichsten Ausmasses bestehen.

Aussagen von Angehörigen sind z. B.:

„Als ich darum bat, meine Mutter zur Toilette zu führen, hieß es: „Die hat doch eine Windel, da braucht sie nicht auf Toilette“.

„Meine Großmutter, 98 Jahre alt, hatte einen wackeligen, eitrigen, schmerzhaften Zahn. Die Zahnärztin weigerte sich, zu kommen. Sie hätte keine Zeit. Das Pflegepersonal sollte den Zahn ziehen“.

„Meine Mutter wurde inkontinent, weil sie, da sie ständig fixiert wird, nicht auf Toilette durfte“.

„Meinem Vater wurde die Klingel zum Läuten abgebaut, da er zu viel klingeln würde und dies die Arbeit stören würde“.

„Als Tochter durfte ich meine Mutter nicht mehr besuchen. Ich hatte Hausverbot von der Heimleitung bekommen. Auf Nachfrage hieß es, das wäre strikte Anordnung vom Betreuer“.

„Als ich den Arzt, der meine Mutter im Heim betreut wegen eines Druckgeschwürs ansprach, meinte der: „Wie stellen Sie sich das vor? Natürlich bekommen die Alten Druckgeschwüre im Heim. Die Mitarbeiter haben genug anderes zu tun.“

„Als Besucherin musste ich mit ansehen, wie ein Rollstuhlfahrer mit heruntergelassener Hose in seinem Rollstuhl im Aufenthaltszimmer saß. Er war pitschnass. Sein Gebiss lag auf der Armstütze. Niemand kümmerte sich um ihn“.

Etwas hoffnungsvoll stimmt, dass es immer mehr alternative Beispiele zu den bisherigen „üblichen“ Pflegeeinrichtungen gibt. Diese verdeutlichen, dass die Förderung von individuellen Kompetenzen von pflegebedürftigen alten Menschen möglich und sinnvoll ist. Zudem führt diese Arbeitsweise zu einer vermehrten Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und „rechnet sich“ auch noch. Leider haben die vielen positiven Beispiele bisher noch nicht ausgereicht, um ein Umdenken der Verantwortlichen zu bewirken.

Wer sich ein Bild über die Realität in deutschen Pflegeheimen machen möchte, sollte einige Pflegeheime besuchen und dort mit Heimbewohnern und deren Angehörigen, mit Mitarbeitern sowie mit dem Heim- und Pfl-

gedienstleiter sprechen. Um aber „Wahrheiten“ zu erfahren, muss er – paradoxerweise – glaubhaft versichern, dass er über das, was er gesehen und gehört hat, Stillschweigen bewahrt. Zu groß ist die Angst vor vielerlei Repressalien. Allerdings hemmt auch die „Angst vor der Angst“ so sehr, dass selbst mögliche Veränderungen dadurch verhindert werden.

Bekannt sind die hohen Arbeitsplatzbelastungen des Pflegepersonals in Pflegeheimen. Hohe Fluktuationsraten und Berufswechsel sind keine Seltenheit. Vakante Stellen wieder zu besetzen wird immer schwieriger. Insbesondere klagen Pflegekräfte über:

- Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung;
- Zu hoher Zeitdruck;
- Für zu viele Patienten/Bewohner zuständig;
- Gesundheitliche Verschlechterung der Bewohner;
- Kommunikationsschwierigkeiten mit Bewohnern;
- Aggressivität einzelner Bewohner;
- Umgang mit Sterben und Tod.

Pflegekräfte, die über Missstände in Pflegeheimen öffentlich klagen, haben meist die entsprechende Einrichtung bereits verlassen und sind in einem anderen Beruf tätig.

Keiner kann heute mehr sagen, er hätte nicht gewusst, dass in vielen Pflegeheimen Missstände herrschen, die bis zur Gewalt gegen Pflegebedürftige und deren Angehörige, aber auch gegen Mitarbeiter führen können.

„Bekannt ist...“

„Wir werden immer älter“

Alle Hochrechnungen belegen, dass „wir immer älter werden“. Durch vielfältige Errungenschaften der Moderne wurde es möglich, dass das allgemeine Lebensalter deutlich erhöht werden konnte. Eigentlich sollte man hierüber froh sein. Doch wird diese Situation mit Worten wie „Alterslawine“, „Rentnerschwemme“ und „Überalterung“ etikettiert. Vielfältig sind die Zeichen der Altersdiskriminierung und „Gerontophobie“ in unserer Gesellschaft. So wird z. B. bei der Diskussion über Kosten im Gesundheitswesen darauf verwiesen, dass „die Alten“ an der angeblichen Kostenexplosion die Hauptschuld hätten. Wird auch diskutiert, ob durch die gewonnenen Lebensjahre lediglich die Zeit der Pflegebedürftigkeit und damit die Zeit der vielfältigen Kosten für die Gesellschaft verlängert wird, so scheint diese Pauschalaussage nicht zuzutreffen. Der größte Teil der alten Menschen bedarf bis in das hohe Alter kaum der medizinischen oder pflegerischen Unterstützung.

Es ist erstaunlich dass immer noch manche Wissenschaftler, Fachleute oder Politiker davon sprechen, dass wir uns in Zukunft auf die epidemiologischen Veränderungen und die damit verbundenen Fragen zur Pflege von alten Menschen einstellen müssen. Die Zukunft ist schon da! Ver-

säumnisse der letzten Jahrzehnte rächen sich jetzt schon! Bereits 1982 wurden im Wiener internationalen Aktionsplan zur Frage des Alterns Empfehlungen formuliert wie z. B.:

„Ist die Einweisung einer älteren Person in ein Heim oder eine Anstalt notwendig oder unerlässlich, so muss alles daran gesetzt werden, dem alten Menschen unter voller Achtung seiner Würde, seiner Überzeugungen, Bedürfnisse und Interessen sowie seiner Privatsphäre in der betreffenden Institution eine Lebensqualität zu sichern, die den normalen Verhältnissen in seiner bisherigen Umgebung entspricht; die Staaten sollten dazu ermuntert werden, zur Sicherstellung einer besseren Pflege in solchen Institutionen Mindestnormen festzusetzen.“ (Empfehlung 34).

Schon früh haben Altenpflegeverbände auf gravierende Missstände in Pflegeheimen hingewiesen. So wurde 1987 ein Berufsbekennnis der Altenpfleger/innen „Wir wollen nicht mitschuldig werden“ publiziert, welches auf der Altenpflegedemonstration in Hannover verkündet wurde. Weitere Demonstrationen folgten, allerdings bisher mit wenig Erfolg. 1998 wurde die „Aktion gegen Gewalt in der Pflege“ von fünf Verbänden und Vereinen gegründet, die 1999 das Memorandum „Für eine menschenwürdige Pflege“, welches auf großes Echo gestoßen ist, herausgegeben hat. Wurde auch 2002 das Heimgesetz novelliert und ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eingeführt, so sind deren Auswirkungen noch ungewiss. Da schon bisherige gesetzliche Regelungen nicht ausreichend umgesetzt wurden, ist zu befürchten, dass auch die neuen gesetzlichen Regelungen unterlaufen und nicht umgesetzt werden.

„Keiner geht freiwillig in ein Pflegeheim“

Kaum ein alter Mensch geht wirklich freiwillig in ein Pflegeheim. Er wird auch selten gefragt. Wenn ein alter Mensch „unter Betreuung steht“, ist sein Wille zwar ‚de jure‘ mitentscheidend, ‚de facto‘ aber „völlig uninteressant“. Das – eigentlich sozialpsychiatrischen Vorstellungen entsprechende – Betreuungsrecht, welches für den zu Betreuenden eingerichtet wurde, fördert in der Praxis eine „problemlose“ Heimeinweisung oder unnötige Zwangsmaßnahmen. Der (auch mutmaßliche) Wille des Betreuten wird kaum berücksichtigt. Noch weiter zuspitzen wird sich die für die Betroffenen prekäre Entwicklung durch die Einführung der DRGs (Diagnosebezogene Fallpauschalen).

Die heute gängige Praxis nach Kosteneinsparung hat dazu geführt, dass kranke alte Menschen häufig einer ineffizienten (Früh-)Diagnostik, einer mangelhaften und im stationären Bereich unter dem Diktat der kurzen Verweildauer liegenden Behandlung ausgesetzt sind mit der Folge, dass sie rascher und häufiger als notwendig in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die negativen Auswirkungen auf den pflegebedürftigen Menschen lassen sich nur erahnen. Die strikte Trennung zwischen „Behandlungsfall“ und „Pflegefall“ der verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse vs. Pflegekasse) fördert dieses Vorgehen. Zwischen den gerontopsychiatrischen, geriatrischen und allgemeinmedizinischen/internistischen Kliniken und der stationären Altenhilfe sind – pointiert ausgedrückt – „Verschiebe-

bahnhöfe" entstanden, die zu einer rascheren Verschlechterung einer psychischen Störung führen und zudem kostentreibend sind.

Pflegeheime haben die Merkmale einer „totalen Institution“ (Goffman 1961), die von Verordnungen, standardisierten Abläufen und Routinen bestimmt wird und nicht der Autonomie von Bewohnern und Patienten. Sie lassen der Wahrnehmung ihrer Menschenrechte wenig Raum. Dementsprechend sind auch die Grenzen zwischen normalen Routineabläufen und Misshandlungen im Einzelfall nicht immer zu erkennen.

Es bleibt nicht aus, dass Pflegeheime von den Betroffenen häufig als Gefängnisse erlebt werden, aus denen es kein Entrinnen mehr gibt: „Die Alten sind von der Welt abgemeldet, lange bevor ihr Herz wirklich stillsteht“ (Dunker 2001, „Todesstern“). Diese Einstellung der Bewohner ist auch für das Pflegepersonal von besonders großer Belastung.

„Optimale Pflege versus Personalmangel“

Ist auch von manchen Heimvertretern zu hören, dass in ihrer Einrichtung eine „optimale Pflege“ durchgeführt wird, so widerspricht dies der zunehmend generellen Auffassung der Träger von Pflegeeinrichtungen, dass sie unter Personalmangel leiden. Eine optimale Pflege kann nur mit genügend Pflegepersonal, welches auch für ihre Arbeit qualifiziert und motiviert ist, durchgeführt werden. Wenn diese Grundbedingungen nicht erfüllt sind und dennoch von optimaler Pflege, oft mit der Begründung „meine Mitarbeiter geben ihr Letztes“, gesprochen wird, werden gravierende Mängel vertuscht und mögliche Veränderungen verhindert. Untersuchungen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) belegen, dass keinesfalls von einer „optimalen Pflege“ gesprochen werden kann:

So wurde vom MDK in Bayern im September 1999 eine Stichtagserhebung in 715 Pflegeheimen durchgeführt. Mängel wurden im Qualitätsmanagement (537), Arbeitsorganisation (467), Fachkraftquote (362) und Leitbild/Pflegekonzept (350) festgestellt. Eine ähnliche Untersuchung führt derzeit der MDK in Schleswig-Holstein durch. Das Zwischenergebnis von 116 überprüften Einrichtungen ergab ein ähnliches Bild wie in Bayern: Bei knapp einem Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen mussten Pflegegeschäden festgestellt werden, bei knapp der Hälfte fehlte die erforderliche Prophylaxe.

Von 1996 bis 1999 wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung insgesamt etwa 4.000 Prüfungen durchgeführt (rd. 1.800 ambulant; 2.200 stationär). In fast allen Einrichtungen wurden Qualitätsmängel bei der Pflegedokumentation festgestellt. Gravierende Mängel wurden festgestellt in der Dekubitusprophylaxe/-pflege, Ernährung/Flüssigkeit, Inkontinenzversorgung, beim Umgang mit Medikamenten und freiheits einschränkenden Maßnahmen.

Bekannt sind die hohen und vielfältigen Belastungen für Pflegekräfte in Pflegeheimen. Immer noch ist deren geringe soziale Anerkennung durch die Gesellschaft Realität. Erkrankungen, Burn-Out, Arbeitsplatzwechsel

und Berufsaufgabe sind die Folge. Nicht nur von Angehörigen von Pflegeheimbewohnern, sondern auch in Fachkreisen wird der völlig unzureichende Personalschlüssel, die zu geringen Fachkräfte in Institutionen und ein mangelhaftes Pflegemanagement kritisiert. Zudem werden von Mitarbeitern die geringen psychohygienischen Maßnahmen (z. B. Supervision) für sie beklagt. Erschreckend ist, dass scheinbar keine Zeit zur Reflektion des professionellen Handelns bleibt. „Keine Zeit für Freundlichkeit“ lautet z. B. eine Monographie von Suzanne Buis, die Einblicke hinter die Fassade eines Alten- und Pflegeheimes gibt. Diese Missstände führen dazu, dass diese verdeckten Gewaltformen („Big-Mac-Situation“) mit dafür verantwortlich sind, wenn Mitarbeiter von Pflegeheimen innerlich verrohen, professionelle Beziehungen zu Heimbewohnern meiden und selbst gewalttätig werden.

„Alltägliche Gewalt im Pflegeheim“

Gewalt ist ein gesellschaftliches „Alltagsphänomen“. Sie kann in jeder Beziehung und an jedem Ort vorkommen. Gewalthandlungen sind vielfältig und beziehen sich nicht nur auf körperliche oder psychische Gewalt. Insbesondere Formen der aktiven und passiven Vernachlässigung, finanzielle Bereicherung, unnötige Einschränkung des Bewegungsspielraums, Unterlassung oder Drohung werden in professionellen Pflegebeziehungen oft „übersehen“, „geduldet“ oder als „notwendig“ empfunden. Strukturelle Formen der Gewalt sind in Institutionen schon fast üblich. Beispiele aus dem Pflegeheim sind: unzureichender Personalschlüssel (besonders in der Nacht), Mangel an Supervision zur Unterstützung des Pflegepersonals, oder tägliche Routinearbeiten, die zum Nutzen des Personals oder des Institutionsträgers organisiert sind, jedoch den tatsächlichen Bedürfnissen der Altenheimbewohner entgegenstehen sowie architektonische oder Einrichtungsmängel. Solche Faktoren können die Wahrscheinlichkeit für Gewalt erhöhen. Ein umfassendes Verständnis von Gewalt beinhaltet auch eine Beachtung von kulturellen Faktoren. Diese werden z. B. reflektiert in Ansichten, dass alte Menschen eine finanzielle Last für die Gesellschaft darstellen. Ein anderes Beispiel, häufig in Burn-Out Syndromen anzutreffen, ist die Ansicht, dass Pflege dem barmherzigen Samariter-Ideal entsprechen muss.

Beispiele für mögliche Gewalthandlungen in Pflegeeinrichtungen sind:

- Über-, Unter- oder Fehlmedikation;
- Fehlende adäquate medizinische Versorgung;
- Unzureichende Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr;
- Zu häufige und zu lang anhaltende Fesselung;
- Unzureichende Decubitusprophylaxe;
- Unzureichende Möglichkeiten der Bewegung;
- Zu häufige und zu voreilige Anlegung von künstlichen Ernährungssystemen;
- Verhinderung von Kontinenztraining;
- Zwangswohnen in Zweibettzimmern;
- Beschämung und Demütigung von Heimbewohnern;
- Verhinderung von Besuchen der Angehörigen und Bezugspersonen.

So wurden z. B. in über 60 Fallschilderungen authentische Berichte von Betroffenen in der Monographie von Hirsch und Fussek (3. Aufl., 2001) „Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen“ dokumentiert.

Allerdings kann Gewalt mit gezielten Interventionen reduziert werden. Zudem können prophylaktische Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen dazu führen, dass sie häufig erst gar nicht auftritt. Es reicht allerdings nicht aus, sich gegenseitig zu bestätigen, dass jeder gegen Gewalt ist. Man muss schon auch bereit sein, etwas dagegen zu tun und sich Bündnispartner hierfür suchen.

„Kontrollinstanzen sind ineffektiv“

Kontrollorgane mit unterschiedlichen Aufgaben für die Pflegeheime sind die Heimaufsicht und der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Liest man die für diese Organe einschlägigen Gesetze bzw. Vorgaben, so könnte man sich sicher fühlen. Doch die Realität ist völlig anders. Gibt es auch die Untersuchungsergebnisse von MDKs, so haben diese nur z. T. Verbesserungen bewirkt. Man hat den Eindruck, dass sich die Pflegekassen wenig um die Befunde der MDKs kümmern oder diese auch eher vertuschen. Von der Politik wird zwar bei Veröffentlichung der überwiegend „katastrophalen Ergebnisse“ sehr lautstark reagiert, wenig aber gehandelt, um effektive Veränderungen zu bewirken. Betrachtet man die geringe Anzahl der Personen der Heimaufsicht, die für eine Region zuständig ist, ihre Vorkenntnisse (meist Verwaltungsfachkräfte) und ihre Durchsetzungsfähigkeit und -möglichkeit sowie Berichte von Heimaufsichten, so kommt man zu dem Schluss, dass die Gesellschaft keineswegs daran interessiert ist, dass Missstände in Pflegeheimen grundsätzlich und ohne Vorbehalte geahndet werden. Auch Gerichte scheinen sich wenig für diese Formen von kriminellen Handlungen zu interessieren.

„Notwendig ist...“

Trotz vielfältiger Bemühungen unterschiedlichster Kreise ist es immer noch nicht gelungen, alle Kräfte zu mobilisieren, um die Situation in Pflegeheimen nachhaltig zu verändern. Manche Angehörige haben Schuldgefühle, weil sie den Pflegebedürftigen zu Hause nicht mehr pflegen können. Pflegekräfte fühlen sich mitschuldig, weil sie über Missstände schweigen und trotz Überarbeitung glauben, nicht genug getan zu haben. So ist es z. T. kontraproduktiv, nur einzelne Pflegekräfte oder diese insgesamt als Schuldige für Missstände verantwortlich zu machen. Selten werden „Schreibtischtäter“ für ihr Tun zur Verantwortung gezogen. Mit Hinweis auf die leeren Kassen der Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen wie Pflegekassen wird die Notwendigkeit, sich dem Problembereich „Pflegeheim“ grundsätzlich zu stellen, abgelehnt. Die Novellierung des Heimgesetzes und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, die „kostenneutral“ sein sollen, mögen zwar ein „Schritt in die richtige Richtung“ sein, keinesfalls aber werden sie zu einer wirklichen Verbesserung der Situation von Bewohnern in Pflegeheimen führen.

Notwendig ist, die Gesamtsituation von Pflegeheimen zur öffentlichen und fachlichen Diskussion zu machen. Es reicht nicht aus, Personalschlüssel „etwas“ zu verbessern, Qualitätsbeauftragte in Institutionen zu integrieren, Bewohner als „Kunden“ zu bezeichnen und Angehörige in den Heimbeirat zu wählen u. a. Diese Aspekte können lediglich zu einer leichten oberflächlichen Verbesserung der Situation von Heimbewohnern und den Mitarbeitern von Pflegeheimen führen, nicht aber zu einer grundsätzlichen Veränderung der Einstellung zu diesen.

Im Mittelpunkt der Überlegungen über Veränderungen in Pflegeheimen steht der pflegebedürftige alte Mensch. Was braucht er, um in Würde leben – nicht nur überleben – zu können. Sein Wohlbefinden ist genauso zu berücksichtigen wie seine menschlichen Grundbedürfnisse (z. B. Essen, Trinken, frische Luft, Bewegung, soziale Unterstützung, Kommunikation, qualifizierte Pflege und medizinische Behandlung, hygienische Maßnahmen). Erst dann ist die Frage berechtigt, wie die Kosten hierfür aufgebracht werden können. Das institutionelle Denken hat viele blind gemacht! Natürlich kann man sich fragen, ob man Pflegeheime überhaupt noch benötigt und ob sie in der heutigen Zeit noch ein menschenwürdiges Leben garantieren können. Allerdings bedarf es keiner großen zeit- und kostenaufwendigen neuen Untersuchungen, um herauszufinden, wie vielfältig und häufig Misshandlungen in Pflegeheimen auftreten und wie diese verringert werden können. Was hierüber derzeit schon bekannt ist, reicht aus, um endlich neue Wege zu gehen. Sinnvoll ist es auch nicht, erneut durch Untersuchungen zu erfragen, was pflegebedürftige Heimbewohner brauchen, um leben und nicht überleben zu können. Notwendig ist auch nicht, erneut Pflegekräfte nach ihren Belastungen zu befragen. Neue Untersuchungen könnten zudem eine Verhinderungstaktik sein, um wieder Jahre auf Veränderungen warten zu können. Es bedarf auch keines „Heim-Enquêtes“ im Sinne einer Psychiatrie-Enquête. Hierfür besteht keine Zeit! Was zu tun ist, ist jedem, der in diesem Bereich tätig ist, bekannt. Alle Kräfte hierzu müssten nur gebündelt und mit Durchsetzungsmacht ausgestattet werden.

Wir brauchen einen Zusammenschluss von Politikern, Theoretikern und Praktikern sowie Vertreter der Betroffenen, die gemeinsam neue Strukturen erarbeiten: kurzfristige, mittel- und langfristige Lösungsstrategien! Diese Aktion am Geld scheitern zu lassen, wäre sarkastisch: „Eine moderne Industriegesellschaft kann es sich problemlos leisten, auch den Alten und Schwerkranken ein würdiges Leben zu garantieren; sie muss sie nicht vertrösten, ihrem Schicksal überlassen, weil angeblich kein Geld da ist“ (Eder/Eder 1997).

Wir verfügen derzeit schon über eine breite Basis von Wissen. Die Wissenschaftszweige der Gerontologie haben bereits vielfältige Aspekte untersucht, die Praxis deren Effektivität bestätigt.

Hier nur einige Beispiele:

- Alternativen und strukturelle Veränderungsvorschläge zu den bisherigen Pflegeheimen existieren!
- Konzepte zur Verringerung von Missständen gibt es bereits!

- Pflegekräfte, die aktiv an Veränderungen mitwirken wollen gibt es!
- Schulungsmöglichkeiten für das Personal zur Verringerung von personaler Gewalt gibt es!
- regionale Versorgungs-Verbundkonzepte liegen vor!
- Konzepte zur Verbesserung der ambulanten Pflege unter Einbeziehung der vermehrten Unterstützung von Angehörigen existieren!
- Ehrenamtliche und Selbsthilfegruppen, die sich engagieren wollen, gibt es bereits!
- Das Grundgesetz – ohne Altersbegrenzung – gibt es seit Bestehen der BRD!

Um alle Erkenntnisse zu bündeln und alle beteiligten Personenkreise einzubeziehen, dürfte ein Heim-Enquête der geeignetste Weg dazu sein. Natürlich reicht es nicht aus, eine hoch qualifizierte Expertise mit vielfältigen Empfehlungen zusammenzustellen. Die Umsetzungswege, deren zeitliche und inhaltliche Vorgabe aufzuzeigen, Hemmnisse zu problematisieren und Wege zur Verwirklichung zu beschreiben, sind notwendig. Um aber die Versorgungslandschaft des pflegebedürftigen alten Menschen wirklich zu verbessern, bedarf es der Unterstützung der Öffentlichkeit. Erst wenn es gelungen ist, die Gesellschaft für dieses Problemfeld mehr als bisher „wach zu rütteln“ werden effektive Veränderungen möglich sein. Viele Pflegekräfte sind aktiv bereit, an Veränderungen mitzuwirken! Nutzen wir deren Potential und verdeutlichen unter Einbeziehung aller Bürger, dass es sich lohnt, auch als Pflegebedürftiger zu leben!

Abschließende Bemerkung

Es ist wenig darüber bekannt, wie pflegebedürftige alte Menschen die oft sehr willkürlichen Einschränkungen ihrer Menschenrechte erleben. Wer schützt sie vor Übergriffen? Sie können sich häufig nicht mehr ausreichend artikulieren, ihren Willen mitteilen, ihre Rechte und ihre Freiheit einklagen oder an die Solidargemeinschaft appellieren, ihnen nicht ihre Würde und ihre Schamgefühle zu nehmen. Wer sich in unserer Gesellschaft nicht äußern kann, wer über keine Lobby verfügt und sich durch andere vertreten lassen muss, wird mit Gleichgültigkeit bestraft. Verringerte Möglichkeiten, sich gegen Gewalt von außen zu wehren, haben oft auch deren Angehörige, die häufig mit ihren Schwierigkeiten und Belastungen alleingelassen werden. Bedingt durch die Arbeitsbelastung und die ihnen kaum zugebilligte gesellschaftliche Anerkennung, haben Pflegekräfte oft Angst, verfügen über keine Kräfte mehr oder wissen nicht, sich adäquat gegen die auf sie einwirkende Gewalt – überwiegend strukturelle und kulturelle – zu wehren.

