

Die Zukunft der deutschen Altenpflege: ambulant vor stationär

Klaus Dörner

Wenn ich in dem mir vorgegebenen Titel das Fehlen eines Frage- oder Ausrufezeichens, den Doppelpunkt und damit den lapidar-selbstverständlichen Indikativ der Aussage ernst nehme, kann das für mich nur heißen: Damit will Bayern nichts weniger als eine Kulturrevolution und zwar regierungsamtlich! Denn so etwas kommt schon einem Staatsstreich von oben gleich, und zwar nicht für die Reichen, die sich immer schon alles kaufen konnten, sondern für die Hilfsbedürftigsten, die „Letzten“, z. B. für die dementen Singles, also auch gegen die bisher geschützten Marktinteressen etwa der Heim-Investoren, aber auch gegen die Marktinteressen der Sozialprofis und somit zugunsten der Wiederbelebung des Gemeinwohls, wozu – wie wir noch sehen werden – die Bürger in der Breite seit 1980 von unten aufgebrochen sind. Vielleicht, so frage ich mich, hat diese Entschlossenheit zum ambulanten sich ja auch von den Ergebnissen der verdienstvollen Heimenquete des bayerischen Bezirks Schwaben anregen lassen.

Für diese meine sicher etwas pathetisch klingende Diagnose bin ich natürlich begründungspflichtig; und dazu brauche ich zunächst den Umweg über einen kurzen historischen Rückblick.

Im 19. Jh. konnte sich die marktförmig betriebene Industrialisierung nur dadurch voll auswirken, dass die Bürger familiär und nachbarschaftlich von den schwerer Hilfsbedürftigen entlastet wurden; denn nur so konnten alle Erwerbsfähigen für die erstmals mögliche Vollbeschäftigung in den Fabriken und später in den Büros rekrutiert werden. Deshalb wurden die Hilfsbedürftigen, also die psychisch Kranken, die Behinderten aller Art und die damals noch nicht so häufigen Siechen und Alterspflegebedürftigen, in einer ziemlich brutalen Operation aus ihren Familien und Nachbarschaften herausgerissen und in diagnostisch-spezialisierte Institutionen konzent-

riert. Und in diesen Institutionen wurden nun – ebenfalls menscheitsgeschichtlich erstmals – das Helfen professionalisiert, das bis dahin stets das meist ungeliebte Privatvergnügen der Bürger gewesen war.

Institutionalisierung und Professionalisierung des Helfens waren also die beiden zentralen Prinzipien des Hilfesystems der Industriegesellschaft, wovon wir alle (bis auf die Ausgegrenzten selbst) von 1880 bis 1980 erheblich profitiert haben.

Wir Sozialprofis wurden nun aber damals nicht etwa für die Integration bezahlt, (von dem meist illusionären Glauben an die Heilbarkeit abgesehen) eher für das Gegenteil der Integration, nämlich für die das Gemeinwohl zerstörende Entmischung der Gesellschaft, für die Aufrechterhaltung der auch räumlichen Trennung von Starken und Schwachen, Gesunden und Kranken, Nicht-Behinderten und Behinderten, Jungen und Alten – als Bedingung für die störungsfreie Produktivitätsmaximierung der Industriegesellschaft.

Anders ausgedrückt und jetzt kommt erstmals der fatale, doppeldeutige und daher bis ins heutige Recht oft missverstandene Schutzbegriff ins Spiel: Wir Sozialprofis wurden zuständig, bezahlt für den Grenzschutz gegenüber den „Schutzbefohlenen“, nämlich einmal für den Schutz der Schwachen vor der kälter gewordenen, weil den Marktgesetzen unterworfenen Gesellschaft und zum anderen zugleich für den Schutz der Starken vor den vielfach störenden Schwachen. Das alles steckt hinter dem Prinzip „stationär vor ambulant“, das uns allen noch – gerade weil wirtschaftlich so erfolgreich – in den Knochen steckt. Und nur, wenn wir Sozialprofis diese unsere anti-integrative Herkunft anerkennen, dann können wir uns ändern und vielleicht für die Lösung der heutigen, ganz entgegengesetzten Aufgaben unseren Beitrag leisten.

Diese Gegenwart lasse ich mit dem Jahr 1961 beginnen. Denn in dem Bundessozialhilfegesetz dieses Jahres hat der Gesetzgeber uns Sozialprofis erstmals die umgekehrte Gesetzesnorm verbindlich vorgeschrieben:

Nicht mehr „stationär vor ambulant“, sondern „ambulant vor stationär“. Dieses Ambulantisierungsnorm entsprang damals garantiert nicht, wie heute gern behauptet wird, der bössartigen Absicht der Politiker, uns sozialprofessionellen Gutmenschen mit einem „Sparpaket“ unsere bequemen stationären Arbeitsplätze wegzurationalisieren; denn damals lebten wir noch auf der Höhe der Wirtschaftswunderzeit, die den Gesetzgeber so großzügig stimmte, nun mehr an die Menschenrechte auch der Ausgegrenzten, Schwachen zu denken, um uns Sozialprofis nun eher von unserer bisherigen „fürsorglichen Belagerung“ von unserer Aufgabe der Trennung von Starken und Schwachen zu entbinden und uns vorzuschreiben, künftig – selbst gegen unsere eigenen Interessen – mehr gesellschaftliche Mischung, Integration, Gemeinwohl und damit Demokratie zu wagen.