Es gilt, den Entscheidungs-, Handlungs-, Bewegungs- und Gestaltungsfreiraum für Heimbewohner lebensweltorientiert zuzulassen und eine möglichst optimale Selbstbestimmung zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Freiräume entsprechend auch für die Pflegepersonen ermöglicht werden. Hierzu bedarf es des Einsatzes eines jeden Bürgers! Offen ist gegen Altersdiskriminierung vorzugehen und die Gerontophobie auch von Professionellen (z. B. Ärzten, Juristen, Politikern, Behördenmitarbeitern) abzubauen! Zu oft wird vergessen, dass das Schicksal eines Pfl-

gebedürftigen jeden treffen kann! Die Einrichtung einer „Heim-Enquête“ durch den Deutschen Bundestag scheint ein geeigneter Weg zu sein, um endlich das nachzuholen, was seit Jahren schon notwendig ist. Zudem wird das Prinzip „Hoffnung“ durch reales Veränderungs Bemühen genährt. Die Wichtigkeit, den Problembereich „Pflegeheim“ in das gesellschaftliche Bewusstsein zu verankern, wird zudem unterstützt.

Skeptikern sei mit den Worten von Regina Hildebrandt geantwortet:
„Erzählt mir doch nicht, dasset nich jeht“.

(Literatur beim Verfasser)

1.4 Statement zur aktuellen Situation der (Alten-)Heimversorgung aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht Prof. Dr. Doris Schaeffer

Ich möchte meine Ausführungen mit der Erinnerung an einen uns allen wohl bekannten Fall beginnen. Im Herbst des vergangenen Jahres war der Presse zu entnehmen, dass der Schauspieler Harald Juhnke nun mehr in einem Pflegeheim lebt. Schon die Formulierung „lebt“ ist falsch, denn eben dies war der Presse so nicht zu entnehmen. Vielmehr war dort Folgendes zu lesen: ich zitiere den Tagesspiegel vom 12.12.01 „Harald Juhnke – nie wieder auf der Bühne. Die Karriere des Entertainers ist endgültig beendet. Seine Familie brachte ihn in ein Heim für Demenzkranke ...“ Noch eindeutiger die Berliner Zeitung. Sie schrieb am gleichen Tag, „Harald Juhnke ist einfach nicht mehr da.“ und auch hier folgte – gleichsam als Beleg – ein Verweis auf die Heimunterbringung.

Ich will hier nicht über die individuelle Situation oder die besondere Krankheitssituation Harald Juhnkes sprechen, sondern darüber, was uns die Berichterstattung über die öffentliche Wahrnehmung über die Bedeutung des Heimeintritts für das Leben eines Menschen und damit in gewisser Weise auch über die Heimrealität sagt. Nahe gebracht wurde uns hier das Ende eines öffentlichen, gesellschaftlichen und sozialen Lebens symbolisiert durch den Übergang in ein Heim und das Entschwinden hinter „die Mauern“ einer Institution. Faktisch wurde – wie allein die gewählten Formulierungen und die Abfolge der Mitteilungen suggerieren – der soziale Tod einer Person bekannt gegeben und ganz in Einklang damit gleicht auch der Tenor der nachfolgenden Berichterstattung, die ich hier aus Zeitgründen nicht weiter wiedergebe, einem Nachruf.

Mag dieses Beispiel plakativ anmuten, so zeigt es doch etwas Typisches. In der öffentlichen Wahrnehmung endet mit der Unterbringung in einem Heim – richtiger einer stationären Pflegeeinrichtung - das gesellschaftliche und soziale Leben einer Person. Das Heim steht als Symbol für dieses Ende, u. a. deshalb, weil es den Blicken der Öffentlichkeit entzogen ist und eine eigene soziale Welt mit eigenen Regeln und eigener sozialer Ordnung darstellt, die außerhalb unserer normalen Welt liegt und relativ wenig Berührungspunkte mit dem sonstigen gesellschaftlichen Leben aufweist. Nebenbei bemerkt ist deshalb schwierig, gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Probleme und Nöte dieses Versorgungsbereichs zu erlangen.

Doch auch die Bewohner der Heime sind der gesellschaftlichen Öffentlichkeit weitgehend entzogen – sei es, weil ihr Aktionsradius aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen sukzessiv schrumpft und sie das Heim nur punktuell und selten verlassen (nur 22 % der Bewohner sind – einer eigenen Untersuchung zufolge – nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt) oder aber die Welt des Heims seine Bewohner mehr und mehr in den Bann zieht und deshalb eine Kluft zwischen drinnen und draußen entsteht.

Damit allein weist das Heim jedoch noch nicht allzu viele Besonderheiten auf. Für viele Institutionen des Gesundheitswesens gilt, dass sie

eigene soziale Welten verkörpern und ihre Klientel nicht öffentlich zugänglich und sichtbar ist. Hinzu kommt, dass dies bei anderen Institutionen ein temporärer Zustand ist, das Heim aber in der Regel nicht mehr verlassen wird. In der öffentlichen Wahrnehmung wird es daher – wie dem Beispiel zu entnehmen war – trotz aller gegenteiliger Reformbemühungen nach wie vor mit Abwärts und Sterben assoziiert, auch mit Siechtum und Pflegebedürftigkeit, und steht für das alsbald zu erwartende, dem sozialen Ende folgende biologische Lebensende und das reale Ableben einer Person. Das Heim also ein Ort des Sterbens, ein Hospiz, und damit eine Institution, die als Synonym für ein nach wie vor gesellschaftlich tabuisiertes Thema steht? Was ist dran an dieser Wahrnehmung? Hinkt sie den Tatsachen hinterher und bedarf der Korrektur oder weist sie uns auf etwas, was wir, die wir uns für und in diesem Feld engagieren gern anders gesehen hätten, und nicht hinreichend klar erkennen. Betrachten wir dazu einige Fakten.

Die Fachliteratur und auch der 3. Altenbericht der Bundesregierung widerspricht dieser Einschätzung. Stattdessen ist hier, sprachlich dezenter – und inhaltlich anders gelagert – vom Wohnen im Alter sowie von altersgerechten und sozialen Versorgungs- und Wohnformen die Rede und das suggeriert, als ginge es vorwiegend um räumliche und architektonische Besonderheiten des Lebens im Alter. Gleichwohl sprechen die vorliegenden Zahlen eine andere Sprache: so hat sich das Durchschnittsalter der Klientel in den vergangenen Jahren sukzessiv verschoben. Es lag bereits im Jahr 1998 bei 81 Jahren und einer von uns in NRW durchgeführten Studie zufolge liegt es sogar bei 83 Jahren. Kontinuierlich gestiegen ist auch der Anteil pflegebedürftiger Personen im Heim. Nur noch 5 % der Bewohner stellen heute – so Schneekloth/Müller (1999) – reine „Wohnfälle“ dar. Die überwiegende Mehrheit aller Heimplätze ist von hochgradig Pflegebedürftigen belegt. Dabei sind es vor allem Demenzerkrankungen (Bickel 1995), die – ähnlich wie bei Harald Juhnke – zum Umzug ins Heim führen. Auch hier eine Ergänzung aus eigenen Daten: 70 % der Heimbewohner wiesen in unserer Studie Beeinträchtigungen des Langzeitgedächtnisses und 88 % sogar des Kurzzeitgedächtnisses auf. Und schließlich: die durchschnittliche Verweildauer liegt vorliegenden Zahlen zufolge lediglich bei ca. 2-3 Jahren, aus einzelnen Einrichtungen werden deutlich geringere Verweildauern berichtet (BMFSFuJ 2001).

Faktisch also stellen die Heime die letzte Station – meist am Ende einer längeren Versorgungskette – überwiegend hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen dar, die dort ihre letzte, und wie die Zahlen zeigen, relativ kurze Lebenszeit vor dem Tod verbringen. Und deutlicher noch: faktisch haben die Heime längst Hospizcharakter erhalten. Das sich hier abzeichnende Bild ist mit dem Konzept der Heimversorgung kaum in Übereinstimmung zu bringen. Ursprünglich war die Hälfte der Heime so konzipiert, dass dort Abteilungen unterschiedlicher Versorgungsintensität zur Verfügung standen, wobei ein relativ kleiner Anteil an Plätzen für Pflegebedürftige vorgesehen war. Die restlichen 50 % der Einrichtungen waren entweder nur als Altenheime oder als Altenwohnheime für selbständig lebende Bewohner konzipiert. Diese Aufteilung und auch das dahinter stehende Konzept entsprechen heute nicht mehr der Zusammensetzung und auch nicht dem Bedarf der Klientel und aus eben dieser Diskrepanz

erwächst der derzeitige enorme Problemdruck, unter dem die Heime stehen.

Wie aber erklärt sich diese Entwicklung? Lassen Sie mich diese Frage kurz streifen, weil sie mir wichtig für die Diskussion der Veränderungserfordernisse scheint. Sie ist zum einen der demographischen Alterung geschuldet, die – wie zu sehen war – auch vor den Heimen nicht Halt gemacht hat. Hinzu kommen jedoch andere gesellschaftliche Entwicklungen. So erfolgten in den vergangenen Jahrzehnten – teils in Reaktion auf den demographischen aber auch die epidemiologischen Wandel, teils aus Kostengründen – zahlreiche Umbauten des Versorgungswesens, die ihre Rückwirkungen auf das Heim zeitigen. Konkret angesprochen ist der sich seit 30 Jahren vollziehende Prozess der Ambulantisierung: der Abbau stationärer Kapazitäten in der Akut- und Langzeitversorgung und der Ausbau der ambulanten Versorgung. In Folge der Ambulantisierung ist heute bei vielen Gesundheits- und Autonomieeinschränkungen eine zwar noch nicht zufrieden stellende, aber weitgehend ambulante Versorgung möglich geworden. Der Wandel der Versorgungsstrukturen hat jedoch die Patientenströme nachhaltig verändert, wie sich auch im Heim zeigt. Nicht nur Menschen im jüngeren Alter, sondern ebenso im mittleren und höheren Alter bevorzugen heute einen Verbleib in der häuslichen Umgebung – auch, wenn sich Autonomieeinschränkungen einstellen. Erst, wenn eine ambulante Versorgung an Grenzen stößt, wird ein Heimeintritt in Betracht gezogen. Vergleichbar wie auch andere stationäre Einrichtungen, sind die Heime in Folge dieser Entwicklung heute überwiegend mit schwierigen, d. h. ambulant nicht mehr zu versorgenden Klienten konfrontiert.

Mit einiger Sicherheit ist davon auszugehen, dass sich die Ambulantisierung künftig fortsetzen, ja sogar an Schärfe gewinnen wird – ich erwähne nur das Stichwort DRGs – und sich damit einhergehend die Patientenströme weiter verlagern. Für die Heimversorgung bedeutet dies, dass sich der Anteil von Klienten mit hochgradigem und komplexen Pflegebedarf weiter erhöht. Dabei ist – vorliegenden Prognosen zufolge – davon auszugehen, dass vor allem die Zahl dementiell und gerontopsychiatrisch Erkrankter steigen wird, allerdings auch die mit komplexen krankheitsbedingten Problemlagen und hochgradiger Pflegebedürftigkeit. Zugleich wird mit Zuwachs an ambulanten Möglichkeiten auch künftig eine Heimunterbringung so weit als möglich zu vermeiden versucht werden und sich als andere Seite der Medaille dessen die Verweildauer nicht wesentlich verkürzen. Darüber hinaus sind andere Veränderungen zu erwarten: so könnte sich – wie in den USA beobachtbar – der Altenheimsektor künftig zu einer Auffangstation für Engpässe in der akutstationären Versorgung entwickeln und vermehrt mit der Übernahme subakuter Versorgungsaufgaben konfrontiert werden. Ebenso freilich könnte ihm – wie schon heute tendentiell in der Kurzzeitpflege beobachtbar – verstärkt Kompensationsfunktion für Lücken in der ambulanten Versorgung zukommen.

Welche Konsequenzen erwachsen nun aus dem Gesagten? Sechs Punkte möchte ich herausstreichen:

1. Durch die hier nur angedeuteten Entwicklungen hat sich im Heimbereich ein grundlegender Anforderungswandel vollzogen, der seinen

Zenit noch keineswegs erreicht hat. Mit ihm haben die Heime nicht Schritt gehalten, was angesichts der stiefkindlichen Beachtung dieses Versorgungssegments nicht wundert. Zwar erfolgten in den vergangenen Jahren viele Anpassungen und Reformbemühungen. In der Summe betrachtet aber greifen sie zu kurz, weil sie zu sehr an politischen und finanziellen Gesichtspunkten und zu wenig an den Veränderungen des Bedarfs orientiert sind und vor allem, weil die hinter dem aktuellen Anforderungswandel liegenden Versorgungs- und strukturellen Prozesse zu wenig beachtet wurden. Erforderlich ist daher, die gesamte Tragweite der sich hier vollziehenden Veränderungen in den Blick zu nehmen und dabei dem Bedeutungswandel des Heims in der Versorgungskette mehr als bislang Aufmerksamkeit zu schenken. Erforderlich ist des Weiteren, dringend nötige konzeptionelle Neuorientierungen daran auszurichten.

2. Auch künftig werden Heime ihre Bedeutung behalten. Zwar leben von den 11,6 Mio. älteren Menschen über 65 Jahre nur 5,3 % in Heimen (BMFSFuJ 2001). Aber: von den über 90-Jährigen verbringt jeder Dritte seinen letzten Lebensabschnitt in Einrichtungen dieser Art (Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Das Heim spielt also vor allem für die gesundheitlich beeinträchtigten Hochbetagten eine wichtige Rolle und dies wird sich Prognosen zufolge nicht wesentlich ändern. Zu erwarten ist aber, dass sich der Charakter der Heime weiterhin verändern wird: Sie werden künftig zusehends weniger Stätte langjähriger Wohnens als vielmehr der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien meist chronischer Krankheit sein.

Die Konzepte der Heime entsprechend zu verändern ist angesichts des schon jetzt bestehenden Anpassungsrückstands erforderlicher denn je. Notwendig ist, in den Heimen verstärkt rehabilitative Potentiale zu entfalten, die medizinische Betreuung zu verbessern und vor allem: neue Pflegekonzepte zu entwickeln, die eben diesem Bedarf entsprechen. Dass dabei dem Thema „Demenz bzw. kognitive Einschränkungen“ eine besondere Bedeutung zukommt, scheint mir angesichts der vorliegenden Zahlen selbstredend zu sein. Nicht minder wichtig ist allerdings, den zunehmenden Bedarf an Unterstützung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit zu beachten. Obwohl über die Wichtigkeit neuer Pflegekonzepte Konsens zu bestehen scheint, lässt sich in der Versorgungsrealität Gegenteiliges beobachten. Zusehends mehr greifen dort Konzepte um sich, denen eine Minimierung pflegerischer Aufgaben zugrunde liegt. Sie vermögen vielleicht, die derzeitigen Finanznöte zu mildern, dürften sich aber schon über kurz oder lang als nicht hinreichend tragfähig erweisen.

Bei der Entwicklung solcher Pflegekonzepte ist nicht Neuland zu betreten. Gerade aus Ländern mit langjährig gewachsener Professionalisierungstradition in der Pflege liegt eine Vielzahl an Konzeptentwürfen vor. Sie auf breiterer Basis zu erschließen, auf ihre Übertragbarkeit hin zu prüfen, systematisch zu implementieren und auch zu evaluieren, ist eine vordringliche Aufgabe der Zukunft. Wie wichtig dabei ein systematisches und wissenschaftlich gestütztes Vorgehen ist, möchte ich ausdrücklich betonen. Denn derzeit wird vieles in der Praxis erprobt, getestet und wieder fallen gelassen, ohne es wissenschaftlich zu eva-

luieren, sodass nach wie vor wenig verallgemeinerbare Erfahrungen vorliegen und auf der Basis wenig konsistenten und evidenten Wissens agiert wird.

3. Dringend veränderbar ist darüber hinaus die Personalsituation. Eben weil die Klientenproblematiken in den stationären Einrichtungen und so auch im Heim schwieriger werden, benötigen wir dort nicht weniger und nicht geringer qualifiziertes Personal, sondern mehr Fachexpertise – und zwar wissenschaftlich fundierte Fachexpertise. Darüber bestand bei der Schaffung der Pflegestudiengänge Konsens, doch setzt sich diese Erkenntnis nicht in der Praxis um. Beobachtbar ist indes der gegenteilige Trend: die immer weitere Hinzuziehung niedrig qualifizierter Mitarbeiter in der Pflege – zusehends mehr aus dem Ausland. Bereits heute erreichen dem 4. Altenbericht zufolge nur 62 % der Einrichtungen die vorgeschriebene Fachkraftquote, im Bereich der Pflege sogar nur 40 % (BMFSFuJ i. E.). Qualitätsprobleme dürfen angesichts dessen nicht wundern. Um sie anzugehen und der Dequalifizierung zu begegnen, sind Maßnahmen auf personeller Ebene unumgänglich. Nicht minder wichtig, doch noch wenig angedacht, ist die Einführung neuer arbeitsorganisatorischer Modelle in der Pflege – solcher Modelle, die neu einzuführende Pflegekonzepte stützen und ermöglichen, dass Mitarbeiter mit hoher (wissenschaftlicher !) Fachexpertise ihren anderen Kollegen zur Seite stehen und sie supervidieren. Auch für diese Formen der Arbeitsorganisation gibt es Vorbilder, die jedoch noch zu erschließen und für die Praxis aufzubereiten sind.
4. Das Heim steht am Ende der Versorgungskette und hier in Gefahr, zur Abschiebestation für Menschen zu werden, die andernorts nicht mehr versorgt werden können und deren Sterben in der Wahrnehmung anderer – wie am Beispiel Harald Juhnkes zu sehen war – längst begonnen hat. Aber: sie leben noch. Mit anderen Worten es kann nicht einzig darum gehen, die ohne Zweifel fragwürdige Versorgungs- und Pflegequalität zu erhöhen, vielmehr muss es darum gehen, die Lebensqualität zu verbessern und dazu beizutragen, dass auch am Ende des Lebens und auch mit und trotz Einschränkungen ein qualitativ hochwertiges Leben möglich ist.
5. Zugleich scheint mir unverzichtbar zu sein, zur Akzeptanz dessen beizutragen, dass die Heime faktisch eine Versorgungsform für die letzte Lebensphase darstellen – eine Versorgungsform, die im Englischen als „End of life care“ bezeichnet wird. Zwar gibt es Ansätze, sich auch im Heimbereich mehr mit dem Thema Sterben und Tod auseinander zu setzen und doch unterliegt diese Annäherung nach wie vor vielen Tabuisierungen, wie sich nicht zuletzt in den deutschen Bezeichnungen dieses Versorgungssektors niederschlägt, die – wie erwähnt – konsequent an Begriffen wie Wohnen, Wohnformen und auch Sonderwohnformen festhalten und damit zur Verschleierung der sich hier ausbreitenden Problemsituation beitragen. In anderen Ländern stellt sich auch diese Situation anders dar, findet sich nicht nur ein unbefangener Umgang mit dem Thema Sterben und Tod, sondern sind für den Bereich „End of life care“ ebenfalls bereits vorbildhafte Konzepte entwickelt worden, mit denen die Auseinandersetzung lohnt. Sie aufzugreifen und damit im Heimbereich zu einer würdevollen Gestaltung

des letzten Lebensabschnitts beizutragen, statt hektisch eine Warm-Satt-Sauber- und Still-Versorgung sicherzustellen, stellt eine aus pflegewissenschaftlicher Sicht dringliche Herausforderung dar. Freilich ist auch dies mit Konsequenzen auf institutioneller und personeller Ebene verbunden und dürfte darüber hinaus nicht möglich sein, ohne auch den gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben zu revidieren.

6. Nicht minder wichtig ist, den Ausbau der ambulanten Versorgung weiter voranzutreiben. Befragt man ältere Menschen danach, wo sie ihren letzten Lebensabschnitt verbringen möchten, bevorzugen sie durchgängig die häusliche Umgebung und lehnen eine Heimunterbringung vehement für sich ab. Diesem Wunsch Rechnung zu tragen und damit Patienten- oder Nutzerpartizipation nicht nur zu proklamieren, sondern zu realisieren, bedeutet, die ambulante Versorgung so weiter zu entwickeln, dass ein Verbleib in der eigenen Umgebung auch möglich ist und hier ein hinreichend umfassendes, ausdifferenziertes kontinuierliches Angebot zur Verfügung steht. Das gilt vor allem für die ambulante Pflege – einem für eine häusliche Versorgung unverzichtbaren Aggregat. Wie vorliegende Analysen zeigen, konnte in den vergangenen Jahren zwar der quantitative Ausbau der ambulanten Pflege erfolgreich vorangetrieben werden, doch steht eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung noch aus. So stößt hier die Versorgung und Pflege dementiell Erkrankter, von Menschen mit komplexen Krankheitsbildern und Autonomieeinbußen, von Menschen in den Spätstadien chronischer Krankheit und in der Zeit des Sterbens auf profunde Schwierigkeiten und strandet an Konzept-, Struktur-, und Finanzproblemen (Schaeffer i. E.). Ähnliches gilt für die, für eine häusliche Versorgung unabdingbare Angehörigenunterstützung. Wie wichtig sie ist, deutet der Fall Harald Juhnkes an, in dem die Heimunterbringung u. a. deshalb erfolgt ist, weil sich die Angehörigen von den ihnen mit einer häuslichen Betreuung zufallenden Aufgaben überfordert sahen. Mit anderen Worten, ohne Behebung dieser und anderer Defizite dürfte schwerlich möglich sein, tragfähige Alternativen zur Heimversorgung anzubieten und dem Wunsch älterer Menschen zu entsprechen. Freilich darf dabei nicht übersehen werden, dass ein Gelingen dieser Bemühungen abermals die Situation der Heime verändern wird. Daher nochmals mein Plädoyer dafür, diesen Interdependenzen künftig mehr Beachtung zu schenken.

Abschließen möchte ich mit einem Wunsch für Harald Juhnke, gewissermaßen einem Zukunftsszenario: Wünschenswert wäre, er hätte die Wahl zwischen häuslicher und Heimversorgung und würde, wie immer auch seine Entscheidung ausfällt, auf eine seiner individuellen und auch seiner Krankheitssituation angemessene entsprechende Pflege und eine Humanitätskriterien entsprechende Versorgung treffen, die ihm trotz Ende seiner Berufskarriere, trotz Krankheit und Pflegebedürftigkeit und auch trotz beginnender Abwärtsentwicklung ermöglicht, weiter zu leben und ihm ein qualitativ lebenswertes Ende seines Lebens beschert. Zum Ausdruck bringen möchte ich damit, dass wir uns davor hüten sollten, allzu ausschließlich auf das eine oder andere Versorgungsmodell zu setzen. Vielmehr sollten wir schlicht die Möglichkeit schaffen, unser Leben – egal wo – mit und trotz Einbußen in Würde leben und beenden zu können und ergo dafür Sorge tragen, dass dies realisierbar wird.

Literatur

- Bickel, H. (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen. Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung. Alzheimer Krankheit. Bonn, 49-68
- BMFSFuJ (i. E.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation
- BMFSuJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Drucksache 14/5130. Berlin
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Schneekloth, U./Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Baden-Baden: Nomos

2. Streitgespräch zur Errichtung einer „Enquête der Heime“ Moderation: Marion Förster, Gesundheitsjournalistin

Pro- und Contra-Stellungnahmen

Herzlich Willkommen auch noch mal von mir, mein Name ist Marion Förster, ich bin Radiojournalistin, arbeite in Hamburg für den Norddeutschen Rundfunk, meine Themenschwerpunkte sind Gesundheit und Soziales.

Heute Nachmittag sind zunächst sechs Statements im Programm aufgeführt. Dann gehen wir endlich in die Diskussion. Ich denke, dass einige von Ihnen schon ganz ungeduldig sind, ihre Meinung zu den hier bereits genannten Argumenten zu sagen.

Geplant ist, dass die Statements höchstens 1 Stunde in Anspruch nehmen werden, die Referenten haben alle die Vorgabe bekommen, höchstens 10 Minuten zu sprechen. Ich bitte darum, dass sie sich auch daran halten.

Ich schlage vor, wir gehen danach sofort in die Diskussion. Ich werde dann mit dem Mikro herumgehen, wir haben auch noch zwei Mikrophone in den Gängen stehen. Sie sehen, es sind sehr viele Leute da, deshalb bitte ich Sie, nachher kurz ihren Namen zu sagen, für welche Organisation/Institution Sie sprechen und sich möglichst kurz zu fassen.

Dann soll ich noch sagen, dass die Diskussion heute Nachmittag aufgezeichnet und anschließend dokumentiert wird, es kann also im Zweifelsfall alles gegen Sie verwandt werden. Damit starten wir in den Nachmittag. Nach der Diskussion ist eine kurze Pause eingeplant. Herr Hurrelmann wird dann den Abschluss der Veranstaltung übernehmen und einen kleinen Ausblick geben, wie es denn weitergehen könnte.

Sie haben das Programm vorliegen, als Erste wird nun Frau Knebel von der Alzheimer Gesellschaft sprechen.

2.1 Stellungnahme von Ulrike Knebel

2. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Auch ich möchte Sie ganz herzlich begrüßen und mich dafür bedanken, dass ich heute die Möglichkeit habe, die Position der Deutschen Alzheimer Gesellschaft darzulegen.

Ich sage gleich vorweg, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unterstützt die beantragte Enquête der Heime, weil sie, wenn sie denn zustande kommt, sich zur Aufgabe machen wird:

1. Die professionell stationären und ambulanten Sorgeangebote abzuklopfen und zu flexibilisieren.

2. Das tragfähige Sorgepotential der familiären Netzwerke zukunftsfähig zu machen.
3. Das zunehmende bürgerschaftliche Engagement zu stärken.

Wir unterstützen eine Enquête, da sich die Deutsche Alzheimer Gesellschaft bereits seit Jahren für die genannten Aufgaben einsetzt. Wie lange ein Demenzkranker nach der Diagnosestellung noch zu leben hat, hängt in einem sehr hohen Maße von der Qualität der Versorgung ab.

Um die Dringlichkeit des politischen Handlungsbedarfs deutlich zu machen, skizziere ich zunächst kurz die bestehende Versorgungssituation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen.

Es fehlt an gerontopsychiatrisch qualifizierten Fach- und Hausärzten, die sorgfältig diagnostizieren und über die Krankheit aufklären. Die Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten ist unbefriedigend. Betroffene bzw. ihre Angehörigen müssen häufig mehrere Ärzte aufsuchen, bis das Krankheitsbild überhaupt ernst genommen wird. Für Demenzpatienten, die sich oftmals strikt weigern, einen Arzt aufzusuchen, findet sich häufig kein Arzt, der dann bereit ist, einen Hausbesuch zu machen. Die überwiegende Zahl der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland weiß im Grunde genommen nichts über das Thema Demenz. Das betrifft sowohl die Ärzte als auch das Pflegepersonal. Unnötige Fixierungen und medikamentöse Ruhigstellungen sind oftmals Routine im täglichen Umgang mit diesen Patienten. Rehabilitation für Demenzkranke wird gegenwärtig nur vereinzelt in Tagesstätten, Kliniken, Gerontopsychiatrischen Zentren und Heimen angeboten. Die meisten Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation sind auf die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken nur unzureichend eingerichtet. Es fehlt die Anerkennung der Pflegeversicherung zur Anleitung und Beaufsichtigung der Patienten. Daran ändert auch der ab April 2002 geltende Leistungsanspruch Dementer mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz nicht viel, gilt er doch nur für die häusliche Pflege und nur für diejenigen, die bereits in einer Pflegestufe sind.

Für die pflegenden Angehörigen der Demenzkranken gibt es kein flächendeckendes Netz von Anlaufstellen. Die von ambulanten Diensten geleistete Pflege ist für Demenzkranke oft wenig hilfreich, da die Mitarbeiter unter Zeitdruck arbeiten, meistens nicht gerontopsychiatrisch qualifiziert sind und häufig wechseln. Es fehlt an Tagespflegeplätzen. Die bestehenden sind vielfach nicht auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten. Auch die Aufnahmekriterien haben sich seit meiner Zeit als betroffene Angehörige – seit fast 15 Jahren – kaum verändert. Viele Angehörige klagen besonders darüber, dass sie für ihre weglaufgefährdeten oder sehr unruhigen Patienten entweder erst gar keine Einrichtung finden oder aber nach einem Probetag nicht wiederkommen dürfen. Obwohl gerade Demenzkranke unter Schlafstörungen und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus leiden – was in der Regel zu einer enormen Belastung der Angehörigen führt – gibt es nur sehr wenige teilstationäre Nachtpflegeangebote.

Eine Folge der mangelnden konkreten Entlastungen ist z. B. die unnötig frühe Aufgabe der häuslichen Pflege und der Umzug in ein Altenheim mit

seinen hohen Folgekosten. Doch auch hier ist die Versorgungssituation oft genug unbefriedigend bis katastrophal. Etwa 2/3 der Bewohner von Pflegeheimen sind in unterschiedlichem Ausmaß psychisch verändert, verwirrt oder demenzkrank. Das Personal ist oftmals – von der Heimleitung über die Pflegedienstleitung bis hin zur Hilfskraft – unzureichend qualifiziert. Schwierige Arbeitsbedingungen und ein unbefriedigender Personalschlüssel führen oft zur Gleichgültigkeit und Burn-Out. Der wachsende Widerspruch zwischen dem, was im Interesse des einzelnen Bewohners zu leisten wäre und dem, was tatsächlich machbar ist, verstärkt die Erscheinungen von Resignation und Demotivation beim Personal. Demenzkranke werden nicht als Menschen, sondern als Störungen des Heimalltags behandelt. Auch auf Weglauftendenzen, Umherirren und Protest wird immer noch viel zu oft mit Sedierungen, Fixierungen und z. B. dem Legen einer Magensonde reagiert. Pflege reduziert sich auf Verwahrung. Folgen von Medikamenten können jedoch nicht nur ein gelähmtes Leben sein, sondern auch der vorzeitige Tod, wie Claudia Wilhelm-Göbbling in ihrer Studie nachweist.

Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind weder in ausreichendem Maße vorhanden, noch ausreichend für die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker qualifiziert. Nicht selten führt der Aufenthalt in einer Kurzpflegeeinrichtung zu verstärkter Desorientierung und dem raschen Abbau von Kompetenzen. Natürlich sind andere Zustände als die beklagten in der Betreuung dementer Menschen möglich. Doch unsere Gesellschaft, denke ich, ist in gefährlicher Weise dabei, dies zu leugnen und diese Leugnung kostentechnisch zu zementieren. Dabei kommen dann eben Zerrbilder menschenwürdigen Lebens heraus. Doch überall, wo sich gerontopsychiatrische Arbeit unter angemessenen Bedingungen vollzieht, entdeckt man andere Bilder als die von leidenden, vor sich hinvegetierenden Demenzkranken, sowohl in der häuslichen Versorgung, als auch in Heimen, in klinischen Stationen, in teilstationären und ambulanten Diensten. Und deshalb darf es, denke ich, nicht länger dem Zufall, engagierten Einzelpersonen oder gutwilligen Entscheidungsträgern überlassen bleiben, ob Betroffene und ihre Angehörigen eine angemessene Versorgung und Unterstützung finden oder nicht.

Angesicht der Prognosen in Sachen Demenz ist eine an Qualitätsstandards orientierte und flächendeckende Versorgung unabdingbar. Das mahnen wir als grundsätzlichen Bedarf für alle Versorgungsbereiche immer wieder an und dazu gehört insbesondere ein Netz von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, das mit dem vorhandenen bzw. aufzubauenden Versorgungssystem kooperiert, z. B. auch mit den örtlichen Selbsthilfegruppen und Alzheimer Gesellschaften, die sich in der letzten Zeit vielerorts etabliert haben, sowie therapeutisch orientierten Gruppenangeboten für Demenzkranke im frühen Stadium. Diese Gruppen unterstützen die Kranken beim Umgang mit den Folgen der Krankheit, der Lebensführung, der Regelung ihrer rechtlichen Angelegenheiten usw. Modelle in Wetzlar und Nürnberg haben Vorzeigecharakter. Dazu gehört auch, dass eine ambulante Rehabilitation im häuslichen Umfeld grundsätzlich möglich ist und dass es ein Netz von Anlauf- und Beratungsstellen für pflegende Angehörige, niederschwellige Angebote wie z. B. Betreuungsgruppen und Helferrinnenkreise in Zentren – oder eben bei Bedarf auch zu Hause – sowie Anlaufstellen für Demenzkranke – besonders im Frühstadium – gibt. Ge-

fördert werden sollten Gerontopsychiatrische Verbundsysteme, wie sie bereits in mehreren Bundesländern existieren. Sie können regional vorhandene Kompetenzen bündeln und die systematische trägerübergreifende Kooperation aller, die an der Versorgung Demenzkranker beteiligt sind, ermöglichen. Teilstationäre Angebote, insbesondere auch die gerontopsychiatrische Nachtpflege müssen dringend ausgebaut werden.

Bei der stationären Versorgung sehen wir dringend folgenden Bedarf:

1. Abgestufte Versorgungsangebote;
Erste Modelle existieren bereits. Dabei geht es darum, unterschiedlich intensive Betreuungsformen in einem Zentrum miteinander zu verknüpfen.
Gefördert werden sollten ferner familienähnliche Wohngemeinschaften für Demenzkranke, mit denen es z. B. in Berlin gute Erfahrungen gibt.
In Heimen sollten Angehörige verstärkt einbezogen und Angehörigenbeiträge eingerichtet werden.
2. Therapeutische Angebote,
3. Angemessene fachärztliche Versorgung, um den Missbrauch der Bedarfsmedikation zu verhindern und die Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser zu vermeiden.
4. Qualifizierung der Mitarbeiter;
5. Demenzgerechte Personalschlüssel.

Längerfristig gesehen befürchtet die Deutsche Alzheimer Gesellschaft jedoch, dass es dem Gesetzgeber, wie in der Vergangenheit, so auch in der Zukunft, nicht gelingen kann, das Leben im Heim – aufgrund seiner strukturellen Vorgaben – nennenswert zu verbessern, d. h. so zu verbessern, dass sich Demenzkranke dort wohlfühlen.

Ich bin davon überzeugt und habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass viele Angehörige bereit sind, zu Hause zu pflegen. Dazu müssen die Rahmenbedingungen stimmen und es bedarf der gesellschaftspolitischen Akzeptanz.

Ich wünsche mir, dass die Enquête eingerichtet und Erfolge zeigen wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

2.2 Stellungnahme von Cornelia Sennewald

Referentin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie in NRW

Ich stelle meinem Statement zwei grundsätzliche Thesen voran:

Es wird zukünftig nicht ohne Heime gehen.

Wir sollten dennoch unsere Arbeit darauf ausrichten, dass wir das, was wir in NRW in den vergangenen Jahren angestoßen haben, damit pflegebedürftige ältere Menschen solange wie möglich unabhängig von Heimen leben können, weiter ausbauen. Dies bedeutet, neben Heimen weitere alternative Wohnformen, wie Haus- und Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen und Dienste, die es ermöglichen, auch bei Pflegebedürftigkeit zu Hause zu leben, auch zukünftig zu unterstützen.

Es reicht nicht, die in den Medien angeblichen oder tatsächlichen miserablen Zuständen in den Heimen darzustellen. Ein wichtiger Punkt, der viele Menschen bewegt, nicht in ein Heim zu wollen, besteht in der Einschätzung, dass auf die Bedürfnisse und Wünsche des einzelnen Individuums in einer Einrichtung mit ihren Vorgaben in der Alltagsstruktur zu wenig eingegangen wird. Dafür gibt es Ursachen und Gründe die öffentlich besprochen werden müssen. Ich würde mich freuen, wenn in der heutigen Diskussion welche benannt würden.

Veränderungen in unserer Gesellschaft, Familien und Nachbarschaften machen es schwer, kranke Menschen zu pflegen. Häufig sind die hochbetagten, alten Menschen dauerhaft hilfsbedürftig und multimorbid. Familien und Nachbarn kommen oftmals an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. All dies führt dazu, dass es zum Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim für viele Menschen keine Alternative gibt. Ein anderer Grund liegt oftmals in der Tatsache, dass Familienangehörige und Freunde bereits verstorben sind und damit ein belastbares soziales Umfeld nicht mehr existent ist.

Es ist festzustellen, dass das derzeitige Versorgungssystem den steigenden individuellen Ansprüchen von Menschen nicht immer gerecht wird. Die zentrale Frage, die uns hier und heute bewegt, lautet: „Können Heime eine Wohn- und Versorgungsform darstellen, in der wir im Alter, wenn wir krank und pflegebedürftig sein sollten, leben können?“

Ich gehe davon aus, dass ein großer Teil von uns, so wie es heute Morgen auch schon angesprochen worden ist, im jetzigen Zustand, d. h. wenn wir gesund sind, sagen würde: „Ich möchte nie in einem Heim leben.“ Das Beispiel Harald Juhnke von heute Morgen hat allerdings auch gezeigt, dass es Situationen gibt, in denen es keine Alternative zur Heimunterbringung gibt. Sei es, weil Angehörige den Pflegebedürftigen nicht pflegen können, sei es weil keine Angehörigen, Freunde oder Nachbarn da sind, die sich um den Pflegebedürftigen kümmern können oder sei es, weil das Krankheitsbild eine Pflege außerhalb einer stationären Einrichtung gar nicht zulässt.

Die Frage, die von den Initiatoren der Einrichtung einer Heimenquôte zu Recht aufgeworfen wird ist die, ob es nicht trotz der Gründe, die ich gerade aufgezählt habe, Alternativen zur Heimunterbringung gibt. In dem Memorandum zur „Einrichtung einer Heimenquôte“ sind diese Alternativen völlig offen gelassen worden. Wie wir heute Morgen erfahren haben, sollten mögliche Ergebnisse nicht vorweggenommen werden. Der qualitative Sprung von der Ablehnung dessen, was nicht gewollt wird, hin zu Angebotsformen, die eine Alternative zur gegenwärtigen Heimunterbringung darstellen, soll von der Heimenquôte geleistet werden.

Die Vorschläge neuer und innovativer Versorgungsangebote sollen also von Experten erarbeitet werden. Das ist mir zu wenig. Wir brauchen eine breit angelegte und offene Diskussion über das Leben und das Arbeiten in unseren Heimen.

Es stellt sich daher die Frage nach den Gründen, warum viele Menschen nicht in einem Heim leben wollen. Sind es die angeblichen katastrophalen Zustände in den Einrichtungen, wie es die Medien suggerieren und die auch in diesem Aufruf zur „Einrichtung einer Heimenquôte“ dargestellt werden? In der Öffentlichkeit wird das Image von Pflegeheimen äußerst negativ bewertet oder doch zumindest kritisch überzeichnet. Unberücksichtigt bleibt hierbei, dass viele Träger ihre Bewohner fürsorglich und liebevoll betreuen und die Mehrzahl der Beschäftigten sich nach Kräften und mit hohem persönlichen Einsatz darum bemühen, den oftmals schwierigen Dienst so zu gestalten, dass den individuellen Bedürfnissen und den jeweiligen besonderen psychischen und körperlichen Gegebenheiten der Bewohner entsprechend geholfen, betreut und gepflegt wird. Diese Mitarbeiter verdienen unseren höchsten Respekt. Auch die Einrichtungen, in denen qualitätsvolle Pflege und Betreuung erfolgt, bedürfen der Würdigung und der Anerkennung ihrer Tätigkeit.

Wenn wir zukünftig mehr Lebensqualität für ältere pflegebedürftige Menschen gewährleisten wollen, dann müssen wir Strukturen entwickeln, die auf die individuellen Wünsche von Menschen eingehen und diese berücksichtigen. Das MASQT und der Landespflegeausschuss haben mit der Untersuchung „zum Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in Pflegeheimen“ hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet. Diese hat ergeben, dass die Pflegebedingungen in stationären Einrichtungen verbesserungsbedürftig sind. So ist der zeitliche Rahmen für Unterstützungsleistungen so eng bemessen, dass auf individuelle Bedürfnisse und Erfordernisse nicht immer angemessen reagiert werden kann.

Zur Aufarbeitung dieser Problematik und um auf die Neuregelungen im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zu reagieren, wird das MASQT daher in einem Modellprojekt in 20 Referenzeinrichtungen Qualitätssicherungskonzepte entwickeln. Es soll eine Referenzeinrichtung bei jedem Spitzenverband der freigemeinnützigen, privat-gewerblichen und kommunalen Träger stationärer Pflegeeinrichtungen angesiedelt werden. Dadurch werden 20 Einrichtungen als „best-practice“ Modell beispielgebend für die 1.600 stationären Pflegeeinrichtungen in NRW sein.

Das Land unterstützt die Entwicklungen zur Verbesserung der Lebensqualität in den Heimen und damit auch die Alternativen zur gegenwärtigen

gen Heimunterbringung darüber hinaus im Rahmen der Förderung von Modellprojekten. Im Bereich der dementiell Erkrankten hat das Land NRW, gemeinsam mit der Stiftung Wohlfahrtspflege, im letzten Jahr ein Programm zur Verbesserung der Lebenssituation von an Demenz Erkrankten gestartet. In verschiedenen Modellprojekten werden Lebensbedingungen, Pflegebedingungen oder Arbeitsorganisationsalternativen o. Ä., die speziell auf dieses Krankheitsbild abgestimmt sind, so gestaltet, dass auf die Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen besonders eingegangen wird.

Meine Damen und Herren, abschließend stelle ich nochmals fest, es wird auch zukünftig nicht ohne Heime gehen, aber wir sollten dafür sorgen, dass für ältere und pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich Unterstützungen durch ambulante Dienste, komplementäre Hilfeangebote, Aufbau von Netzwerken und altengerechte Wohnungen Bedingungen geschaffen werden, dass sie in der Form leben können wie sie es sich wünschen. Dies ist eine Aufgabe, der sich insbesondere die Beteiligten vor Ort stellen. Hier liegt deshalb eine große Chance aber auch ein hohes Maß an Verantwortung für die im kommunalen Bereich Verantwortlichen.

Das Land wird sich auch zukünftig im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel an der modellhaften Weiterentwicklung von Hilfeangeboten für alte und pflegebedürftige Menschen und damit natürlich auch an der Entwicklung von Alternativen zur gegenwärtigen Heimunterbringung beteiligen.

2.3 Stellungnahme von Dr. Eberhard Jüttner

Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände, stellvertretender Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Sehr verehrte Damen und Herren, ich darf mich recht herzlich für diese Einladung zu dem Streitgespräch bedanken und begrüße es, wenn man sich in dieser Deutlichkeit, wie es uns die Forschungsgemeinschaft zeigt, für Veränderungen im Leben der sozial schwächeren Menschen einsetzt.

Es wurden bereits in den vorhergehenden Diskussionen und in den Grundaussagen viele Negativbeispiele zur Situation in Heimen dargestellt, die ich als Sozialmediziner im Prinzip nur begrüßen kann, bzw. die ich auch selbst erlebe.

Dies und der demographische Wandel in dem wir uns befinden, zwingt zu neuen Betrachtungsweisen zur Sicherung der Lebensqualität unserer behinderten und älteren Mitbürger. Bestehende Sorgesysteme sind aus unserer Sicht kritisch zu betrachten und unter dem Gesichtspunkt der heutigen Rolle zu diskutieren. Und so verstehe ich auch das Engagement der Forschungsgemeinschaft, dies als einen ersten Schritt in die richtige Richtung zu sehen.

Da Einzelheiten der Überalterung unserer Gesellschaft bekannt sind, kann auf spezifische Probleme meinerseits verzichtet werden. Betonen möchte ich allerdings, was für die Weiterbetrachtung der Zukunft in Absicherung der Unterstützungssysteme immer im Auge zu behalten ist: Die zunehmende Schere zwischen den zu betreuenden Bürgern und dem zur Verfügung stehenden Bedarf an Hilfspersonen. Das zwingt uns dazu, bereits heute solche Formen der Lebensgestaltung zu entwickeln, die auch Zukunftsmodellen gerecht werden können und wo die Garantie gegeben wird, dass nicht nur die allgemein sich darstellende Pflegequalität als das Kriterium des Erfolges angesehen wird, sondern die Lebensqualität im Mittelpunkt der Betrachtung steht und das Maß der Dinge wird.

Somit sollte es sich bei der Diskussion genereller Fragen von Problemen der Behinderten- und Altenhilfe nicht nur um die Einzelbetrachtung eines Feldes handeln – beispielsweise einer Lösung der Heimsituation – sondern sie sollte alle Aufgabengebiete gleichermaßen umfassen. Dazu gehören teilstationäre, ambulante oder offene Angebote.

In einer sehr kritischen Auseinandersetzung wird seitens der Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ die pflegerische Absicherung von mehr als einer halben Millionen älterer Menschen in den Heimsystemen in Frage gestellt, wobei sowohl strukturelle als auch funktionelle Ursachen herausgearbeitet werden.

Es wird in dem Text von der Feststellung ausgegangen, dass – wie es teilweise auch in vielen Medien proklamiert wird – sich die in den Pflegeheimen befindlichen Menschen unter Bedingungen aufhalten, die der Würde des Menschen nicht gerecht werden. Dabei wird vor allem die Unfreiwilligkeit angesprochen, mit der sich die Heimbewohner im Heim

befinden, wobei viele Beweggründe zu dieser Unfreiwilligkeit führen. Eine Unfreiwilligkeit, die bis zum Lebensende wirkt und aus der ein Entrinnen nicht möglich ist.

Den pointierten Hinweis auf andere Unterbringungsformen, in denen sich Menschen auch unfreiwillig befinden, kann man – wenn man die Bemühung der über 300.000 Mitarbeiter in Heimen betrachtet – aus der Sicht der Wohlfahrtsverbände nicht in der Form, wie sie hier diskutiert wird, stehen lassen. Von den Mitarbeitern wird teilweise eine hochmotivierte Arbeit geleistet, um den Anforderungen einer modernen Behinderten-/Altenhilfe gerecht zu werden.

Ich glaube, nicht Gewalt gegen ältere Menschen, gleich wie die Art dieser Gewalt sich aus äußerer Sicht darstellt – als körperliche, verbale oder psychische Erscheinungsform – ist der Inhalt der Arbeitstätigkeit, der sich die Mitarbeiter unterziehen und für die sie sich einsetzen, sondern das Wollen, mit den vorhandenen Möglichkeiten das Beste für den sozial schwächeren Menschen zu leisten.

Ich verschweige nicht, dass aus meiner Sicht in Heimen wesentliche Änderungen erforderlich sind, um dem Anspruch auf ein würdevolles und ein selbstbestimmtes Leben älterer, behinderter, pflegebedürftiger Menschen auch im Heim Rechnung zu tragen.

Ich werde fachlicher: Es sind vor allem strukturelle und funktionelle Ursachen zu nennen, die es nicht ermöglichen, dass das Leben in Heimen gegenwärtig in der Form gestaltet wird, wie wir es als richtig erkennen. Dabei begehen wir bereits den ersten Fehler, zu sagen, was für die behinderten alten Menschen das Richtige ist und machen dabei zugleich den zweiten Fehler, wenn wir das einerseits auf alle betroffenen Menschen pauschalisieren, wo wir uns andererseits für eine individuelle Herangehensweise aussprechen.

Insofern mag es durchaus richtig sein, dass nicht wenige Heimbewohner bei anderen Variationen ihren ferneren Lebensabend auch anders gestalten würden, als ein Leben im Heim. Genauso wie sich wesentlich mehr Menschen auch innerhalb eines Heimes wohlfühlen würden und es als die richtige Lösung ihres Lebensabends betrachten würden, wenn das Umfeld eines Heimes und die inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisgerecht sind.

Es sollte nicht Inhalt einer Enquête-Kommission der Heime sein, die Frage aufzuwerfen: „Brauchen wir noch Heime“ oder krasser formuliert: „Wir brauchen keine Heime“, für uns ist alles das, was Heim bedeutet, der Würde im Umgang mit Menschen entgegengerichtet. Zu fragen ist: Was ist notwendig, um das Leben im Heim auch lebenswert zu gestalten und die Würde im Heim zu gewährleisten.

Brauchen wir dafür aber eine Enquête-Kommission oder brauchen wir viel mehr andere Bedingungen, neue Rahmenstrukturen, die die freie Entfaltung eines Menschenlebens im Heim ermöglichen.

Hier ist die Politik gefordert, die aber letztlich – wenn man es kritisch betrachtet – versagt. Auch die jüngsten Gesetzlichkeiten können kaum den Anspruch erheben, mehr Lebensqualität in die Heime zu bringen.

Führen nicht gerade die neuen Gesetzlichkeiten zu viel mehr Bürokratie, zu mehr Kontrollen und das unter dem Segel der Qualitätsverbesserung? Kann man mit einer Änderung der Heimmindestbauverordnung wirklich mehr Menschlichkeit in die Heime bringen? Erhöhen wir mit der Heimbewohnermitbestimmungsverordnung tatsächlich die Mitwirkung des Menschen, der beispielsweise unter das Betreuungsrecht fällt?

Ich spreche mich nicht gegen die neuen Gesetzlichkeiten aus, sondern betone nur, dass vielfach das Wollen einer Veränderung an der falschen Seite ansetzt und nicht dort, wo die eigentlichen Ursachen zu suchen sind. Werden die Heime nicht zu sehr von der Wirtschaftlichkeit geprägt und ist nicht gerade deshalb die Situation der Menschen im Heim – gleichwohl als Heimbewohner als auch als Mitarbeiter – frustrierend?

Viele Fragen mehr, die wir eigentlich wissen und lösen sollten und nicht durch neue Kommissionen zu bestätigen haben, ohne dass sich dabei weder kurz- noch langfristig für den älteren Menschen mehr Gewinn an Lebensqualität entwickelt.

Ich bin ein Vertreter, der sich für die bessere Entwicklung des ambulanten Bereiches einsetzt, da die These „ambulant vor stationär“ richtig ist. Aber einen Bereich abzustreichen, wäre ein kapitaler Fehler, da es immer Menschen geben wird, die der intensiven nur stationären Pflege unterworfen sein werden – wo die Möglichkeit wegen fehlender Alternativen eine Betreuung ambulant nicht möglich ist – während andere pflegebedürftige Menschen ihr Lebensende auch zu Hause finden werden.

Es bieten sich dabei bereits heute zunehmend bessere Möglichkeiten an, die auch den Heimcharakter mehr oder weniger auflösen, wenn ich nur an die Hausgemeinschaften denke, die durch das Kuratorium der Deutschen Altenhilfe entwickelt und entsprechend proklamiert werden.

Ich würde es insgesamt sehr begrüßen, wenn es uns gelingen würde, viel mehr Ehrenamtlichkeit auch im Bereich der Altenhilfe insgesamt und hier auch integrierend in das Heim aufzunehmen. Hilfsstrukturen werden sich in Zukunft nur in der intensiven Entwicklung der Ehrenamtlichkeit entsprechend gestalten.

Zusammenfassend darf ich nochmals die Meinung der freien Wohlfahrtspflege herausstellen: Wir teilen durchaus die Einschätzung, die vorhandenen Versorgungsstrukturen entsprechend künftiger Entwicklungen kritisch zu betrachten und über zukünftige Perspektiven nachzudenken.

Wir sind aber der Auffassung, dass das in Abhängigkeit von den zu betrachtenden Zielgruppen erfolgen müsste. Inwieweit eine Heimenquote mit der vorgeschlagenen Engführung auf den Heimbereich sinnvoll erscheint, wird von uns fraglich gesehen. Vielmehr sollte die zukünftige Entwicklung im Rahmen des gesamten Pflege- und Gesundheitsbereiches in den Blick genommen werden. Wir regen an, dass Experten und Exper-

tinnen aus Politik, Wissenschaft und Verbänden der Leistungserbringer und der Leistungsträger an einem Tisch zusammengeführt werden, um gemeinsame Zukunftsperspektiven in der Versorgung, aber auch um Konsequenzen aus gesellschaftlicher, sozialpolitischer, rechtlicher und finanzieller Sicht für die Umsetzung zu diskutieren.

Wenn das mit der heutigen Tagung und der fortführenden Gesprächsführung gemeint ist, dann können wir als Wohlfahrtsverbände der Enquête-Kommission weiterhin nur viel Erfolg wünschen.

2.4 Stellungnahme von Gertrud Löhken-Mehring

Abteilungsleiterin Sozialpolitik beim AWO Bezirksverband Westliches Westfalen

Schönen Dank meine Damen und Herren, die Arbeiterwohlfahrt hat die Aufforderung der Bielefelder Forschungsarbeitsgemeinschaft Menschen in Heimen mit Interesse zur Kenntnis genommen. Insbesondere die in Verbindung mit dieser Aufforderung von verschiedenen Medien publizierte Schlagzeilen wie „Heimsystem als Auslaufmodell“ oder „Abschaffung des Heimsystems“ geben uns Anlass zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Dabei wird von der Forschungsarbeitsgemeinschaft, nach unserer Einschätzung, in einem starken Maße generalisiert und pauschaliert, es werden Beschreibungen und Darstellungen zur derzeitigen Versorgungssituation in Heimen vorgenommen, die eine differenzierte Betrachtung in Anlehnung an die jeweils in den Heimen lebenden Menschen vermissen lässt.

Die Forschungsarbeitsgemeinschaft erhebt unter Bezug auf die demographische Entwicklung, die Entwicklung familiärer Strukturen, den medizinischen Fortschritt und weitere Parameter die globale Forderung, das bestehende Heimsystem zukünftig verstärkt durch ambulant-kommunale Versorgungssysteme zu ersetzen, ohne dabei detaillierte Konsequenzen bzw. Umsetzungsfragen anzusprechen bzw. konkret zu benennen.

Die Arbeiterwohlfahrt teilt die Einschätzung, dass die vorhandenen Versorgungsstrukturen angesichts der angeführten Entwicklungsgrößen kritisch zu beleuchten sind und dass über zukünftige Perspektiven nachzudenken ist. Inwieweit dafür aber eine Enquête-Kommission mit der vorgeschlagenen Engführung auf den Heimbereich sinnvoll ist, erscheint uns fraglich. Vielmehr sollte die zukünftige und gewünschte Entwicklung im gesamten Pflege- und Gesundheitsbereich in den Blick genommen werden. Die gesamte Altenhilfestruktur und das Gesundheitswesen sind auf den Prüfstand zu stellen, dabei ist zu untersuchen, ob die jeweiligen Hilfeformen ihre Wirkungen nachhaltig erzielen und welche Alternativen zu entwickeln sind. Diese notwendige Aufgabe darf für die hilfebedürftigen Menschen nicht die Frage aussparen, welche Ressourcen zur Verfügung gestellt und finanziert werden können und müssen. Denn die Analyse der Leistungsstrukturen in der ambulanten Pflege, die von der Forschungsarbeitsgemeinschaft als Alternative zum Heim favorisiert wird, würde mehr als deutlich machen, dass der gesetzlich propagierte Vorrang der ambulanten Versorgung allenfalls als Absichtserklärung zu werten und unter den herrschenden Rahmenbedingungen nicht umgesetzt wird.

Beispielsweise haben Sozialhilfeträger dann ein hohes Interesse daran, Pflegebedürftige in die stationäre Heimpflege zu überführen, wenn eine ambulante Versorgung die Kosten einer Heimversorgung übersteigt. Es bedarf großer Anstrengung, auch in Beratungssituationen, hier dann die ambulante Versorgung weiterhin zu sichern. Weiterhin ist zu hinterfragen, wie die Gewalt und Abhängigkeitsverhältnisse in der Familie sowie die Versorgungsqualität für demente Menschen zu bewerten sind.

Vor diesem Hintergrund würde sich zeigen, dass das Leben in einer Heimgemeinschaft in manchen Fällen die eindeutig bessere Alternative darstellt. Jedenfalls ergibt sich bei der Berücksichtigung dieser und anderer Parameter ein differenzierteres Bild einer notwendigen Versorgungsstruktur. Insofern sind effektive und effizient aufeinander abgestimmte Lösungen für die Schaffung einer bedarfsgerechten Versorgungskette im Alter von ambulanten niederschweligen Angeboten über somatische und gerontopsychiatrische Hilfestrukturen, bis hin zu einer Qualität vor einer Heimversorgung dringend notwendig.

Es macht also wenig Sinn, einzelne Punkte aus dem System der Altenhilfeangebote herauszulösen und in den Fokus der Betrachtung zu stellen. Wir würden uns daher wünschen, dass die Fraktion des Deutschen Bundestages eine Enquête-Kommission zur Zukunft der Pflege, also mit einem deutlich erweiterten Auftrag einsetzen. Als ein relevanter Träger von sämtlichen Angebotsformen im Altenhilfebereich sind wir sehr an einer solchen, quasi Zukunftswerkstatt, interessiert und gerne bereit daran mitzuwirken.

Wir erlauben uns allerdings den Hinweis, dass eine solche Kommission nicht in allgemeinen Betrachtungen oder Wunschvorstellungen stecken bleiben darf, sondern durchaus die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen Pflege in Deutschland geleistet wird, in den Blick nehmen und auch konkrete Vorschläge erarbeiten sollte, inwieweit die völlig unzureichende finanzielle Situation, gerade auch im ambulanten Bereich, verändert werden kann.

Nicht zuletzt muss sich eine solche Kommission mit der Frage auseinandersetzen, wie in den kommenden Jahren eine größer werdende Anzahl von Pflegebedürftigen, von einer kleiner werdenden Anzahl von potentiellen Pflegekräften versorgt werden kann und welche Ressourcen dafür zur Verfügung zu stellen sind. Diese Frage ist bis heute von niemandem auch nur annähernd beantwortet worden. Eine Enquête-Kommission die dazu substantielle Vorschläge erarbeitet, würde den Betroffenen, ihren Angehörigen und den Pflegekräften einen großen Dienst erweisen.

So weit die offizielle Position der Arbeiterwohlfahrt. Lassen Sie mich noch zwei/drei Gedanken verwenden auf den heutigen Vormittag.

Populistisches Agieren auf dem Niveau der Bildzeitung, ich sage das ganz bewusst so, beschädigt nach meiner Auffassung die Würde der Betroffenen, die Würde der pflegenden Angehörigen und auch die Würde der professionell Arbeitenden in den Einrichtungen.

Wenn das der Stil ist, nehmen wir ganz bewusst in Kauf, diejenigen nicht an einer Zukunftsdiskussion zu beteiligen, sie mit auf den Weg einer Zukunftsgestaltung zu nehmen, die heute Pflegearbeit leisten, die viel Erfahrung haben, die die Schwachpunkte kennen und große Beiträge leisten können zur Veränderung der Zukunftssituation. Ich warne davor, diesen populistischen Stil weiterzuführen, wir beschädigen die dort Engagierten und Betroffenen.

Ein weiterer Gesichtspunkt, Harald Juhnke.

Harald Juhnke ist eine tragische Figur, ich sage das ganz bewusst so, ist eine tragische Figur. Harald Juhnke wird heute gehandelt als ein armer Mensch mit an demenzerkrankten Erscheinungsbildern. Das ist falsch. Harald Juhnke ist nicht der typisch an Demenz erkrankte Mensch. Harald Juhnke hat ein exzessives Leben geführt und leidet heute an anderen Krankheitsbildern.

Damit möchte ich keine Schuldzuweisungen vornehmen. Ich möchte nur deutlich machen, was wir alles in einen Topf werfen und wie wir damit umgehen. Ich habe die Diskussion heute auch in der Mittagspause mitbekommen. Es wird nur schwarzweiß gemalt. Schwarzweiß zu malen heißt, da ist ein armer Mensch, der jetzt in eine Einrichtung abgeschoben wird, weil seine böse Familie sich nicht mehr um ihn kümmert. Das kann es doch nicht sein. Das waren viele Diskussionen heute an den Mittagstischen.

Ich bitte darum, sehr differenziert, mit ganz unterschiedlichen Situationen umzugehen, zu würdigen, das wir eine Gesellschaft sind mit einer sehr vielfältigen Struktur, mit sehr vielfältigen Bevölkerungsstrukturen, mit sehr individuellen Ausprägungen und dass wir uns die Chance nicht verbauen, für die Zukunft unterschiedliche, vielfältige und nach Möglichkeit für den Einzelnen angemessene Versorgungs- und Hilfestrukturen zu finden.

Und ich bekenne mich an dieser Stelle ganz offen auch für stationäre Pflegeeinrichtungen. Wenn ich das richtig in Erinnerung habe, liegt der Prozentsatz der alten Menschen in stationären Einrichtungen im Alter über 65 seit 10 bis 15 Jahren ungefähr bei 5 %. Er ist nicht nach oben gegangen, er ist nicht gestiegen, obwohl die Anzahl der alten Menschen sich deutlich erhöht hat. Also muss doch weiterhin die Frage zulässig sein, welche Faktoren dazu führen, dass insbesondere die hochaltrigen Menschen in ihrer allerletzten Lebensphase für kurze Zeit, oftmals für sehr kurze Zeit, in die stationäre Altenpflege aufgenommen werden müssen.

Ich bitte zu bedenken, es gibt belastende Situationen für Familien, wo Familien in die Entscheidungsposition geraten oder in die Situation geraten, sich entscheiden zu müssen, umfassende Sorge nicht mehr ertragen zu können. Sie erkranken daran, sie halten es nicht mehr aus. Und wir müssen Familien die Chance lassen und das Recht zugestehen für sich die Entscheidung zu treffen, hier ist Schluss, hier kann ich nicht mehr, hier können wir nicht mehr und hier bekenne ich mich offen.

Meine Erfahrung ist an vielen Stellen: Wenn diese Entscheidung getroffen worden ist, gibt es auch wieder neue Chancen des aufeinander Zugehens und des gemeinsamen Miteinander.

Mein Appell zielt dahin, eine Zukunft im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege neu zu gestalten, sehr nachhaltig zu fragen, welche Wirkungsweisen die heutigen Angebote haben, ob sie in der Zukunft in der Form notwendig sind oder ob nicht Alternativen geschaffen werden müssen. Aber ich persönlich versperre mich davor, eine Angebotsform gegen die andere auszuspielen. Auf diesem Wege gewinnen wir nichts, sondern wir müssen gucken, dass die einzelnen Angebotsformen optimale

Rahmenbedingungen bekommen, um das Optimale für den jeweiligen Hilfebedürftigen auch leisten zu können.

Schönen Dank.

2.5 Stellungnahme von Uwe Frevert Interessenvertretung „Selbstbestimmt leben“ in Deutschland

Bevor ich mich dem Thema der heutigen Veranstaltung zuwende, möchte ich einiges über meine Person vorweg schicken. Ich bin 44 Jahre alt und hatte mit knapp 2 Jahren Kinderlähmung (Polio). Fast hätte ich damals während der akuten Polio-Erkrankung mit einer „Eisernen Lunge“ (Unterdruckkammer) beatmet werden müssen und auch heute habe ich geringe Einschränkungen mit meiner Atemmuskulatur. In Folge von Polio benutze ich einen Elektrorollstuhl und bin auch auf personelle Hilfen (Assistenz) angewiesen. Ich bin glücklich verheiratet, habe zwei Kinder im Alter von 5 und 9 Jahren und arbeite in Kassel in einem großen Zentrum für selbstbestimmtes Leben als Peer Counselor (Berater), um anderen behinderten Menschen bei der Bewältigung von Problemen behilflich zu sein.

Im Jahr 1991 wurde der Bundesverband „Interessenvertretung „Selbstbestimmt Leben“ in Deutschland, ISL e.V.“ gegründet, zu deren Vorstand ich heute gehöre. Dies ist ein Zusammenschluss von Zentren für selbstbestimmtes Leben und Teil der internationalen Bürgerrechtsbewegung „Independent Living“ von Menschen mit Behinderung, welche Ende der 60er-Jahre in Amerika entstand. Sie verurteilte die Politik der Aussonderung und Institutionalisierung behinderter Menschen und fordert unbeirrt die vollständige, gleichberechtigte Integration Behinderter in die Gesellschaft.

Die Mitglieder der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung ZEIGEN, Dass DIE MEISTEN DERZEITIGEN HILFEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN INSTITUTIONELLE STRUKTUREN MIT AUSSONDERNDEM CHARAKTER HABEN. Diese nehmen ihnen die Wahlfreiheit von Hilfsangeboten, hindern sie daran die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und halten sie in bevormundender Abhängigkeit.

Die Situation in den so genannten „Heimen“ der traditionellen Behindertenhilfe hat nichts mit einer heimischen Lebenssituation wie in einer eigenen Wohnung gemeinsam. Die Behindertenhilfe steht in der Tradition der großen Anstalten des 19. Jahrhunderts. Wir erleben eine HISTORISCH GEWACHSENE AUSSONDERUNG behinderten Lebens durch Sonderschulen, Sonderfahrdienste, Werkstätten für Behinderte und andere Sondereinrichtungen. Für mich ist die Verwendung des beschönigenden Begriffs „Heim“ eine bewusste Irreführung, so wie die Buren in Süd-Afrika die Ghettos der Schwarzen als „Home Lands“ bezeichneten.

Der Begriff „Selbstbestimmt Leben“ ist in den letzten Jahren auch in der traditionellen Behindertenarbeit immer häufiger zu hören und erfreut sich dort wachsender Beliebtheit. Eigentlich müsste mich das freuen, denn unsere Selbstbestimmung zu fördern und für sie zu kämpfen ist mein Anliegen.

Stattdessen bin ich voll Sorge und Ärger, wenn ich in Konzepten von Wohnprojekten oder Anstalten den Begriff wieder finde und feststellen muss, dass er zum leeren Slogan verkommt, dass er zum Aufpolieren ver-

alteter Fürsorge- und Verwahrstrukturen benutzt wird, ohne in seiner Radikalität jemals zu Ende gedacht worden zu sein. Ich habe oft den Eindruck, als ob dort nicht erkannt worden ist, dass die Forderung nach Selbstbestimmung für Behinderte eine menschenrechtspolitische Forderung ist.

Menschenrechte wurden zum ersten Mal im Zeitalter der französischen Revolution formuliert und lassen sich auf drei Begriffe: „Freiheit – Gleichheit – Brüderlichkeit“ zurückführen. Was damals die Franzosen auf die Barrikaden brachte, beschäftigte spätestens ab 1945 die ganze Welt, nachdem die Gräueltaten des Nationalsozialismus, denen auch hunderttausende von behinderten Menschen zum Opfer fielen, bekannt wurden. Die Vereinten Nationen verabschiedeten 1948 die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“, die als Grundlage der menschlichen Gemeinschaft gelten sollte.

In Deutschland, wie in vielen anderen Ländern, diente diese Menschenrechtserklärung als Vorbild für unsere Verfassung. So wird im Grundgesetz der BRD ausdrücklich das Recht auf „freie Entfaltung der Persönlichkeit“ festgeschrieben, womit nichts anderes garantiert werden soll, als die Freiheit, sein Leben selbst zu bestimmen und zu gestalten.

Man muss diese Zusammenhänge sehen, um zu erkennen, dass unsere Forderung nach Selbstbestimmung (Tobias Reinartz, Bonn 1991) kein Ruf nach Almosen, Mitleid oder Bevorteilung ist, sondern eben der Ruf nach „Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit“.

Die „Selbstbestimmt-Leben“-Bewegung fordert die gleiche Palette an Wahl- und Kontrollmöglichkeiten bezüglich der eigenen Lebensführung wie sie nichtbehinderte Menschen für sich genießen. Folglich müssen behinderte Personen so viel Initiative als irgendwie möglich ÜBERNEHMEN KÖNNEN, um Dienstleistungen zu entwickeln, welche die KONTROLLE DURCH DIE BENUTZER gewährleisten. Der grundsätzliche Unterschied zum traditionellen Modell der „Fürsorge“ oder „Betreuung“ liegt in der EIGENSTÄNDIGEN ORGANISATION UND DER INDIVIDUELLEN UNTERSTÜTZUNG DURCH BEHINDERTE SELBST.

In der traditionellen Behindertenhilfe besitzen die Einrichtungen alle wesentlichen Entscheidungskompetenzen über Art und Weise der Hilfen, während die behinderten Kunden selbst nur passive Empfänger der Leistungen sind.

Kennzeichen für die traditionelle Behindertenhilfe ist, dass sie eine HIERARCHISCHE STRUKTUR HABEN, BEI WELCHER DIE BEHINDERTEN KUNDEN AN LETZTER STELLE STEHEN.

Einer der Gründe, weswegen behinderte Menschen häufig Diskriminierung erfahren, ist, dass ihr Anderssein mit krank gleich gesetzt wird. Die medizinische Sichtweise von Behinderung klassifiziert uns als hilflos und weist uns die Rolle des passiven Patienten zu. In dieser sind wir schließlich abhängig von der Betreuung anderer und der eigenen Verantwortung enthoben. Solche „verordneten“ Lebensumstände werden von

jedem Menschen als nicht lebenswert empfunden, was auch die Bezeichnung „Invalide“ (Latein: wertlos) ausdrückt.

Mit dem Vorurteil, dass Behinderte krank, und unfähig sind für sich selbst zu sorgen, werden viele von uns auf Anstalten verwiesen. Wir sind dadurch grundlegender Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und der Selbstbestimmung enthoben, die für andere selbstverständlich ist. Diesen Ausgesonderten fehlt Selbstsicherheit, zwischenmenschliche Verhaltensformen und Möglichkeiten zu natürlicher Selbstentfaltung. Die behinderten Menschen der „Selbstbestimmt-Leben“-Bewegung zeigen vielfach, dass niemand wegen Art und Ausmaß der Behinderung, sein Leben in einer Institution verbringen muss, wenn entsprechende Hilfen vorhanden sind.

Behinderung ist aber kein medizinisches Problem, (Dr. Adolf Ratzka, Stockholm 1984) sondern EIN PROBLEM UNGLEICHER MACHT-VERHÄLTNISSE. Behinderte Menschen sind eine unterprivilegierte Minderheit, die ihren Status als Bürger zweiter Klasse nur durch politische Einflussnahme und die hierüber zu erreichenden systematischen Machtveränderungen aufheben können.

Ich verbrachte 10 Jahre im Krankenhaus München Schwabing, auf der Station 8/1, dem damaligen Polio-Kinderkrankenhaus von München, weil es in den 60er-Jahren für Menschen mit meiner Behinderung scheinbar keine andere Unterstützung gab. Das medizinische Krankenhauspersonal bestimmte die Zeiten, zu denen ich aufstehen durfte und an denen ich im Bett sein musste. Schlechte Erfahrungen machte ich damals, und diese bestätigten sich später aufgrund der vielen Kontakte mit anderen behinderten Personen, als allgemein gültige Gegebenheit in der BRD und auch im Ausland: Unser Anderssein wurde mit krank gleich gesetzt und Ärzte in gehobener Position, die vielleicht während des dritten Reiches ausgebildet wurden, oder deren Schüler, haben uns Schmerzen und Narben zugefügt (Udo Sierk und Nati Radtke, Hamburg 1984).

1969 zog ich mit meinen drei Geschwistern und meiner geschiedenen Mutter in ein großes Rehabilitationszentrum der Pfennigparade e.V. in München:

„Dieses Ghetto“ mit über 500 Behinderten gilt heute noch als fortschrittlich und liegt ganz in der Nähe des Krankenhauses München Schwabing. Als heranwachsender Mann verspürte ich den Wunsch, ein eigenständiges Leben führen zu können. Meine Geschwister waren bereits ausgezogen, nur ich konnte die 4-Zimmerwohnung nicht verlassen, da sie an eine behinderte Person gebunden war. Auch gab es im Jahr 1977 keine ambulanten Hilfsdienste (AHD) für behinderte Personen wie mich. Für die Bewohner der Pfennigparade gab es einen „Hauspflegedienst“, welcher mir Assistenz für die täglichen Verrichtungen und der Studienbegleitung durch Zivildienstleistende (ZDL) zusicherte.

Schließlich fand meine Mutter für sich eine geeignete Wohnung und ich hatte beschlossen die 4-Zimmerwohnung zusammen mit nichtbehinderten Freunden zu teilen. Es dauerte nicht lange, und mir wurde nahe gelegt die Pfennigparade zu verlassen, da „die Wohnungen nur für Behinderte bestimmt“ seien. Eine Klassenkameradin, Ingeborg Plangger, hatte

ein ganz ähnliches Problem: Sie lebte mit einem ehemaligen ZDL zusammen in ihrem Zimmer im Internat der Pfennigparade und sollte ebenfalls „baldmöglichst die Einrichtung verlassen“.

Es gab aber auch den blinden Heimleiter, Dr. August Rüggeberg, der sich zwischen den Interessen der behinderten Internatsbewohner und den angestellten Pädagogen wieder fand. August Rüggeberg setzte sich damals für die Anliegen der behinderten Bewohner ein und kämpfte z. B. gegen eine Geschäftsführung, die unangemeldete Zimmerbegehungen durchführte.

Die Idee des ersten ambulanten Hilfsdienstes (AHD) wurde in den Jahren 1977 und 1978 in der Pfennigparade mit dem damaligen blinden Heimleiter, den Internatsbewohnern und anderen behinderten Personen, die aus der Sondereinrichtung ausziehen wollten, entwickelt.

Die in der Folge gegründeten AMBULANTEN DIENSTE verstehen sich FÄLSCHLICHERWEISE ALS „ALTERNATIVE zum Heim“. Diese Dienste weisen jedoch, wie der stationäre Bereich an und für sich, GRUNDMUSTER ENTMÜNDIGENDER HILFE auf (Horst Frehe, Wien 1990). Über die Hilfeleistung der ambulanten Dienste wird ein Abhängigkeitsverhältnis begründet, das ALLE MACHT BEI DEN LEISTUNGSANBIETERN konzentriert und die „Betreuten“ strukturbedingt ohnmächtig und hilflos macht. Schließlich erlebten wir uns mit Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) in unserer eigenen Wohnung (in der „Freiheit“!) abhängig von der „Betreuung“ anderer und der eigenen Verantwortung enthoben. Ein Prozess der Abhängigkeit und Unselbständigkeit wurde mit dem SGB XI gesetzlich in Gang gesetzt.

Menschen, die auf die Mithilfe anderer angewiesen sind, werden sehr leicht die elementaren Entscheidungen für die eigene Person verweigert. Indem nichtbehinderte Leistungsanbieter ihre Überlegenheit erkennen, fühlen sie sich dazu berechtigt, auch die Kontrolle über andere Bereiche der „Pflegebedürftigen“ zu übernehmen. Das Ergebnis ist Bevormundung in den wichtigsten Bereichen des täglichen Lebens, wie uns IN ABSCHRECKENDER WEISE DIE PFLEGEVERSICHERUNG vor Augen führt. Im Rahmen der Sachleistung des SGB XI sind wir als PFLEGEBEDÜRFTIGE OBJEKTE der Fürsorge anderer ausgeliefert.

SKRUPELLOS WERDEN UNS VORGABEN GEMACHT, wann wir ZU ESSEN haben, wann wir DIE TOILETTE BENUTZEN dürfen, wann wir ZU BETT GEHEN müssen und wann wir wieder AUFSTEHEN DÜRFEN. Solch eine Bevormundung hat nichts mit einem selbstbestimmten Leben gemeinsam.

Im Alltag konfrontieren uns z. B. die Qualitätssicherungsmaßstäbe des Pflegeversicherungsgesetzes. Demnach hat die medizinisch orientierte Fachpflegedienstleitung die Dienstpläne „nach den Bedürfnissen der Leistungsempfänger“ festzulegen, also kann nicht die behinderte Person selbst entscheiden, (Dr. Andreas Jürgens, München 1995) wann personelle Hilfe erbracht werden muss.

Und weiter ist in den Bundesempfehlungen für die Rahmenverträge über die Leistungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen nachzulesen: „Im Rahmen der Planung von Mahlzeiten und der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ist eine ausgewogene Ernährung anzustreben. ... der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl ... zu beraten.“ Wer folglich personelle Hilfe beim Essen und Trinken benötigt, muss sich also grundsätzlich rechtfertigen können, wenn er/sie etwas Bestimmtes essen möchte.

Oder: „... das An- und Auskleiden umfasst auch die Auswahl der Kleidung gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen“. Auch hier ist eine Alleinentscheidung der behinderten Person nicht vorgesehen. Und weiter: „Beim Aufstehen und Zubettgehen sind Schlafgewohnheiten, Ruhebedürfnisse und evtl. Störungen angemessen zu berücksichtigen“. Auch dies bedeutet, dass der Zeitpunkt des Aufstehens und Zubettgehens vom Pflegedienst bestimmt wird, nach den jeweiligen organisatorischen Zwängen zur Einhaltung von Dienstplänen. Die Bedürfnisse der Leistungsempfänger sind nur zu „berücksichtigen“.

Solange wir nicht kontrollierende Auftraggeber der Hilfeleistung sind, besteht in der Organisation der Hilfeangebote ein abnormer Widerspruch zwischen Träger- und Kundeninteressen. Ich bezweifle auch, dass eine „Enquête der Heime“, die geforderte Änderung der Machtverhältnisse herbeizuführen vermag.

Das MODELL DES SELBSTBESTIMMTEN LEBENS HEBT DAS TRADITIONELLE MACHTGEFÄLLE zwischen Helfer und Hilfeempfänger MUSTERGÜLTIG AUF. Behinderte bekommen durch die Anerkennung von 4 Entscheidungskompetenzen echte Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Beziehung zu ihren Helfern. Beide Seiten sind mit Rechten und Pflichten ausgestattet, so dass es zu einem ausgewogenen Verhältnis kommt, wie es sich zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bewährt hat.

Wir sprechen hierbei von persönlicher Assistenz, da es um eine assistierende Hilfe in allen Lebensbereichen der behinderten Person geht. Tatsächlich wird dieses selbstgewählte Hilfeprinzip dem Anspruch nach einer „MENSCHENWÜRDIGEN UND GANZHEITLICHEN PFLEGE“ gerecht.

Um von persönlicher Assistenz sprechen zu können, ist es notwendig, dass behinderte Menschen über folgende Entscheidungsgewalten verfügen:

FINANZkompetenz
ORGANISATIONskompetenz
PERSONALKompetenz
ANLEITUNGskompetenz

Ich wünsche Ihnen und den Veranstaltern einen ergebnisreichen und lebendigen Verlauf des Streitgesprächs und hoffe, mit meinen Ausführungen ein wenig dazu beitragen zu können - vielen Dank.

2.6 Stellungnahme von Angelika Gemkow

MdL, Seniorenpolitische Sprecherin der CDU Landtagsfraktion in NRW, Vorsitzende der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Enquête - demographischer Wandel

Der Initiative, im Bundestag eine Enquête der Heime und der Zukunft der Pflege einzurichten, stimme ich zu. Das Thema Pflege muss überall auf die Tagesordnung. Die Zukunft der Pflege ist eines der wichtigsten gesellschaftspolitischen Themen (leider viel zu wenig beachtet von der Öffentlichkeit).

Wovon man liest: Dekubitus, Festschnallen, Flüssigkeitsmangel, strenge Hausordnung, Überdosis Medikamente.

Pflegemängel, Pflegedefizite, Pflegefehler oder Misshandlungen dürfen nicht länger tabuisiert werden. Die dramatischen Berichte und aktuellen Daten – ob es Veröffentlichungen der Pflegekassen, des Deutschen Vereins oder auch des KDA sind – müssen Konsequenzen haben. Die Zeit ist endgültig vorbei, um einfach zur Tagesordnung mit anderen spektakulären Themen überzugehen (Sie rütteln uns auf. Ich mache mir nicht alle Berichte zu eigen).

Schwarze Schafe unter den Pflegeanbietern müssen erkannt und benannt werden. Es darf kein Tabu geben! Das gilt für Pflegeheime genauso wie für ambulante Pflegedienste. Das gilt aber auch für die unzureichende Pflege zu Hause.

Pflege heißt aber auch, dass viele engagierte Menschen mit hohem persönlichen Einsatz ihre schwere Arbeit für immer mehr Pflegebedürftige leisten (Pflege ist weiblich/Frauenquote 80 %). Es gibt vorbildliche Pflegeeinrichtungen, die Menschen betreuen und pflegen.

Ich halte nichts davon, alle Mitarbeiter und alle Pflegeeinrichtungen gleichermaßen zu diskriminieren und an den Pranger zu stellen.

Für die große Zahl der Pflegeplätze gibt es derzeit wenig überzeugende Alternativen. Falsche Erwartungen und Hoffnungen zu wecken, ist für mich nicht akzeptabel, weil integrierte Versorgungskonzepte fehlen!

Wozu führt eine undifferenzierte Sichtweise?

Die Menschen haben noch mehr Angst vor dem Umzug in das Pflegeheim. Wir finden kaum noch Menschen als Fachkräfte für die Pflege. Schon heute wird ein Kopfgeld für Fachkräfte gezahlt. Wer will schon in einem Beruf arbeiten, der ein schlechtes und völlig falsches Image hat und in dem man kaum öffentliche Anerkennung hat.

Aber: Die Heime müssen offen mit Kritik umgehen. Neue Leitbilder und kleinere Einheiten sind das Ziel.

Vor wenigen Wochen hat der Landtag von NRW auf Antrag der CDU-Fraktion eine Enquête-Kommission zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW beschlossen. Diese Kommission soll zunächst eine Bestandsaufnahme zur aktuellen Situation der Pflege in NRW erstellen. Auf der so gewonnenen Grundlage soll sie sich dann damit befassen, wie die Qualität der Pflege sichergestellt und verbessert werden kann.

Die 15-köpfige Kommission aus Abgeordneten und externen Sachverständigen wird sich in zweijähriger Arbeit mit der Frage befassen, wie ein flächendeckendes Angebot an stationären und ambulanten Angeboten in NRW sichergestellt werden kann, wie die Pflege Morgen fachgerecht aussehen muss und welche innovativen Wege im Bereich der Versorgung älterer Menschen nötig sind. Damit meine ich auch die Diskussion über neue Pflegeformen, wozu auch neue Wohnkonzepte gehören.

Gegenstand der Kommissionsarbeit muss auch die Frage sein, inwieweit das Ziel einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen umgesetzt ist, bzw. umgesetzt werden kann.

Die Finanzierungsproblematik in dem Gestrüpp der Sozialbürokratie ist ein Zeichen, ein wichtiger Punkt der Diskussion. Die Pflegeversicherung z. B. ist eine Mindestversicherung – keine Vollabsicherung. Wie soll künftig die zusätzliche private Absicherung aussehen?

Ein Ziel muss bei allen Untersuchungen, Beratungen, Überlegungen und Anregungen der Enquête-Kommission im Vordergrund stehen. Das ist die Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege. Dieser Zielsetzung fühlt sich, das möchte ich unterstreichen, die CDU im Landtag besonders verpflichtet, sonst macht der Antrag auf Einrichtung der Pflege-Enquête auch keinen Sinn.

Wir wissen, dass es noch großer Kraftanstrengungen bedarf, um eine menschenwürdige Pflege in der Zukunft sicherzustellen. Wir müssen die Bevölkerung davon überzeugen, dass jeder von uns betroffen sein kann. Wir müssen das Interesse der Öffentlichkeit wecken. Im Moment gelingt das ja oft nur mit brutalen Berichten über Pflegemissstände. Die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft gehören auf die Tagesordnung – nicht das Verschweigen!

Welche Wege und Zielsetzungen bei einer Pflege-Enquête dabei zu gehen sind, welche Verkrustungen dabei aufgebrochen werden müssen, welche Interessengegensätze dabei aufeinander prallen, kann ich kurz vor Beginn der Konstituierung der Pflege-Enquête im Landtag derzeit nur erahnen.

Pflegenotstand – Investitionsstau

Schon heute leben in Deutschland 850.000 ältere und behinderte Menschen in Heimen. Rund 530.000 Bewohnerinnen und Bewohner von

Alteinrichtungen sind pflegebedürftig. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen lebt heute in der eigenen häuslichen Umgebung.

Landschaftsverbände

In Nordrhein-Westfalen droht nach Aussagen der Landschaftsverbände und des Städtetages, wie Sie wissen, bei einem Investitionsstau von über 4,5 Milliarden Euro ein Pflegenotstand. Dies bedeutet zum Beispiel, dass dringend benötigte Sanierungsmaßnahmen in unseren Pflegeeinrichtungen jahrelang aufgeschoben werden oder dass Investitionen in neue Pflegeinfrastruktur nur unzureichend erfolgen.

Das Land NRW hat sich völlig aus der Finanzierung der Pflegeinfrastruktur zurückgezogen und überlässt dies den Kommunen bzw. privaten Anbietern.

LWL-Landschaftsverbände – Städtetag reden bei 4,5 Milliarden Investitionsstau für notwendige Modernisierung und neue Angebote von einem Pflegenotstand.

Altenpflege – Gewinnung von Fachkräften

Es fehlen ebenso Finanzmittel für die wichtige Altenpflegeausbildung. Die Fachseminare müssen dringend nötige Ausbildungsstellen streichen. (Um diese Frage haben wir seit Jahren eine erhebliche fachliche Auseinandersetzung mit der Landesregierung). Es ist nicht nur mit guten Worten der Politik in NRW getan. Modellprogramme, deren langfristige Finanzierungsart ungesichert ist, lehnen wir ab.

Viele junge Menschen sind bereit zu einer Ausbildung im Altenpflegeberuf. Wir bilden sie nicht aus, stattdessen wird die Forderung nach Greencards für die Pflege gestellt.

Ich lehne Greencards für Pflege ab. Die Qualität der Pflege wird erheblich darunter leiden. Schnellkurse für Interessentinnen aus Osteuropa – das kann und darf nicht die soziale Lösung des Aufschreis nach mehr Pflege sein.

Ich möchte meine Erfahrungen und Forderungen wie folgt zusammenfassen:

- Wir müssen Visionen und Pflegeleitbilder für eine menschenwürdige Pflege entwickeln.
- Wir müssen Ziele und praktikable Wege untersuchen und allgemein gültige und überprüfbare Standards für Pflegequalität entwickeln (Pflegekassen). Politik und Gesellschaft müssen den Mut aufbringen, im Bereich der Pflege neue Schritte zu gehen und Gesetze zu überprüfen. Starre hemmende Finanzierungsregelungen gehören m. E. auf den Prüfstand (Verzahnung: stationär/ambulant).
- Wir müssen neue Pflegekonzepte diskutieren, neue Wohnformen zum Thema machen.

- Wir müssen Menschen motivieren, in der Pflege zu arbeiten. Menschen zu helfen, ist eine schöne Aufgabe!!!
- Wir müssen Ehrenamtliche gewinnen, die Kultur, Sport, Musik und Menschlichkeit einbringen, die für Pflegebedürftige das Leben erleichtern, die Zeit und Engagement mitbringen.

Ein ganz wichtiger Bereich für mich: Der Bereich der Prävention, Pflege zu vermeiden oder hinauszuschieben. Ich glaube nicht, dass Pflegebedürftigkeit ein unabwendbares Schicksal ist. Frühintervention der Pflege, soziale Netze in Familie und Freundeskreis, Sport und Ernährung müssen debattiert werden.

In meinen zahlreichen Diskussionen und Gesprächen, die ich mit den verschiedensten Interessengruppen zum Thema Pflege führen konnte (die Pflegebedürftigen sitzen nie am Tisch), haben sich immer wieder drei Argumente und Forderungen herauskristallisiert, die ich mit folgender Kurzformel beschreiben möchte:

„zu wenig Geld“!
 „zu wenig Zeit“!
 „zu wenig Personal“!

Ich hoffe, im Interesse der pflegebedürftigen Menschen, dass diese Aussagen nicht das einzige Programm für mangelnde Innovationsfähigkeit unserer Gesellschaft im Sozialbereich sind.

Als Politikerin ist es mein Interesse und meine Verpflichtung, mein Augenmerk auf das Wohl der Pflegebedürftigen und auf einen menschenwürdigen Umgang mit ihnen zu legen; aber auch auf Beitragsstabilität und eine zweckgemäße, wirtschaftliche Mittelverwendung unserer Steuern zu achten.

Pflege muss so schnell wie möglich noch viel stärker als bisher ins öffentliche Bewusstsein rücken. Ich halte es auch für ein Übel, dass es in der Wissenschaft an den Universitäten und Hochschulen Hunderte von Lehrstühlen in den Disziplinen Wirtschaftswissenschaften und Jura gibt, während die Pflegewissenschaft leider noch immer ein Randthema ist.

Soziales Bewußtsein

Das soziale Gesicht einer Gesellschaft hängt davon ab, wie wir mit Schwachen umgehen, welchen Stellenwert Kinder, Alte, Behinderte oder Sterbende haben. Das soziale Bewusstsein kann nicht beschlossen werden und hat nicht nur mit Finanzen zu tun.

3. Offene Diskussion

Moderation: Marion Förster

Vielen Dank an die Vorredner. Jetzt können wir in die Diskussion einsteigen. Ich möchte allerdings noch einige Spielregeln vorgeben. Da wir eine recht große Gruppe sind und nur begrenzt Zeit haben, würde ich die Themen gerne begrenzen auf die Aspekte:

Was steht in der Aufforderung, trifft das so zu, fühlen Sie sich damit repräsentiert?

Der zweite Aspekt ist:

Brauchen wir eine Enquête? Wie soll sie aussehen? Welchen Auftrag soll sie haben? Soll es eine Enquête der Heime oder eine Enquête des Gesundheitssystems sein?

Nicht Thema ist die Fachkraftquote, grundsätzliche Probleme der Pflegeversicherung und der Fachkräftemangel. Ich glaube das würde den heutigen Rahmen sprengen. Unser Thema soll auch nicht das Geld sein. Ich weiß, dass viele jetzt sagen werden, ja aber daran liegt es ja.

Ich möchte den Begriff der Zukunftswerkstatt, der hier gefallen ist, aufgreifen und Sie einfach einladen das heute zu nutzen, um einfach mal zu spinnen, Visionen zu entwickeln und wirklich von den Betroffenen aus zu denken: Was ist wünschenswert?

Am Anfang einer Enquête oder eines Veränderungsprozesses stehen nicht die Lösungen. Wir wissen nicht, was hinten herauskommt. Herr Dörner sagte heute Morgen, vielleicht kommt auch heraus, dass wir dreimal so viele Heime brauchen werden. Ich möchte Sie noch mal bitten, das Argument Geld nicht mit einzubringen, denn das kann leicht ein Totschlag-Argument sein.

Ich sehe schon die ersten Meldungen und gehe mit dem Mikro herum und bitte Sie, sich kurz vorzustellen und sich auch kurz zu fassen.

Herr Künzel:

Ich bin Vorstand der Bremer Heimstiftung, einem großen Heimträger, der seit vielen Jahren versucht, reformorientiert zu arbeiten.

Ich halte die Enquête und ihre Richtung für o. k. Ich vermisse aber, sozusagen auf dem langen Weg dorthin, einen Einstieg, der auch pragmatische Lösungen denkbar macht. Das heutige System ist nicht vom Himmel gefallen, es folgt Finanzierungslogiken. Ich vermisse sozusagen die klare Forderung, integrierte ambulante und stationäre Leistungen gleichzustellen, erst dann haben nämlich Heime die Chance, sich in Verbundlösungen zu öffnen. Und ich vermisse auch Forderungen im SGB XI, Versorgungsverträge oder Rahmenverträge mit Integrationsverpflichtungen zu verbinden. Wenn Heime – mit der jetzigen Struktur – verpflichtet würden, sich zu öffnen, sich zu verbünden mit ambulanten Diensten, würden sie ihre heutige Wirklichkeit sehr schnell verändern können.

Herr Tönnesen:
Geschäftsführer des Evangelischen Christopherus-Werkes in Duisburg,
auch ein größerer Heimträger.

Ich verstehe die Enquête eigentlich als Angebot der „Verbündung“, der Verbündung auch mit denen, die für die Sorge und Pflege älterer Menschen Verantwortung tragen. Deshalb bin ich zunächst einmal sehr dankbar für die inhaltlichen Ausführungen. Dieses Thema weiterzutragen heißt auch, nicht nur die Heime in den Mittelpunkt zu stellen. Es kann gut sein, sie als Ausgangspunkt zu nehmen, wichtig ist die Gesamtversorgungssituation. Ich erlebe als jemand, der mit älteren Menschen zu tun hat, dass niemand sie auf dem Weg durch das Versorgungssystem leitet, sie sind völlig allein. Es gibt kein Case-Management. Es gibt nur ein Entsorgungssystem in die jeweils andere Stufe und wir als stationärer Träger sind das Ende des Entsorgungssystems. Und aus dieser Not, meine ich, könnte uns eine Enquête mit Unterstützung der Wissenschaft durchaus retten und befreien.

Herr Schmitz:
Ich arbeite beim Bundesverband der Arbeiter Wohlfahrt.

Eine kleine Vorbemerkung an die Rednerin der CDU Landtagsfraktion. Sie sollten das hier nicht zu einem Wahlkampfvortrag missbrauchen. Die CDU geführte Bundesregierung hatte einen Arbeitsminister der gesagt hat, wir brauchen eigentlich nur eine ruhige Hand und ein gutes Herz um Pflege zu machen. Er hat damit Reformen der Pflegeversicherung genauso blockiert, wie das die jetzige Bundesregierung teilweise auch getan hat. Da sitzen Sie also alle in einem Boot.

Jetzt zum eigentlichen Thema: Ich möchte nach jetzigem Stand der Dinge nicht in einem Heim enden, und ich kenne auch niemanden in dem Raum, der das möchte. Nichtsdestotrotz wird es einigen von uns wahrscheinlich irgendwann einmal bevorstehen. Damit ist vollkommen klar, vollkommen logisch: Es wird immer Heime geben müssen, jedenfalls so weit ich denken kann. In welcher Größe und in welcher Qualität ist eine Frage über die kann man reden und über die sollte man auch in einer Enquête-Kommission reden. Wobei ich sagen muss, es gibt die alten Berichte der Bundesregierung, es gab die Enquête-Kommission demographischer Wandel. Es ist ja nicht so, dass die ganzen Schnittstellenproblematiken – die dann zu dem von meinem Vorredner genannten Entsorgungssystem mit dem Heim als Endstufe führen – nicht bekannt wären.

Ich will nur 3 Punkte nennen:

1. Rehalleistungen werden nicht erbracht, weil der Kostenträger davon nicht profitiert. Dadurch müssen die Leute früher in Pflegeheime.
2. Der Anteil der häuslichen Krankenpflege – mit der Krankenversicherung als Kostenträger – , ist in den letzten Jahren im Gesamtvolumen von 4,5 auf 1,0 % zusammengestrichen worden. Das sind nach vorsichtigen Berechnungen 10 Mrd. im Jahr.
3. Sozialhilfeträger sind immer noch der Meinung, wenn eine Heimunterbringung teurer ist als eine ambulante Versorgung, dass dann die Heimversorgung eigentlich doch der richtige Weg ist.

Solange wir solche Zustände haben, ist eine Heim-Enquête zwar immer noch eine wesentliche Sache, da sie das noch mal auf den Punkt bringen kann. Was ich aber unbedingt reklamieren möchte ist, dass konkrete Schritte in den nächsten Jahren, in der nächsten Legislaturperiode eingeleitet werden, um wenigstens mosaiksteinmäßig einige von diesen Problemfeldern, die ich jetzt benannt habe, einzudämmen. Ansonsten kann sich Politik nämlich dahinter zurückziehen und sagen: Wir haben jetzt eine Enquête-Kommission, lass die mal 4 Jahre arbeiten und dann sehen wir weiter.

Die Zeit haben wir aber nicht mehr, die Probleme sind lange bekannt und es muss jetzt endlich mal zu konkreten Lösungen kommen. Wobei ich – letzter Satz – auch nicht verhehlen will, dass wir als Heimträger-Verbände auch noch eine ganze Menge Hausaufgaben zu machen haben: Stichwort Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Die Berichte des MDK fallen nicht vom Himmel. Wir sind dabei, das deutlich zu verbessern und wir werden versuchen, das in den nächsten Jahren noch in den Griff zu bekommen. Aber ohne eine Veränderung von Rahmenbedingungen wird Pflege immer ein Defizitgeschäft und ein Defizitmanagement bleiben und da kann auch keine Enquête-Kommission etwas daran ändern, wenn nicht substantielle Vorschläge kommen, die dann auch realisiert werden. Danke schön.

Frau Förster:

Frau Gemkow, Sie sind direkt angesprochen worden, wollen Sie was erwidern?

Frau Gemkow:

Ich wollte sagen, dass ich es ein bisschen billig finde, wenn man bestimmte Punkte anspricht, z. B. auch Defizite in NRW, das dann als Wahlkampf abzuqualifizieren. Mir geht es nicht um Wahlkampf oder Parteipolitik: Ich bin parteiisch für die Menschen, für die ich da bin. Wenn wir die Pflege-Enquête hier im Landtag machen, brauchen wir sehr viel Engagement und Zeit, um uns sachkundig zu machen. Dann ist das auch im Interesse dieser Menschen und ich finde es etwas eigenartig, wenn das auch noch so beklatscht wird.

Frau Förster:

Frau Knebel, Sie haben eben ziemlich differenziert die Defizite in der Versorgung der Demenzkranken angesprochen. Reicht es denn aus, gesetzliche Rahmenbedingungen zu verändern oder meinen Sie, dass man noch viel grundsätzlicher rangehen muss?

Frau Knebel:

Der Versuch, grundsätzlicher heranzugehen – was ja auch in den vergangenen Jahren auf der politischen Ebene probiert wurde, – waren immer nur Rahmensachen und für mich quasi kosmetische Veränderungen, die aber von der Struktur her nichts verändert haben. Sie haben mal hier ein Eckchen befriedigt und da ein Eckchen, aber im Grunde genommen hat sich nichts verbessert.

Frau Wegehaupt:

Ich bin hier als Vertreterin der Erziehungshilfe und vertrete den evangelischen Landes- und Bundesverband für Erziehungshilfe.

Ich bin hier, weil zumindest zweimal in der Enquête oder in dem Antrag zur Enquête auch Kinder und Jugendliche erwähnt sind. Ich stelle aber heute fest, dass die ganz marginal sind oder hier heute gar nicht erwähnt werden. Ich denke, wir haben auch eine andere Geschichte. Wir haben Anfang der 70er-Jahre eine Heimrevolte gehabt, daraufhin hat sich sehr viel verändert. Das was Sie heute diskutieren ist bei uns schon Alltag geworden, wir haben eine Mischung zwischen ambulant und stationär. Ich habe noch nicht gesagt, eine gute Mischung, ich denke da können wir noch Einiges tun. Aber Ihre Frage war ja auch, inwieweit fühlen wir uns vertreten. Also wir in der Erziehungshilfe haben zunächst das Gefühl, dass wir in der Enquête nicht gut vertreten sind.

Frau Förster:

Dann gehe ich mal zwischendurch zu Frau Röttger-Liepmann, die ja auch diese Aufforderung geschrieben hat. Warum haben Sie sich so sehr auf die Heime konzentriert und nicht z. B. das Thema Pflegen und Wohnen im Alter genommen?

Frau Röttger-Liepmann:

Das Thema „Heime“ hat uns beschäftigt, da wir aus dieser beruflichen Tradition kommen. Die meisten von uns haben in der psychiatrischen Versorgung gearbeitet. Wir haben uns diesem Thema zugewandt, da wir nicht einer Deinstitutionalisierung oder Enthospitalisierung zugucken wollten, die eigentlich eine Um-Hospitalisierung ist, wenn 2/3 der ehemaligen Langzeitpatienten der Landeskrankenhäuser in Heime verlegt wurden.

Es ist in vielen Berichten, nicht zuletzt in dem Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung festgehalten, dass es vielen von ihnen dort zum Teil schlechter geht, da sie keine qualifizierte fachliche Versorgung bekommen.

Wir haben im Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung im Landeskrankenhaus Gütersloh eine Erhebung durchgeführt, um zu erfahren, wo und wie die entlassenen Langzeitpatienten jetzt leben. Zunächst einmal hat die Untersuchung gezeigt, dass es auch für Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf alternative Versorgungsformen zum Heim gibt. Fast 99 % der Befragten haben gesagt, dass sie nie wieder in die Klinik zurück möchten. Dieser Wunsch bestand unabhängig von ihrem Gesundheitszustand. Das hat für mich deutlich gemacht, dass der Unterschied zwischen ambulant und stationär in der Wahrnehmung der Menschen sehr viel mit der eigenen Würde zu tun hat. U. a. war das für uns ein Anlass, zu sagen, wir wollen die Situation der Menschen in den Heimen zum Fokus machen. Im Interesse der Menschen ist ein Paradigmenwechsel notwendig. Was natürlich auch bedeutet, dass die Bereiche ambulant und stationär nicht getrennt voneinander gesehen werden können. Wenn eine Enquête-Kommission handlungsorientiert arbeiten will, ist es notwendig, einen Fokus zu setzen und den haben wir auf die Heime gesetzt. Die Diskussion kann damit nicht abgeschlossen sein. Wir wünschen uns eine Kommission, die sich nicht nur in Bestandsaufnahmen und großen wissen-

schaftlichen Studien ergeht, die nicht jahrelang arbeitet, sondern schneller zu konkreten Ergebnissen kommt. Die Veränderungen, die sich daraus ergeben, werden natürlich auch Auswirkungen auf den ambulanten Bereich haben. Geht man allerdings davon aus, dass ein Paradigmenwechsel in der Versorgung der Heimbewohner – also besonders betreuungs- oder pflegebedürftiger Menschen – stattfinden soll, werden die notwendigen Veränderungen und Vernetzungen im ambulanten Bereich anders und vor allem differenzierter gesehen werden, als dies bei einer umgekehrten Reihenfolge möglich wäre.

Frau Lindmeier:

Ich hatte bei meiner Vorbereitung überlegt, ob ich den KJG-Bereich mit einbeziehe, d. h. Kinder in Heimen, deren Aufenthalt nach dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz finanziert wird. Kinder mit Behinderungen im Heim, die ich ja auch schon weggelassen habe, werden durch einen anderen Finanzierungsträger, nämlich den Sozialhilfeträger finanziert und merkwürdiger Weise sind bei bestimmten Problemlagen, gerade im Bereich Kinder mit Behinderung und Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten im Heim, sehr viele Parallelen. Ich kann das nur bestätigen: Der Jugendhilfebereich ist wesentlich weiter und viele Dinge, von denen es bei uns heißt, das geht nicht, das macht das Personal nicht mit, das macht der Kostenträger nicht mit, die gehen aber im KJG-Bereich. Insofern finde ich den Einwand von vorhin sehr berechtigt und hoffe auch, dass einige Dinge, z. B. Hilfeplanverfahren oder auch die bessere Vernetzung untereinander bei uns auch aufgenommen werden.

Herr Strunz:

Ich bin Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter. Wir haben 97 Verbände, deren Mitglieder auch chronisch kranke Behinderte in unseren Heimen in NRW sind.

Ich möchte mich bedanken für die Vorlagen der freien Wohlfahrtspflege. Es kommt mir so vor wie ein Gutachten einer Grundschullehrerin, die den Schüler in das Gymnasium entlässt. Zunächst wird er mit der Note 1 beurteilt, dann aber wird in der Verschriftlichung die 1 wieder zurückgenommen und es kommt eine 4 dabei heraus, das bedeutet die Hauptschule. So ungefähr kam mir das vor und Sie haben den besten Beweis für mich geliefert, dass es eine unabhängige Selbsthilfe, unabhängig von der freien Wohlfahrtspflege geben muss. Das hat auch Herr Frevert in seinem Vortrag gesagt. Das ist die einzige Garantie dafür, dass es zu Veränderungen im Machtgefüge kommen wird. Das System wird sich nicht immanent verändern.

Was Herr Dörner heute Morgen gesagt hat, dass wir die Heime auf den Prüfstand stellen müssen, ist genau der Punkt. Die Enquête-Kommission bietet die Chance, dass außerhalb des Parlaments auch Experten hinzukommen. Darin liegt die Chance einer Enquête-Kommission, die wird sich aber nicht bewegen, wenn man Betroffene oder Vertreter der Betroffenen selbst nicht mit einbezieht. Das ist meine feste Überzeugung.

Herr Wörther:

Von der Grünen Landtagsfraktion NRW, ich bin dort Mitarbeiter.

Wir würden die Heim-Enquête unter dem Blickwinkel der Zukunftswerkstatt sehen, um zu gucken: Wie müssten eigentlich Versorgungssysteme aussehen? Es ist die Schwachstelle in dem Modell, wenn traditionell die ambulanten und stationären Bereiche gegenübergestellt werden, wenn alle anderen Formen, die sich ja auch schon entwickelt haben, eigentlich nicht im Fokus sind. Ich glaube, dass es ein gemischtes System geben muss. Es muss auch dabei herauskommen, wie wir es hinkriegen können, dass die bestehenden Systeme – die sich wandeln können – dabei die notwendige Unterstützung bekommen. Das betrifft die Struktur und die finanziellen Voraussetzungen. Dann kann man auch sagen: Ende offen, man muss sich heute nicht festlegen ob wir Heime brauchen oder nicht. Ich begreife das wirklich als eine langfristig Perspektive, von daher finde ich den Ansatz gut. Wenn wir Zukunftswerkstatt sagen, ist das ja langfristig gedacht: Das Versorgungssystem der Zukunft, in 20 Jahren oder noch mehr.

Ich finde ganz wichtig, was Herr Strunz gerade angesprochen hat, dass der Fokus auch auf die Betroffenen gelegt wird. Wie stellen Sie sich Ihre Zukunft eigentlich vor? Es kann nicht nur so sein, dass wir nur Leistungsanbieter und Leistungsfinanzierer an einem Tisch bringen und die klären das dann. Das fand ich bei den Stellungnahmen der Wohlfahrtspflege auch sehr eingeeengt. Ich denke, den Fokus auf die Betroffenen zu legen, bedeutet auch, ihn stark auf das Wohnen zu richten. Das ist, glaube ich, für die Betroffenen ein sehr herausgehobener Aspekt. Deswegen sollten wir den Arbeitsbereich der Enquête nicht zu weit ausrichten, z. B. den Gesundheitsbereich mit einbeziehen. Sonst kommen wir zu stark in einen Dualismus mit anderen Enquête-Kommissionen, wie wir es in NRW, oder zum demographischen Wandel haben. Die Aufgabe einer Kommission muss genau zielgerichtet sein.

Herr Nodes:

Ich komme vom Deutschen Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik.

Mich ärgert natürlich, dass von den Beschäftigten im ganzen Feld der sozialen Arbeit, das sind ja 2 Mio., hier niemand als Vertretung mit am Tisch sitzt. Ich denke, wenn wir uns als Zukunftswerkstatt denken, beginnt sie mit der Kritikphase. Die Kritik bezieht sich eben nicht nur auf die Institutionalisierung und das Heim als der absoluten Form von Institutionalisierung, sondern auch auf die Segmentierung von Hilfediensten, die miteinander in Konkurrenz treten, die nicht aufeinander abgestimmt sind, wo ein „normaler Mensch“ nicht durchblickt und wo selbst Professionelle das System nicht mehr durchschauen. Das ist ein System, das so gar nicht funktionieren kann und es ist eben nicht nur die Institutionalisierung, sondern auch die Segmentierung, die uns hier sehr zu schaffen macht.

Ein dritter Kritikaspekt ist die Medizinisierung. Wir versuchen Menschen in Funktionsbereiche einzuteilen, ohne dass dem Alternativen entgegengesetzt werden. Ich denke, man muss diese drei Kritikpunkte in einem Zusammenhang sehen. Wir sehen das in der Gesundheitsversorgung, wir sehen das an vielen Fällen in der Sozialarbeit und wir sehen das auch in der sog. Qualitätsdebatte, die eigentlich keine Qualitätsdebatte ist, sondern eine Ökonomisierungsdebatte. Auf diese Ökonomisierung neh-

men wir zu wenig Einfluss, sowohl als Professionelle, aber auch erst recht als Wohlfahrtsverbände. Die Wohlfahrtsverbände, die sich eigentlich dadurch auszeichnen, mitzumachen, statt Kritik zu üben, sind natürlich auch ein Fokus, den ich in der Kritikphase in den Fokus nehmen muss. Dass wir hier heute so viele sind, verdanken wir einer Initiative von anderer Seite. Ich frage mich, wo sind die Wohlfahrtsverbände in der Vergangenheit mit ihren 2 Mio. Beschäftigten als Interessenvertretung gewesen?

Man stelle sich mal einen Rückgang an öffentlichen Mitteln oder Subventionen in einem anderen Bereich vor – etwa für die Automobilindustrie oder einem anderen Bereich, wo sich was verändert – dann würde es einen Sturm der Entrüstung geben. Die Wohlfahrtsverbände dagegen bleiben stumm und sagen und machen überwiegend mit. Es scheint, dass Soziale Arbeit auf der Trägerebene ihre Aufgabe der Parteinahme für die Schwachen in weiten Teilen aufgegeben hat.

Dieser Kritik müssen sich Wohlfahrtsverbände stellen und da müssen sich Wohlfahrtsverbände ändern, gleichwohl sie damit Recht haben, dass wir natürlich in Zukunft Heimformen brauchen. Bloß wir können natürlich auch mutiger denken. Ich war im letzten Jahr in British Columbia in Kanada, dort hat man die überwiegende Zahl der Heime im Behindertenbereich tatsächlich abschaffen können und damit gute Erfahrungen gemacht. Allerdings auch vor einem anderen Hintergrund. Ich denke, wenn wir uns nur auf der Ebene der Kritik an Heimen bewegen, kommen wir nicht weiter. Vielmehr müssen wir uns die Frage stellen, welche Ansprüche hat der einzelne Mensch? Um diese Ansprüche zu formulieren, kann man nicht dabei stehen bleiben, die Rechte der Heimbeiräte auszubauen, das ist angesichts der Bewohnerstruktur albern und macht Mitbestimmung zu einem Mittelschichtprojekt.

Ich muss auch darüber nachdenken: Was ist denn das, was unseren Sozialstaat noch kennzeichnet? Was sind die individuellen Rechte, die der Mensch an Zuwendung braucht? Wie darf ein Mensch sterben? Welche Rechte hat er auf Begleitung? Welche Rechte hat er, wann er seine Mahlzeit einnimmt und so weiter und so fort. Wir dürfen dabei nicht die Augen davor verschließen, dass sich die Situation von Menschen in Heimen natürlich auch auf eine Gesellschaft bezieht, die sich mehr und mehr aufteilt. Auf der einen Seite die alten Menschen, die viel Geld haben, über das sie noch selber und nicht die Angehörigen verfügen können, auf der anderen Seite erleben wir eine Situation, wo die Angehörigen einer Qualitätsverbesserung in Heimen entgegenstehen, weil sie nicht mehr zahlen wollen.

Was wir brauchen sind individuelle Rechte, wir brauchen Mindeststandards für Menschen, die auf soziale Leistungen und Dienste angewiesen sind. Da ist der Verweis auf das KJHG natürlich sehr wichtig, weil einzig im KJHG festgeschrieben ist, welche Rechte der junge Mensch hat. Aber das wird im Moment auch ausgehebelt, da machen wir uns nichts vor.

Im Prinzip brauchen wir eine Bewegung mit dem Ziel, die Rechte der Menschen festzuschreiben. Als Sozialarbeiter sehe ich soziale Arbeit als eine Menschenrechtsprofession. Es gilt, vor dem Hintergrund der Rechte des Menschen, der hilfebedürftig wird – gerade im Alter, gerade in psychiatrischen Kliniken und im Behindertenbereich – Standards zu be-

stimmen. Erst dann macht es Sinn, dass wir uns über Institutionalisierung oder über Heime, andere Formen oder über Kostenträger unterhalten. Das wäre dann, bezogen auf die Zukunftswerkstatt, meine Phantasie: Lasst uns gemeinsam solche Rechte formulieren!

Frau Förster:

Frau Löhken-Mehring, Herr Jüttner, die Wohlfahrtsverbände sind direkt angesprochen und kritisiert worden. Wer möchte dazu etwas sagen?

Herr Jüttner:

Es ist ja von meiner Seite aus nicht gesagt worden, dass ich gegen die Enquête bin, sondern es ging nur um die Frage, Enquête der Heime. Die Wohlfahrtsverbände sind der Auffassung, dass wir das im gesamten Komplex betrachten müssen, was Pflege in der Gesamtheit ist, was, so glaube ich auch, aus vielen Diskussionsbeiträgen in der Gesamtheit mit zum Ausdruck gebracht worden ist.

Ich glaube schon, dass es notwendig ist, dass die Betroffenen mit in diesen ganzen Prozess einbezogen werden. Das hat ja auch diese Äußerung meinerseits mit zum Inhalt gehabt, dass ich gegen eine Heimmitbestimmungsverordnung bin. Beispielsweise, dass für die Dementen diejenigen das Sprachrohr sind, die als Betreuer wirken. D. h. ich habe also schon auf diesen Gesichtspunkt mit hingewiesen, dass eine Gestaltung eines sozialen Systems nur mit dem Betroffenen entsprechend möglich ist und auch so sein soll.

Dass wir als Wohlfahrtsverbände zu dieser Fragestellung noch mehr gefordert sind, auch dazu kann meinerseits nur Zustimmung gesagt werden und je mehr Initiativen natürlich von unten hervorkommen, umso mehr haben wir dieses natürlich auch weiter zu analysieren und mit aufzunehmen.

Frau Förster:

Warum haben sich dann die Wohlfahrtsverbände bislang noch nicht stärker zu Wort gemeldet?

Herr Jüttner:

In welcher Fragestellung? Ja.

Also, wir melden uns zumindest zu Wort. Deswegen habe ich auch sehr kritisch die neuen Gesetzlichkeiten angesprochen. Wenn es um die Gestaltung der Gesetzlichkeiten geht, da sind wir gegen die Heimbaumindestverordnung gewesen. Wir sind auch gegen die jetzige Darstellung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes gewesen. Wir sind gegen die Kontrollen gewesen, weil das Letztendlich mehr oder weniger eine Bürokratisierung in unserer gesamten Arbeit bedeutet und uns in der Gesamtheit nicht voran bringt. Also wir äußern schon unsere Meinung diesbezüglich.

Frau Förster:

Ganz kurz noch dazu Frau Löhken-Mehring.

Frau Löhken-Mehring:

Ich denke, die einzelnen Verbände der freien Wohlfahrtspflege, als auch die Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege arbeiten sehr

wohl politisch und in die Politik hinein. Aber offensichtlich wird das nicht wahrgenommen. Ich kann sehr deutlich feststellen, dass wir uns sehr positionieren und auch den Auftrag sehr ernst nehmen, Interessenvertreter der Inanspruchnehmer unserer Leistungen zu sein.

Was ich sowohl in der Öffentlichkeit, als auch insbesondere in der Politik erlebe ist, dass kritische Stimmen an vielen Stellen einfach überhört werden. Ich stelle fest, wir haben ein Riesenproblem zu lösen, nämlich die Frage für die Zukunft zu klären, wie wird Pflege, wie wird Arbeit, wie werden die Umsetzungen unserer Gesellschaft in der Zukunft gestaltet. Es gibt keine Antworten. Und weil es keine Antworten gibt, ist es ganz schwierig, politisch zu diskutieren.

Und was ich auf der anderen Seite feststelle ist, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Diensten arbeiten, arbeiten, arbeiten, engagiert arbeiten bis zum Umfallen und über dieses permanente Arbeiten ihre politische Arbeit total vergessen und keine Kraft mehr für politische Arbeit haben. Es ist schwierig für einen Verband, als Arbeitgeber alleine aufzutreten, wenn die Mitarbeiter einfach müde sind.

Frau Förster:

Dazu gibt es jetzt ganz viele Wortmeldungen.

Herr Keicher:

Sie fragen, fühlen sie sich vertreten? Ich bin Vater eines jungen 29-jährigen Mannes, der geistig behindert ist.

Ich bin sehr berührt, wenn Uwe Frevert von den Dingen, die er selbst bestimmen will, spricht. Das kann ich nur unterstützen, aber es trifft nicht meinen Fall und den der Eltern die sich mit uns in der Bundeselternvereinigung für Heilpädagogen und Sozialtherapie engagiert haben. Unsere Kinder leben in Lebensgemeinschaften und wenn sie jetzt natürlich plakativ als Eltern in einer Zeitung lesen: Abschaffung der Heime, dann haben Sie natürlich völlige Angstgefühle, das ist ganz klar.

Die Dinge, die Sie hier ansprechen, die sind unterstützenswert. Aber ich bitte Sie, bei einer solchen Enquête zu differenzieren und zielgruppenorientiert vorzugehen. Ich kann Eltern in unserer Bundeselternvereinigung überhaupt nicht klarmachen, wenn wir etwas unterstützen, das den Touch der Abschaffung hat. Wir laufen nun mal unter dem vollstationären Begriff. Wir empfinden uns in keinster Weise als Heim. Wir sind zufrieden, wir haben jahrelang gekämpft. „Zufrieden“, es gibt natürlich immer Dinge, die man verbessern könnte. Wir haben jahrelang gekämpft um diese Dinge und jetzt, das wäre ja eine Ironie, wenn Heime abgeschafft werden. Wir haben Lebensgemeinschaften und wir praktizieren sie. Wir möchten uns beteiligen, wir möchten mit diskutieren und würden uns freuen, wenn Sie uns dazu einladen. Wir sehen aber einen Hauptpunkt, bitte differenzieren Sie in dieser Angelegenheit. Ich fand den Beitrag heute Morgen von Dr. Lindmeier sehr positiv, da waren Ansätze drin, die mich persönlich sehr angesprochen haben.

Danke schön.

Frau Bartlet:

Ich bin zum einen Pflegestudentin in Bochum und zum anderen habe ich im IWB in Zürich gelebt, das ist wahrscheinlich der Selbstbestimmt-Bewegung hier in Deutschland gleichzustellen.

Ich habe erst einmal eine Klärung. Wenn ich hier Enquête-Kommission richtig verstanden habe, dann geht es hier um einen Paradigmenwechsel, mehr als um die Abschaffung der Heime als solches. Es geht darum, dass – wenn dann überhaupt – Strukturen geschaffen werden, in denen der Mensch – aus welchen Gründen er auch immer dort lebt, ob alt, ob behindert, was auch immer – im Vordergrund steht. Um mögliche Institutionen, die sich mit ihren Versorgungskonzepten an den Bedürfnissen der Menschen orientieren. Wenn ich es richtig verstanden habe, dann war es gedacht, dass es im Zuge dessen evtl. zur Abschaffung von den Institutionen, die sich mehr als Totalinstitutionen darstellen, kommen kann. Das ist aber nicht vordergründig, sondern vordergründig ist der Paradigmenwechsel. Ich weiß nicht, ob jemand dazu etwas sagen könnte?

Frau Förster:

Herr Dörner?

Herr Dörner:

Ich fühle mich außerordentlich gut verstanden von dieser Formulierung.

Frau Förster:

Eine Frage möchte ich hier nicht untergehen lassen, und zwar, dass die Pflegekräfte so viel arbeiten, dass sie gar keine Kraft mehr haben, sich politisch zu engagieren. Sind hier Pflegekräfte? Diesen Aspekt finde ich sehr spannend.

Herr Nodes:

Ich will nur noch mal darauf hinweisen, dass sehr viele Anbieter, auch kirchlich Träger, Tendenzbetriebe sind und von daher auch gar nicht die Mitbestimmungsmöglichkeiten haben, wie z. B. VW. Mehr möchte ich dazu nicht sagen.

Frau Förster:

Herr Hirsch, das ist ja auch ein Punkt, den Sie genauer erforscht haben. Sie haben sich mit der Situation in Heimen beschäftigt. Sie haben mit Bewohnern gesprochen, mit Angehörigen, mit Pflegekräften. Wie sieht es denn aus, wie realistisch ist die Forderung, dass Pflegekräfte und auch Bewohner, z. B. Demenzkranke, an solchen Tischen mit sitzen und diskutieren können?

Herr Hirsch:

Wenn man z. B. wieder VW nimmt, wo die Mitarbeiter, aber auch die Gewerkschaften dafür sorgen, dass ihre Mitarbeiter nicht auspowern, sondern dass sie politische Kraft haben, das ist in der Pflege völlig out. In dem Augenblick, wo eine Pflegeperson den Mund aufmacht, hat sie praktisch keine Chance mehr, in der Bundesrepublik einen sicheren Arbeitsplatz zu bekommen. Diese Dinge werden immer wieder bestätigt.

Was ja viel schlimmer ist, ist die Angst davor. Es gibt einzelne Situationen, die ich mitgeteilt bekomme, dass Menschen Angst davor haben. Man wird als Nestbeschmutzer gewertet, man wird von anderen nicht mehr so gesehen. Erst wenn eine Gruppe zusammenkommt, wie es ja derzeit in manchen Heimen passiert, manchmal gibt es auch einen Heimleiter, der auch dabei ist, dann ändert sich etwas in dieser Region.

Aber wirklich Tacheles reden dürfen, das dürfen sie nicht, das dürfen auch in den Kliniken die Mitarbeiter nicht, wenn sie Missstände sehen. Da gibt es große Schwierigkeiten, diejenigen haben keine Chance mehr. Auch ein Arzt der mitkriegt, dass sein Chef Merkwürdiges oder Kriminelles tut, kriegt keinen Arbeitsplatz mehr. Wenn ein Politiker wirklich wissen will, was vor Ort ist, dann soll er versprechen, dass er offiziell nicht darüber reden wird, dass er die Auskunft aus diesem Heim hat, sonst haben die keine Chance mehr.

Gut. Ich habe nur die Beispiele, die Herr Fussek Tag für Tag in München kriegt, die wir in Berlin kriegen, in unseren Notrufberatungsstellen, die ich vor Ort habe. Dass es auch immer wieder andere Beispiele gibt, das ist gar keine Frage. Ich kann nur von denen reden, die ich nachweisen kann.

Die andere Seite ist natürlich, dass Demenzkranke sich selbst selten äußern können. Nur, das Dumme ist, wir meinen unter Demenz, dass alle daneben sind, das stimmt ja nicht. Ein Großteil von ihnen kann sich sehr wohl auch äußern. Nur in dem Augenblick, wo jemand unter Betreuung, ich sage bewusst „unter Betreuung“ ist, hat er keine Chance. Es interessiert niemanden mehr, was der Einzelne zu sagen hat. Das ist ein gesellschaftliches Problem, das auch einen Paradigmenwechsel erfordert. Beim Betreuungsrecht war es ja angemahnt, es interessiert nur keinen. Da sind die Professionellen aus unterschiedlichen Berufen dabei, da sind die Ärzte, die Richter, die Betreuer, es sind alle beieinander, es ist ein geschlossenes System und der Einzelne hat keine Chance. Dass der Betroffene Kunde ist, da kann man eigentlich nur lachen, er ist in keinster Weise auch nur irgendein Kunde, außer dass ihm das Geld abgezockt wird.

Frau Bienstein:
Von der Universität Witten-Herdecke.

Also ich stimme dem nicht zu, dass Pflegende ausgepowert sind und deshalb keine Stellung beziehen. Ich denke, Pflegende sind sehr apolitisch. Sie werden teilweise schon so ausgebildet und es geht auch eine bestimmte Zielgruppe von Menschen in diese Berufe. Es wird in der Ausbildung nicht gefördert, sich politisch zu äußern und dieses auch ganz gezielt wahrzunehmen. Ich denke, das fordert umso mehr auch die Enquête-Kommission heraus, dass auf die Ausbildung gezielt noch mal ein Blick gerichtet werden muss, damit eben auch wirklich solche Situationen – wie Verständnis oder dass ich verantwortlich bin und auch nach außen hin Verantwortung trage, dass Rechte eingehalten werden – wirklich wahrgenommen werden.

Frau Seifert:
Ich arbeite an der Universität Köln und spreche hier auch als Vertreterin der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft.

Ich möchte anknüpfen an den Beitrag von dem Vater eben, der die Situation von geistig behinderten Menschen mit sehr hohem Hilfebedarf anspricht. Ich finde es gut, dass Sie für Ihren Sohn eine Einrichtung gefunden haben, mit der Sie sehr zufrieden sind. Es gibt aber auch sehr viele andere Beispiele. Wir haben bei uns in den letzten zwei Jahren eine Untersuchung in Heimen, also in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in Pflegeheimen durchgeführt. Wir haben erforscht, wie es diesem Personenkreis – also den Menschen, die als schwer geistig behindert gelten und die einen hohen Hilfebedarf haben – geht. Die Ergebnisse waren teilweise wirklich erschreckend. Von Teilhabe am allgemeinen Leben, von Selbstbestimmung, von Kommunikation, kann in vielen Einrichtungen wirklich nicht die Rede sein.

Wir haben auch in einige wenige Pflegeheime geguckt. Es ist in den letzten Jahren zunehmend passiert, dass geistig behinderte Menschen mit hohem Pflegebedarf unter Protest der Behindertenverbände in Pflegeheime abgeschoben worden sind. Aber jetzt, wo sie drin sind, da kümmert sich eigentlich keiner mehr darum, wie es ihnen da geht.

Mein Appell an diese Enquête, die ich sehr unterstütze, ist auch, speziell zu gucken, wie es diesen Menschen geht. Unsere Forderung ist, dass sie wieder aus den Pflegeheimen raus müssen, sie sind noch junge Menschen, die unter Dementen oder anderen leben müssen.

Eine sehr differenzierte Sicht, sowohl auf Einrichtungen der Behindertenhilfe, als auch auf Pflegeheime, ist wichtig. Auch mit der Option, zu gucken, was gibt es außerhalb der Heimstrukturen. Wir vertreten nicht die Ansicht, dass das die einzige richtige Möglichkeit ist, es wäre unrealistisch zu sagen, alle raus aus dem Heim, also auch diese Menschen, das funktioniert nicht, aber eine Verbesserung in Richtung auf mehr Lebensqualität halten wir für unbedingt erforderlich.

Frau Lüst:

Ich habe letztes Jahr auf Anraten der Menschenrechtsorganisation VIAN das Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen gegründet und bei den Vereinten Nationen die Bundesrepublik wegen Missständen in Altenheimen verklagt oder dort gemeldet.

Seitdem ist nicht viel passiert, obwohl die Vereinten Nationen die Missstände bestätigt haben bzw. die Bundesregierung aufgefordert haben hier tätig zu werden.

Ich bin, was die Heim-Enquête angeht, eigentlich sehr froh, dass so was geschaffen werden soll. Ich denke, man sollte das vielleicht in 3 Schritten angehen: Einmal sollten jetzt wirklich Sofortmaßnahmen angegangen werden. Es geht den Leuten in den Heimen größtenteils momentan wirklich ziemlich schlecht. Zum Zweiten sollte man überlegen, was man längerfristig macht und dann als dritten Schritt, ob man die Heime überhaupt abschaffen sollte.

Ich habe schon vor 15 Jahren eine Diplomarbeit über die Zukunft der Heime geschrieben: „Altenheim als Endstation oder Chance für ein würdiges Leben“. In den 15 Jahren ist die Situation in den Heimen drastisch schlechter geworden. Wir haben damals noch davon gesprochen, die

Heime zu öffnen, aufgrund z. B. von Leuten wie Konrad Hummel, die eigentlich immer wieder versucht haben, die Heime in die Gesellschaft zu integrieren. Dies ist momentan überhaupt nicht mehr möglich, ja, steht gar nicht mehr zur Diskussion. Es wird auch oft, muss man sagen, von den Wohlfahrtsverbänden schon nicht mehr gewollt. Die versuchen eigentlich eher, was man oft hört, die Heime von sich aus zu schließen, sodass von außen die Leute eigentlich nicht mehr so reingehen. Dieses als zweiten Schritt aufzubrechen, ist, denke ich, die richtige Reihenfolge. Erst einmal ganz unten anfangen und erst mal die Situation der Bewohner jetzt sicherstellen und dann langfristig überlegen, was mit den Heimen passiert.

Ich habe auch lange als Betreuer gearbeitet. Ich kann nur sagen, ich habe viele Leute, die z. B. aus der Psychiatrie mit der Auflage entlassen wurden, in einem geschlossenen Heim zu leben, nach Hause gebracht und dort einen 24-Stunden-Dienst aufgebaut – auch für Leute, die total dement und verwirrt waren. Mich haben alle Ärzte für verrückt erklärt und gesagt, Sie spinnen, das geht nicht, das geht nicht gut. Wir haben diese Leute daheim bis zu ihrem Tod versorgen können, die Leute waren glücklich, es ging und es war finanzierbar und machbar. Also, es geht auch ohne Heime, wenn man möchte.

Frau Förster:

Darf ich eine direkte Nachfrage stellen, da einigen Leuten jetzt sicher die Frage nach dem Geld unter den Nägeln brennt. Sie sagen oder mahnen an, dass sofort etwas geschehen muss.

Da werden viele sagen, wenn man mehr Geld hätte, dann könnte natürlich auch alles viel besser sein. Was sagen Sie?

Frau Lüst:

Mein Kollege, Herr Alexander Frey, hat im letzten Jahr zum Jahreswechsel eine Kostenanalyse erstellt. Darauf hat der Bundestag auch noch nicht reagiert, wir haben sie allen zuständigen Ministerien geschickt. Wenn man wollte, könnten drastische Einsparmaßnahmen gemacht werden, damit wären jegliche Verbesserungen zum Nulltarif zu haben. Alleine bei der Dekubitusprophylaxe könnten 3 bis 4 Mrd. DM eingespart werden, im Vergleich würden etwa 40.000 neue Stellen, so hat er errechnet, maximal 1,5 Mrd. kosten. Also, man könnte wenn man wollte. Aber man hat noch nicht einmal dazu Stellung genommen, es ist wahrscheinlich wieder in irgendeiner Schublade gelandet, weil einfach kein Interesse daran ist.

Herr Heming:

Ich bin vom Bund der Pflegeversicherten.

Worum es mir hier geht, das wurde vorhin gefragt: Wie soll Pflege in Zukunft aussehen?

Ich meine, das kann man nicht am Grünen Tisch ausmachen, da muss man die Betroffenen fragen, die heute schon Pflegebedürftigen, die dazu noch Auskunft geben können, die müssen befragt werden. Dann denke ich – das wurde heute nur ganz kurz angesprochen – es müsste ein Assessment-Verfahren eingeführt werden, ein Diagnoseverfahren, das die gesamte Geschichte des Betroffenen, des Pflegebedürftigen umfasst, d. h. seine Historie, seine Geschichte, seine Lebensgeschichte, seinen Werde-

gang, sein Umfeld, sein soziales Umfeld. Das müsste alles einbezogen werden in ein Assessment-Verfahren. Dann müsste für jeden einzelnen Pflegebedürftigen ein individueller Pflegeplan erstellt werden, damit man auch nachvollziehen, nachhalten und prüfen kann, was ist hier an Pflege wirklich geschehen. Ich denke, es ist ein sehr wichtiger Punkt, dass wir individuelle Pflegepläne erstellen, die das Gesamtproblem, die gesamte Geschichte des einzelnen Betroffenen umfassen. Dann würde man dann auch zu Transparenz kommen.

Transparenz ist überhaupt noch nicht angesprochen worden, Transparenz in der Pflege. Das fängt beim Wirtschaftlichen an. Schade, dass wir darüber so wenig gesprochen haben, das wäre eigentlich ein gutes Thema gewesen. Denn ohne Transparenz wird es in der Pflege nichts geben, was uns weiterbringt.

Wir werden auch mit einer neuen Untersuchungskommission, mit einer neuen Enquête nicht weiterkommen, wenn wir nicht in der Pflege Transparenz schaffen. Dazu müssen aber die Leistungserbringer, die Träger – die sich heute ja vielfach gemeldet haben – bereit sein, Transparenz zu üben und sich nicht weigern, wie ich es jetzt kürzlich gewahr wurde. Sie öffnen ihre Bücher nicht für die Prüfungskommission, selbst wenn die Pflegekassen Prüfungskommissionen einsetzen, dann weigern sich die Leistungserbringer – die das Geld von den Pflegekassen übrigens einholen – die Bücher offen zu legen. Nur 10 % von 100 Pflegeeinrichtungen waren bereit, ihre Bücher offen zu legen. Also es geht zunächst um Transparenz. Wenn wir keine Transparenz schaffen, dann schaffen wir auch keinen weiteren Fortschritt, auch nicht mit einer weiteren Enquête. Das war es, der Bund der Pflegeversicherten!

Renate Demski:

Von Alzheimer Ethik, ein kleiner Verein mit der selben Adressatengruppe wie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

Ich möchte Frau Lüst unterstützen, die eben von einem 3-Stufen-Plan gesprochen hat. Das war auch in unserer Stellungnahme eben die große Sorge, wenn jetzt die Enquête-Kommission Heime in die Wege geleitet wird, was passiert mit den Menschen heute und jetzt. Und Ihre Perspektive, Herr Professor Dörner, ebenso 70 Jahre weiterzudenken, fand ich auch ganz toll. Aber wenn ich jede Woche im Altenheim bin und da einfach sehe, was abläuft. Es gab hier genug Aussagen im Raum, wo wirklich Heimsituationen angesprochen wurden. Sie sagen, die müden Angestellten, die nicht mehr politisch sein können oder eben Frau Bienstein, dass sie nicht politisch gebildet sind, und sich nicht äußern können. Es gibt ja Fakten, über die heute nicht gesprochen werden soll, aber noch mal: Enquête Heime ja, nur wir müssen vorher etwas tun.

Und dann vielleicht noch eine Konkretisierung. Wenn die Betroffenen wirklich gehört werden sollen, ob jetzt heute oder später, wird es für mich etwas schwierig, wenn Sie, Herr Jüttner, sagen: Wir haben ja die Betreuer, die für demente Menschen oder psychiatrisch veränderte Menschen sprechen.

Es gibt auch Betreuungsvereine der Wohlfahrtsverbände. Es ist eine Arbeit geworden, eine lohnende finanzielle Arbeit, Betreuer zu sein. Ich möchte wirklich Herrn Dr. Strunz unterstützen: Nehmen sie die Betroffenen bzw. Angehörigen, die 24 Stunden rund um die Uhr gepflegt haben. Die jetzt Pflegenden können ja nicht mit an den Tischen sitzen. Aber wenn ein weiterer Verbund von Wohlfahrtsverbänden da sitzt - einmal als Träger dieser Häuser, als Träger von Ambulanten Diensten, als Träger von Tagespflege und dann noch die Betreuer - dann sind Sie völlig unter sich.

Ich würde sagen, wenn es um die Pflege geht und wenn die Zahlen immer noch stimmen sollten, das 80 % der dementen Menschen zu Hause gepflegt werden, dann müssten bei jeder Pflegekonferenz 80 % ehemalige pflegende Angehörige sitzen.

Herr Michel-Fabian:

Ich komme vom Diakonischen Werk Westfalen, bin auch ein Verbandsmensch und will noch mal eine kleine Lanze brechen für die Wohlfahrtspflege bzw. für die Anwaltschaftsfunktion der freien Wohlfahrtspflege.

Wir haben sie sehr wohl ausgeübt. Wir haben am 4. Mai 2000 in Bochum mit allen Verbänden der freien Wohlfahrtspflege in NRW eine Demonstration veranstaltet. An dieser Demonstration waren 15.000 Angehörige, Betroffene und auch Pflegende beteiligt. Wir haben damals gegen die Diskriminierung Altersverwirrter und gegen den Ausverkauf der Altenpflege demonstriert. Die Leute, auch Pflegende, waren da auf der Straße und haben ihre Bedürfnisse kundgetan. Wir haben damals nämlich genau gegen die Rahmenbedingungen demonstriert, die überhaupt zu so einer Situation führen, dass wir heute über so etwas wie eine Enquête der Heime nachdenken müssen.

Es gibt natürlich noch ganz viele andere Faktoren und wir sind auch gerne bereit, immer wieder auch nach uns zu gucken, welchen Beitrag wir als Anbieter von Leistungen in Altenheimen, in Ambulanten Diensten, auch leisten können. Nur brauchen wir dazu tatsächlich geeignete Rahmenbedingungen.

Frau Demski:

Ich habe mich zwischendurch auch gefragt, warum muss es diese Landes Enquête-Kommission eigentlich geben. Ich denke, es ist einerseits wirklich ein Vorteil, dass jetzt pro Land in der Bundesrepublik überlegt wird, wie kann das auf Landesebene geregelt werden, weil es ja auch Landespflegegesetze gibt. Aber wäre es nicht auch ganz, ganz wichtig, jetzt wirklich einmal gemeinsam zu handeln und gemeinsam zu überlegen: Was sind gemeinsame Probleme und das nicht immer nur auf Länderebene zu verschieben.

Frau Förster:

Herr Dörner, was halten Sie von der Landes-Enquête. Widerspricht das Ihrem Ansatz?

Herr Dörner:

Weiß ich nicht genau. Ich finde es spannend, dass in verschiedenen Ländern Initiativen unterschiedlicher Art zustande kommen. Ich habe heute von Bayern erzählt. Die sagen: Wir warten nicht auf den Bund, wir machen eine eigene Enquête-Kommission und in NRW ist es jetzt die Pflege. Ich weiß, in Schleswig-Holstein hat sich die Sozialministerin Moser auch für eine für Pflege-Enquête-Kommission verwandt. In Niedersachsen ist gerade eine Initiative unterwegs, da wird ein Petitionsausschuss des Landtags eine Gruppenpetition abgegeben, da man nicht einsieht, wieso die Heimplätze eigentlich immer noch ständig mehr werden, während die ambulanten Möglichkeiten stagnieren und, und, und. Ich finde das nichts als gut. Fragen, die man natürlich von ganz verschiedenen Richtungen anfangen kann und deswegen ist es günstig, wenn auch auf verschiedenen Ebenen, von verschiedenen Seiten die Problematik auch aus unterschiedlichen Richtungen angegangen wird.

Ich bitte um 2 bis 3 Sätze! Wenn ich darf, sage ich jetzt noch mal, warum wir nun diesen Heimansatz gewählt haben.

Als ich in Gütersloh angefangen habe, 1980, da habe ich gesagt, von den 450 Langzeitpatienten werden 30 in die ambulante Betreuung zu entlassen sein. Es stellte sich heraus, dass das gar nicht stimmte. Je mehr wir an die Arbeit gingen und auch das Risiko – auch das Kostenrisiko – in Kauf nahmen, waren zum Schluss alle draußen, alle 435. So. Und dann wird man ja doch ein bisschen nachdenklich und fragt sich, wie, das muss auch mit den vorhandenen Finanz- und Machtstrukturen zusammenhängen, warum das sonst nicht geht.

Seit ich Rentner bin, also seit 96, berate ich Heime, Heimleiter und Heimträger. Immer kommen wir dazu, dass wir sagen: Ein bestimmter Prozentsatz, 10 %, 20 % oder 30 % der Heimbewohner könnten eigentlich entlassen werden. Wir sind uns immer alle einig, aber dann geht es immer nicht. Wieso geht es denn nicht? Wir können doch nicht die Betten schließen, dann kommen wir ja mit den Allgemeynkosten nicht mehr klar, also lassen wir es bleiben. Dann bleibt die Bettenzahl erhalten.

Seit Jahrzehnten sind wir alle dabei und fordern „ambulant vor stationär“ und immer geht es nicht. Gucken wir uns die Finanzströme an, der größte Teil geht in den stationären Bereich. Da kann doch was nicht stimmen. Dann haben wir gesagt: Jetzt machen wir mal einen Schwerpunkt. Es ist ja keine Selbstverständlichkeit, einem Menschen unter den unterschiedlichen Hilfs-, Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten das Heim anzubieten. Wir alle wissen, das Heim ist mit der Einschränkung von Freiheitsrechten verbunden, automatisch, das geht nicht anders. Also darf ich es doch erst dann, wenn wirklich alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, erst dann darf ich das Heim anbieten. In Wirklichkeit läuft es aber umgekehrt.

Dann haben wir gesagt: Wir nehmen mal den Menschenrechtsstandpunkt, stellen den ganz in den Mittelpunkt und sagen, vielleicht ist das Heim ja auch zu verbieten, kann ja sein, man weiß es nicht. Vielleicht brauchen wir auch ganz viele Heime. Aber wir tun mal so, wir nehmen das jetzt mal ernst und versuchen möglichst viele Menschen davon zu über-

zeugen, dass wir die Möglichkeiten der nicht stationären, der nicht Heim-ähnlichen Hilfe – also der ambulanten, der kommunalen oder wie immer man es auch formulieren wird – vielleicht noch nicht genug ausgeschöpft haben.

Also sollten wir uns alle gegenseitig auffordern, die Möglichkeiten der ambulanten und kommunalen Hilfen stärker auszuschöpfen und mal gucken, wie weit wir kommen. Gleichzeitig wissen wir, dass wir damit ja auch der Entwicklung der Wünsche der Menschen entsprechen. Ich bin Historiker genug um zu wissen, dass es Anfang des 20. Jahrhunderts noch geradezu eine Würde für einen Menschen war, einen Platz in einem Heim zu bekommen. Das wurde als etwas Positives angesehen, man wurde für würdig gehalten, in ein Heim zu kommen. Das hat sich aber in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts immer mehr, und zwar immer mehr ins Gegenteil verdreht. D. h. immer weniger Menschen sind bereit, wenn sie denn wählen könnten und wenn sie fair beraten würden, wenn sie über alle Möglichkeiten beraten würden, was natürlich nie, oder bisher jedenfalls kaum erfolgt, dann würden die meisten oder fast alle nicht das Heim wählen.

Diese Dinge haben uns dazu gebracht, zu sagen, wir stellen die Heimaspekte ins Zentrum. Das hat nichts damit zu tun – und deswegen war die Bemerkung mit dem Paradigmenwechsel für mich so hilfreich – dass wir gegen das Heim als solches und schon gar nicht gegen die Heimmitarbeiter sind. Uns geht es wirklich darum, diesen seit Jahrzehnten beschworenen Paradigmenwechsel ambulant statt stationär zu vollziehen. Mit neuen deutschen Worten – von den Institutionen zu den Personen bezogenen Hilfen. Das allein zu verkünden bringt nicht weiter. Es scheitert an den Machtstrukturen und es scheitert auch an der zu geringen Bereitschaft – von mir und allen anderen – die Dinge vom Grundsatz her, nämlich von den Menschenrechten der Betroffenen her zu sehen. Und das ist unser Appell. Dieses Heim ins Zentrum zu stellen, ist gewissermaßen der Trick, möglichst viele Menschen dazu zu bringen, über diese grundsätzlichen Sachen mal nachzudenken.

Und deswegen, Frau Demski, haben wir nicht die vielen Dinge, die heute und Morgen ganz dringend geändert werden müssten, in den Vordergrund gestellt. Ich bin ja auch dafür, ist aber eine andere Veranstaltung. Wir wollen wirklich mal an einer Stelle – und nach unserer Idee die Enquête-Kommission, die Dinge vom gesellschaftlichen Grundsatz her betrachten und auch von den Menschenrechten der Betroffenen, auch von meinen Menschenrechten. Da muss man viel Zeit haben. Man muss wissen, dass ein gesellschaftlicher Umbau in dem Maße, wie er denn wirklich vielleicht möglich wäre – und in einem gewissen Maße ist er möglich – Zeit braucht. Ich rede nicht von 100 %, aber in einem gewissen Maße ist er möglich. Man muss wissen, dass man auf diese Weise ganz viel an gesellschaftlichen und sonstigen Gegebenheiten infrage stellt und dann ist es gut, zu sagen, wir wollen uns dafür Zeit lassen.

Ich muss immer wieder an die Schweden erinnern, da ist das Heim für die geistig Behinderten kein Thema mehr, es existiert halt nicht mehr. Aber die Schweden haben sich 50 Jahre lang Zeit genommen und mit praktischer und ganz kleinschrittiger gesetzgeberischer Arbeit haben sie

ein Gesetz nach dem anderen gemacht und nach 50 Jahren haben sie gesagt: So jetzt sind wir so weit, dass wir zumindest für geistig Behinderte das Heim nicht mehr brauchen.

Das ist der Punkt. Wir dürfen das Heim auch nach bundesdeutscher Rechtsprechung nur einem Menschen anbieten, wenn wir wirklich nachweisen können – und das ist gewissermaßen unsere Pflicht – dass es keine Alternative gibt, dass wirklich das Heim erforderlich ist, absolut erforderlich, nur dann dürfen wir das Heim anbieten. Und für diese Dinge wollten wir einfach mal die Ohren öffnen. Das waren meine 2 bis 3 Sätze.

Frau Förster:

Das waren 2 bis 3 Sätze mit sehr vielen Kommas und Sie sind inzwischen etwas unruhig.

Frau Martin:

Ich bin nicht unruhig, ich fasse mich ganz kurz. Ich bin vom Gesundheitsamt Duisburg, Amtsärztin und medizinische Heimaufsicht.

Ich wollte nur noch mal darauf hinweisen – es klang ja heute schon an, aber meines Erachtens ist es nicht deutlich genug geworden – man muss zwischen den verschiedenen Personengruppen differenzieren. Ich habe da besonders die Personengruppe der Alten, die in den Alten- und Pflegeheimen untergebracht sind im Auge. Dann aber wurde über die Behinderten gesprochen, über andere Gruppen, die geistig Behinderten, die Alzheimer Patienten. Man muss das wirklich differenzieren und im Hinblick darauf dann auch die Heimunterbringung im Auge haben. Danke.

Name des Redners nicht bekannt:

Ich wollte noch mal dem Herrn Dörner zwei Beispiele sagen. Ich arbeite in einem Heim für psychisch kranke Menschen.

Ich glaube, dass es auch ein ziemlich fortschrittliches Heim ist. Aber es ist den Menschen dort beispielsweise nicht möglich – ich kann es noch nicht einmal erklären warum – ihre Zahnpastamarke frei zu wählen oder womit sie sich die Haare waschen, weil wir das für sie kaufen müssen. Das ist die eine Sache.

Die andere Sache ist, es ist auch niemandem möglich, selber zu entscheiden, ob er jetzt z. B. eine Satellitenschüssel hat und damit 20 oder 30 Fernsehsender gucken kann oder nicht. Das würde ich mir z. B. auch von einer Heimenquête versprechen. Also nicht die Frage Heime abschaffen, sondern im Grunde genommen auch die Strukturen innerhalb der Heime zu verändern.

Frau Förster:

Ist das in Ihrem Sinn, Herr Frevert?

Herr Frevert:

Ich bin da vielleicht an verschiedenen Seiten nicht deutlich genug geworden. Ich habe nicht gesagt, dass es generell mein Anliegen ist, die Heime abzuschaffen. Es geht wirklich in der Tat darum, den Paradigmenwechsel durch strukturelle Machtveränderungen herbeizuführen. Es ist

nicht so, dass geistig Behinderte für sich überhaupt nichts entscheiden können. Jeder Mensch kann, unabhängig von dem Grad der Behinderung und seiner individuellen Situation, für sich bestimmte Dinge entscheiden und das ist Macht. Wenn ich darüber entscheiden kann, welche Zahnpasta ich haben will, ist das Macht und wenn mir diese Machtinstrumente nicht zugesprochen werden, dann ist es eine Menschenrechtsverletzung – darum geht es.

Frau Scheppler:

Ich arbeite als Sozialpädagogin seit 11 Jahren in stationären Alteneinrichtungen im Begleitenden Dienst.

Ich möchte etwas zu dem Beitrag von Professor Dr. Hirsch sagen. Er sagte vorhin, dass das Personal in stationären Alteneinrichtungen sehr viel Ängste erleben muss. Ich kann dazu sagen: Es ist so. Weil Sie verlacht wurden, möchte ich es hier ganz einfach laut sagen.

Seit 11 Jahren erlebe ich immer wieder Pflegepersonal, das auch zu mir sagt: Sei leise, sag nichts, du musst sonst gehen, pass auf, du wirst gekündigt, setz dich nicht für dementiell erkrankte Menschen ein, tu nichts. Und ich tue es immer wieder, ich setze mich immer wieder für diese Menschen ein und ich denke mir, aus diesem Grunde bin ich schon 3 mal gegangen worden, ich stehe dazu. Jetzt kann ich dazu stehen und bin auch stolz darauf – ein Stück weit – jetzt inzwischen. Danke.

Name der Rednerin unbekannt:

Ich bin Sozialarbeiterin und habe in einem Altenheim im Sozialdienst gearbeitet.

Ich habe dadurch Einblicke gewonnen, die auch bestätigten, was Herr Hirsch gesagt hat und könnte dem noch einiges hinzufügen, was ich aber jetzt nicht machen möchte. Ich kann es auf jeden Fall unterstreichen.

Meine Forderung war z. B., dass ich als Sozialarbeiterin meiner Arbeit nachgehen darf. Ich hatte 48 Menschen auf 2 Stationen zu betreuen und musste von 30 Arbeitsstunden 15 Stunden Essen reichen. Das stand so nicht im Dienstvertrag. Ich habe eigentlich von meinem Anspruch her die Forderung, dass ich z. B. ehrenamtliche Mitarbeiter in das Heim hole. Ich hätte Jugendliche animieren können, ich hätte Öffentlichkeitsarbeit machen können, ich hätte Angehörigenarbeit machen können. Es war mir nicht möglich, da meine Zeitressource einfach verschwendet wurde, so sehe ich das. Nicht weil ich jetzt nicht gerne Essen reichen würde. Es war aber dadurch z. B. nicht möglich, jeden Menschen einmal in der Woche auch nur annähernd eine halbe Stunde zu begrüßen oder mit ihm zu sprechen. Es war durch das Essenreichen eine Einwegkommunikation, es war fatal.

Es ist eine Forderung für mich, die ich auch an den MDK stellen möchte, genau zu gucken, dass Sozialarbeiter – sofern es sie überhaupt noch in den Einrichtungen gibt – auch ihre Arbeit machen können. Dass sie für diese Arbeit einen getrennten Dienst machen und nicht indirekt mit der Pflegedienstleitung kooperieren müssen, sondern unabhängig

bleiben dürfen. Wenn sie dann schon Essen reichen, dann bitte so lange, wie sie das möchten.

Ich bin auch angehalten worden: Sie dürfen jetzt aber nicht hier eine halbe Stunde am Bett stehen, das geht nicht, das können wir uns nicht leisten.

Für die Zukunftswerkstatt fordere ich noch die Familienpflege in Gastfamilien. Als Gedanken finde ich das ganz hervorragend, dass man das bitte finanziell unterstützt. Das Leute in Pflegefamilien vermittelt werden und dass da Plätze gefunden werden. Dafür sollten Gelder zur Verfügung stehen. Danke.

Frau Förster:

Es wird langsam etwas unruhig und ich sehe, dass einige Leute sich auch schon zum 2. Mal melden. Es ist klar, dass wir in dieser Diskussion nicht alles abdecken können. Ich möchte zum Schluss noch mal Frau Lindmeier zu Wort kommen lassen. Danach gibt es eine kleine Pause, bevor Herr Hurrelmann die Diskussion zusammenfasst.

Frau Lindmeier:

Das ist jetzt kein guter Übergang, denn mir geht es gerade um langfristige Veränderungen. Ich habe eine ganz andere Perspektive als Sie, weil ich eben auch von der Uni komme. Das habe ich bewusst so formuliert. Ich glaube, Sie haben es auch deswegen sofort verstanden – obwohl der größte Teil von Ihnen nicht an der Uni arbeitet – weil Sie auch im öffentlichen Dienst sind und ein Teil von dem, was ich sagen will, hängt damit zusammen.

Wir planen sowieso in ganz anderen Zeitläufen als hier relevant sind. Die Leute, für die wir planen leben in Tagen und Wochen und Monaten. Wir und die Ministerien planen in viel größeren Zeiträumen und gerade darum meine ich, dass auch unsere Forschungsförderung verändert werden sollte. Ein groß angelegtes Vorhaben muss natürlich auch von der Forschung begleitet sein und diese Forschung muss sich verändern. Das ist ein Appell an das Ministerium als Drittmittelgeber, also auch an die relevanten Bundesministerien. Wir müssen an den Universitäten Machtverhältnisse benennen dürfen, also überhaupt das, was hier immer wieder als Grundthema erschien, benennen dürfen und zum Gegenstand von Forschung machen. Wir müssen dazu auch eigenständige Kooperationspartner in der Praxis suchen. In den Verbänden passiert genug, nur häufig ist das nichts, was dann oben ankommt. Wir müssen erwarten dürfen, dass unsere Ergebnisse dann auch umgesetzt werden. Das war es!

Frau Förster:

Ich denke, dass nach dieser Diskussion mehr Fragen offen sind, als beantwortet. Ich danke Ihnen für Ihre Beiträge. Wir machen jetzt eine kurze Pause. Dann wird Herr Hurrelmann die Schlussdiskussion moderieren.

4. Abschlussdiskussion

Moderation: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

Herr Hurrelmann eröffnet die Schlussdiskussion mit der Frage: „Wie kommen wir nun zu einer Enquête-Kommission?“

Frau Mauersberg vom Abgeordnetenbüro Dr. Wordarg (SPD, MDB) beschreibt den formalen Ablauf, der notwendig ist, um eine Enquête-Kommission im Deutschen Bundestag einzurichten. Dabei betont sie die Wichtigkeit eines kleinen Zuschnittes einer Kommission. „Wenn das Thema zu groß wird, neigt man irgendwann dazu, nur noch aufzuarbeiten und dann kommt die Zielrichtung – die man eigentlich damit verbunden hat – nicht mehr zum Tragen“.

Frau Röttger-Liepmann von der Forschungsarbeitsgemeinschaft berichtet, dass sich vor allem Abgeordnete der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und von der PDS eindeutig für die Einrichtung einer Enquête-Kommission ausgesprochen haben. Sie wollen das Anliegen der Forschungsarbeitsgemeinschaft im nächsten Bundestag unterstützen. CDU und FDP haben sich nicht ablehnend – aber auch noch nicht abschließend – dazu geäußert. Letztlich kann die Frage, ob eine Kommission eingerichtet wird, erst nach der Wahl des neuen Bundestages entschieden werden.

Herr Werner von der KFH Freiburg macht auf die Versäumnisse der Psychiatrie-Reform aufmerksam. Man solle daraus lernen und die Länder und Kommunen mit in den Prozess einbeziehen, da der Versorgungsauftrag häufig von ihnen sichergestellt werden muss. Wenn eine nachhaltige Veränderung in der Versorgung stattfinden soll, darf man nach Meinung von Herrn Hirsch die Mitarbeiter nicht vergessen. Dabei ist es notwendig, dass die einzelnen Versorgungsbereiche differenziert behandelt werden. Herr Bradl von der Deutschen heilpädagogischen Gesellschaft hält deshalb spezielle Empfehlungen für die einzelnen Hilfebereiche für notwendig.

Herr Dörner greift noch einmal den Gedanken einer Bewegung auf. Dabei macht er deutlich, dass man eine Bewegung nicht per Abstimmung gründen kann, vielmehr muss sie von selbst zustande kommen. Der bereits eingeleitete Diskussionsprozess biete eine gute Voraussetzung. Er schlägt vor, dass die Forschungsarbeitsgemeinschaft ihre Öffentlichkeitsarbeit weiter fortsetzt und unter anderem zum Beispiel eine weitere Tagung direkt nach den Bundestagswahlen organisiert.

Zum Schluss der Veranstaltung bedankt Herr Hurrelmann sich bei allen, die an dem Workshop teilgenommen haben. „Ich hoffe, dass wir uns gegenseitig weiter informieren können und dass wir es schaffen, eine Enquête-Kommission einzurichten, deren Arbeit zugleich so lange und so wirkungsvoll diskutiert wird, dass sie von einer Bewegung aufgenommen und weiterentwickelt wird, so wie wir es zum Schluss gehofft haben.“

5. Teilnehmerliste

Einrichtung	Name	Ort
	J. Held	Bielefeld
	H. Thaifu	Gütersloh
	H. Narr	Hannover
	A. Möllenbeck	Dortmund
Alt und Jung e. V.	J. Wichert	Bielefeld
Alten- und Pflegedienst	C. Scheppler	Garbsen
Altenheim Neandertal, Heimleitung	M. Schneider	Mettmann
Altenheim, Stell. Heimleitung	B. Schneider	Mettmann
Alzheimer ETHik	R. Demski	Hamm
Alzheimer ETHik	S. Gehrke	Hamm
Angehörigeninitiative	Brinkmann	Bielefeld
Anna Luise Altendorf Stiftung Geschäftsführung	C. Lemcke	Minden
Arbeiterwohlfahrt, Sozialarbeiter	H. Klein	Bielefeld
Arbeitsgemeinschaft Gemein- depsychiatrie Rheinland	Y. Rendemann	Duisburg
Arbeitsgemeinschaft Gemein- depsychiatrie Rheinland	A. Dochat	Wuppertal
Arbeitsgemeinschaft Gemein- depsychiatrie Rheinland	W. Schmidt	Duisburg
AWO Altenzentrum Baumhei- de	Wehrfritz	Bielefeld
AWO Bezirksverband Bielefeld	B. Winter	Bielefeld
AWO Bezirksverband OWL	A. Zels	Bielefeld
AWO Bundesverband	E. Schück	Bonn
AWO BV Mittelrhein	B. Knoepffler	Köln
AWO Dortmund	Löhken-Mehring	Dortmund
AWO Fachseminar, Dozentin für Altenpflege	L. Averdieck	Bielefeld
AWO Feierabendhaus	M. Reinecke	Kassel
AWO Haus Müllerburg	H. Geisheder	Oerlinghausen
AWO Landesverband Schles- wig-Holstein Referent	W. Geest	Kiel
AWO PDL	D. Kran	Minden
AWO Seniorenzentrum Frieda- Nadig Haus	F. P. Krautz	Bielefeld
Barmherzige Brüder	M. Nelius	Saffig
Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen	K. Finke	Hannover
Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen, Refe- rent	D. Jähnert	Hannover
Behindertenhilfe Rummelberg	J. Haeffner	Schwarzenbach
Bremer Heimstiftung	A. Künzel	Bremen
Bund der Pflegeversicherten	G. Heming	Münster

Bundeselternvereinigung für antroposophische Heilpädagogik	B. Keicher	Walldorf
Bundesverband Körper- und Mehrfach Behinderter	N. Müller-Fehling	Düsseldorf
Bündnis 90/Die Grünen	H. Wölter	Düsseldorf
Bündnis 90/Die Grünen im Landschaftsverband Rheinland	M. Kresse	Korschenbroid
Bündnis 90/Die Grünen im Landtag Baden-Württemberg	E. Eymann	Stuttgart
Caritas Stiftung St. Franziskus	M. Stöffelmaier	Schaumburg
Caritas Verband Essen	P. Meiwes	Essen
Caritas Verband Paderborn Referentin	S. Henekamp	Paderborn
Caritas Verband Paderborn, Referent	P. Thedieck	Paderborn
CDU-Landtagsfraktion	A. Gemkow	Bielefeld
Christliches Jugenddorfwerk	R. Nehrdich	Altenhof
CJD Eckernförde, Behindertenhilfe	K. Hinze	Fabdorf
Clavenbachwerk Köln	G. Salzberger	Köln
Clavenbachwerk Köln	K. Völlmecke	Köln
Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Geschäftsführung	B. Görres	Bonn
Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Vorstand	U. Knebel	Dortmund
Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie	Suhre	Köln
Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie FA Menschen in Heimen	L. Schulze-Steinmann	Bremen
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft	C. Bradl	Düren
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft, LWR	J. Lapp	Köln
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft/Uni Köln	M. Seifert	Berlin
Deutsche Hospiz Stiftung	S. Arend	Dortmund
Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Pädagogik und Heilpädagogik	W. Nodes	Essen
Deutscher Caritsverband	W. Strubel	Freiburg
Diakonie Sachsen	R. Frickenhaus	Dresden
Diakoniezentrum Hephata, Direktor	P. Göbel-Braun	Schwalmstadt
Diakonische Stiftung Wittekindshof, Menschen mit Behinderungen	A. Marhold	Bad Oeynhausen
Diakonisches Werk Düsseldorf	R. Kraemer	Düsseldorf
Diakonisches Werk EKIK	Hocheffler	Düsseldorf

Diakonisches Werk Evangelische Kirche Rheinland	Halm-Schloesser	Düsseldorf
Diakonisches Werk Gladbeck	S. Wohlfert	Bottrop
Diakonisches Werk Gladbeck	K. Schmitz	Bottrop
Diakonisches Werk Rheinland, Geschäftsführung	J. Bombosch	Düsseldorf
Diakonisches Werk Westfalen	M.-F. Rudolf	Münster
Diakonisches Werk Westfalen	B. Anger	Münster
Diakonisches Werk Westfalen, Fachverband Altenhilfe	H. Bachmann	Münster
Diakonisches Werk Westfalen, Pressesprecherin	K. Reinke	Münster
Diözesan Caritasverband Münster, Leitung	W. Erfeld	Münster
Diözesan-Caritas-Verband	A. Vollmer	Köln
Dorothea-Buck-Haus	D. Vogt	Bottrop
DRK Bielefeld-Minden	Lünschen	Bielefeld
DRK Kreisverband Düsseldorf	H. Heinrich	Düsseldorf
DRK Kreisverband Düsseldorf e.V.	S. Kussel	Düsseldorf
Einrichtung f. psychische Genesene	M. Willms	Wedewartz
Einrichtung f. psychische Genesene	J. Heyer	Wedewartz
Elterninitiative	M. Rörig	Borchen
EREV Hiltrud Wegehaupt	H. Wegehaupt	Münster
Ev. Christopherus Werk	H. Toennessen	Duisburg
Ev. Diakoniezentrum Hephata	T. Bätz	Schwalmstadt
Ev. Fachhochschule	A. Bartlett	Düsseldorf
Ev. Fachhochschule Bochum	C. Ernst	Dortmund
Ev. Fachhochschule Bochum	M. Müller	Bochum
Ev. Fachhochschule Bochum, Pflegewissenschaften	Hanke-Höhmann	Bochum
Ev. Fachhochschule Hannover FB Gesundheit	L. Schliecken	Hannover
Ev. Fachhochschule Bochum	B. Woeste	Bochum
Ev. FH Bochum	U. Koch-Straube	Bochum
Ev. FH Darmstadt	J. Jung	Dieburg
Ev. Johanneswerk e. V., Geschäftsführungsassistent	L. Bienek	Bielefeld
Ev. Johanneswerk e. V., Rechtsabteilung	S. Riegel	Bielefeld
Ev. Jugendhilfe, Heimleitung	M. van Gellerkom	Bielefeld
Ev. Perthes Werk e. V.	H. Blees	Münster
Ev. Stiftung Alsterdorf	Th. Maas	Hamburg
Ev. Stiftung Hephata	H. W. Paritas	Mönchengladbach
Ev. Stiftung Hephata	W. Wittland	Mönchengladbach
Ev. Stiftung Hephata		Mönchengladbach
Ev. Stiftung Hephata	J. Peters	Mönchengladbach
Ev. Stiftung Hephata	J. Degen	Mönchengladbach

Ev. Stiftung Hephata Wohnen gGmbH		Mönchengladbach
Ev. Stiftung Ummeln	D. Kraul	Bielefeld
Ev. Stiftung Wittekindshof, QM	W. Nauert	Bad Oeynhausen
FH Bielefeld	P. Grosser	Bielefeld
FH Frankfurt	N. Seidl	Frankfurt
FH Frankfurt/Main	M. Langehennig	Frankfurt/Main
Förderkreis Sozialpsychiatrie e. V.	B. ABhoff	Münster
Forum zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger	C. Lüst	Garting
Frankfurter Verein	R. Meyer	Frankfurt
Fürstin-Pauline-Stiftung	Siekmann	Detmold
Fürstin-Pauline-Stiftung	Schuhmacher	Detmold
Gesellschaft für soziale Dienstleistungen	G. Haack	Essen
Gesellschaft für soziale Dienstleistungen	Scholten	Essen
Gesellschaft für soziale Dienstleistungen	Nass	Essen
Heinrich-Haus Neuwied	P. Schwarz	Neuwied
Heinrich-Haus Neuwied	C. Danes	Neuwied
Hochschule Zittau/Görlitz	N. Störmer	Görlitz
HSM Rheinische Kliniken Bonn	Hune	Bonn
Institut Mensch, Ethik und Wissen	K. Grüber	Berlin
Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben e.V.	U. Frevert	Kassel
Josefs-Gesellschaft	S. Gramer	Köln
KFH Freiburg	B. Werner	Freiburg
KFH Münster, FB Heilpädagogik	D. Gröschke	Münster
Krankenhaus Walsrode Psych. Abt.	F. Landzettel	Walsrode
Kuratorium Deutsche Altershilfe	K. Großjohann	Köln
Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln	H. Dietrich	Bielefeld
Landesamt für Soziales Rheinland Pfalz	I. Schmidt	Landau
Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter	W. Strunz	Münster
Landeskrankenhaus Andernach, Direktor Heime	K. Saage	Andernach
Landesseniorenvertretung NRW	R. Heinecke	Bielefeld
Landeswohlfahrtsverband Hessen	E. Seeger	Kassel
Martha-Stapenhorst-Heim, DRK	H. Schmidt	Bielefeld

Martha-Stapenhorst-Heim, DRK, Leitung	A. Krome-Langer	Bielefeld
MdB Dr. Wolfgang Wodarg	S. Mauersberg	Berlin
Michaels Hoven Köln	C. Drouven	Köln
Ministerium f. Arbeit, Soziales, Familie u. Gesundheit, Rhld-Pflz	B. Scholten	Mainz
Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie NRW	C. Sennewald	Düsseldorf
Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung NRW	B. Lohkamp	Düsseldorf
Neukirchener Erziehungsverein	A. Riebe-Beier	Neukirchen
Neukirchener Erziehungsverein, Pflegewissenschaftlerin	A. Prietz	Neukirchen
OBW Emden, Wohnheimleiter	M. Erb	Emden
Ostholsteiner Behindertenhilfe	F. Lunau	Eutin
ÖTV Fortbildungsinstitut	E. Fobbe	Duisburg
Pädagogisch-Ethisches Institut	E. Bollag	Hamburg
Paritätischer Landeswohlfahrtsverband	K. Benner	Wuppertal
PGGPP	Hirsch	Bonn
Pilgerheim Weltersbach	Bake	Leichlingen
Pinel gGmbH Berlin	T. Urbahn	Berlin
Praxis f. Psychiatrie und Neurologie	S. Rauh-Meißnest	Rheda-Wiedenbrück
Praxis f. Supervision	K. Aßhoff	Warendorf
Psych. Abteilung Städtisches KH, Offenbach	G. Plant	Offenbach
Regenberger GPV		Duisburg
Regierung von Unterfranken	C. Völker	Würzburg
Rheinessen Fachklinik	M. Ruhland	Alzey
Rheinessen Fachklinik	M. Nord	Alzey
Rheinessen Fachklinik	F. Schin	Alzey
Rheinessen Fachklinik, Pflegedirektorin	M. Doerwald	Alzey
Rheinische Gesellschaft für Innere Mission, Prokuristin	A. Stratmann	Düsseldorf
Robert-Nussbaum-Haus, AWO Minden	Schneider	Minden
Robert-Nussbaum-Haus, AWO Minden	Lengo	Minden
Senioren Union, Vorsitz		Bielefeld
Seniorenzentrum Gütersloh	E. Bigemann-Großheim	Gütersloh
Seniorenzentrum Gütersloh	B. Täcklenburg	Gütersloh
Sozialpsychiatrischer Dienst	Jesshorst	Hannover
Sozialverband St. Georg	K. Volke	Gelsenkirchen
Sozialverband Vdk		Düsseldorf
Sozialwerk St. Georg	G. Obdusen-Rickert	Ascheberg

Sozialwerk St. Georg	R. Blank	Ascheberg
Sozialwerk St. Georg	Steffens	Schmallenberg-Jellinghausen
Sozialwerk St. Georg e. V., Vorstand	E. Kludas	Gelsenkirchen
Sozialwerk St. Georg, Leitung	U. Biermann	Hamm
St. Antonius, Caritas Verband	U. Werner	Hörstel
St. Josef, VKA e. V., Heimleiter	M. Linnenkamp	Bielefeld
St. Marienhospital Hamm	B. Meißnest	Hamm
St.-Josefs-Stift Eisingen, Geschäftsführer	U. Spielmann	Eisingen
Stadt Bielefeld, Koord. Behindertenhilfe	Ohlendorf	Bielefeld
Stadt Bielefeld, Sozialdezernat	G. Krutwage	Bielefeld
Stiftung Eben-Ezer	W. Brinkmann	Lemgo
Stiftung Eben-Ezer	R. A. Korf	Lemgo
Stiftung Eben-Ezer, Pastor	H. Adam	Lemgo
Tagesstätte Tandem, Leitung	U. Kavelmann	Leer
Universität Bielefeld	K. Hurrelmann	Bielefeld
Universität Bielefeld	P. Wolters	Bielefeld
Universität Dortmund	M. Dederich	Köln
Universität Dortmund	Haigess	Dortmund
Universität Dortmund, Do-bus/Mobile	B. Rothenberg	Dortmund
Universität Dortmund, Projekt Perle	Y. Theußen	Dortmund
Universität Freiburg, Student	B. Gamer	Danzleben
Universität Köln, Heilpädagogische Fakultät	B. Retterath	Kerpen
Universität Köln, Heilpädagogische Fakultät	B. Klostermann	Köln
Universität Köln, Heilpädagogische Fakultät	E. Weber	Köln
Universität Münster	U. Müller	Münster
Universität Oldenburg	B. Lindmeier	Oldenburg
Universität Witten Herdecke	C. Bienstein	Witten
VBA Bethel	K. Wagner	Gütersloh
VBA Bethel	R. Klein	Bielefeld
VBA Bethel		Bielefeld
VBA Bethel	U. Barthalomae	Bielefeld
VBA Bethel	A. Seidel	Bielefeld
VBA Bethel Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie	L. Turowski	Bielefeld
VBA Bethel, Ab. Projekte	M. Henke	Bielefeld
VBA Bethel, Beratung	van Gonakilh	Bielefeld
VBA Bethel, Gemeindepsychiatrie	B. Pickel	Bielefeld
VBA Bethel, Gemeindepsychiatrie	W. Ludwig	Bielefeld
VBA Bethel, Gemeindepsychiatrie	S. Brockfeld	Bielefeld

VBA Bethel, Gemeindepsychiatrie	I. Niestatek	Bielefeld
VBA Bethel, Partnerschule	U. Raphael	Bielefeld
VBA Bethel, Psychiatrie	H. Braun	Bielefeld
VBA Bethel, Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie	H. T. Börner	Bielefeld
VBA Bethel, WHV1 EV 3 Bethel	A. Lawo	Bielefeld
Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit	M. Trautwein	Marburg
Verband für Heilpädagogik und Sozialtherapie	J. Denger	Burgwedel
Verdi, Bundesverwaltung	E. Bigemann-Großheim	Mönchengladbach
Verein Alt und Jung	T. Rösch	Bielefeld
Verein für betreutes Wohnen , Geschäftsführer	K. Aßhoff	Lippstadt
Vorwerker Diakonie	P. Petereit	Lübeck
Westf. Klinik Gütersloh	P. Netz	Gütersloh
WG Wittekindstraße	F. Schleck	Bielefeld
Wittekindshof	N. Hödebeck-Stuntebeck	Bad Oeynhausen
Wittekindshof HL	M. Pratin	Bad Oeynhausen
Wohnanstalt St. Konrad	J. Schneider	Würzburg
Wohngruppe Eckardsheim	R. Gruß	Bielefeld
Wohnheim Klinke	Hermann	Herford
Wohnheim Klinke	Blomenkamp	Herford