Doch in Kenntnis unserer Vorgeschichte muss sich niemand darüber wundern, dass sich die folgenden Jahrzehnte kein Schwein um die neue Gesetzesvorschrift „ambulant vor stationär“ gekümmert hat. Offenbar war uns Sozialprofis die alte Rolle der Grenzschutzpolizei zwischen Starken und Schwachen und auch die größere Arbeitsplatzsicherheit im stationären Bereich viel zu lieb; und auch die politisch Verantwortlichen haben z. T. bis heute (mit oder ohne dem Druck der Sozialprofi-Lobby, die noch 2000 locker die Bundestagsheimenquete verhindern konnte) den stationären vor dem ambulanten Bereich privilegiert und durch die fahrlässige gesetzliche Unterwerfung auch des Sozial- und Gesundheitsbereichs unter die Marktgesetze der Ambulantisierung des Helfens und der Integration der Hilfsbedürftigen zuwider gehandelt.

Hierzu nur ein Beweis: Von 1960 bis heute ist trotz vollmundig gefeierter, kostspieliger und angeblich integrationsdienlicher Reformen die Zahl der Heimplätze nicht nur für Alterspflegebedürftige (was ja noch verständlich wäre), sondern für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte nicht gesunken, sondern kontinuierlich gestiegen. Man sieht: so lange das alte Hilfesystem mit den Prinzipien der Institutionalisierung und Professionalisierung des Helfens noch dominiert, überwiegen seine ausgrenzenden

und integrationsverhindernden Wirkungen, die den Profis mehr als den Hilfsbedürftigen, den Starken mehr als den Schwachen nützen.

Heute aber spricht alles dafür, dass es insbesondere der explosiven Zunahme der Alten, Alterspflegebedürftigen und Dementen zu danken ist, dass wir – sicher eher ungern – die Kraft finden, das alte Hilfesystem durch ein neues (postindustrielles, postsäkulares) Hilfesystem zu ersetzen, in welchem „ambulant vor stationär“ nicht mehr nur auf dem Papier steht, Integration sich stärker durchsetzt und die überholte Trennung einer vermehrten Mischung von Starken und Schwachen weicht. Zumindest gibt es – gegen die immer noch größere Macht des alten Systems – eine realistische Chance dafür, auch wenn wir die dazu notwendigen neuen Organisationsformen überwiegend erst noch erfinden müssen. Daher haben die neuen Landesheimgesetze gerade für die gegenwärtige Situation eine so große zukunftsöffnende oder –schließende Bedeutung, wobei sie sich in jedem Fall auf einen längeren Novellierungsprozess in mehreren Schritten einstellen sollten, weil wohl niemand in der Lage ist, den schwindelerregenden Tiefgang des notwendigen Bruchs mit einer 100-jährigen (und in sich ja auch bewährten) Tradition aus dem Stand in einem Entwurf gesetzestechnisch sauber und zugleich auch noch verantwortlich zu formulieren.

Was kann man von diesem gesamtgesellschaftlichen Traditionsbruch heute schon erkennen: Etwa seit 1980 können wir nicht mehr leugnen, dass wir in eine Gesellschaft mit dem größten Gesamt-Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte hineinwachsen – und zwar gerade wegen des medizinischen und sozialen Fortschritts. Denn zu den uns bekannten Bevölkerungsgruppen sind drei in ihrer Größe neue und unbekannte und zugleich hilfe- und kostenintensive Bevölkerungsgruppen hinzugekommen: einmal die Alterspflegebedürftigen und Dementen, zum anderen die körperlich chronisch Kranken und zum Dritten, was gern vergessen wird, mit dem bedrohlichsten Wachstum die „neo-psychisch Kranken“, also die leichteren Befindlichkeits- und Persönlichkeitsstörungen, denen noch vor 30 Jahren niemand Krankheitswert zugesprochen hätte, die aber heute unter fast

täglich neuen und gern akzeptierten Diagnosen auf einer nach oben offenen Skala zunehmen, wegen der Verachtfachung der Psycho-Anbieter mehr markt- als fortschrittsbedingt; gerade haben sie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Zahl der Krankenhausbehandlungstage vom ersten Platz verdrängt, was die Krankenkassen – oft zu Lasten der wirklich schwer psychisch Kranken – zur Verzweiflung bringt, zumal wegen ihrer Beliebtheit niemand sich traut, ihre rasante Vermehrung auch nur zu verlangsamen, was ja – im Unterschied zu den Dementen – durchaus möglich wäre (hierzu: Klaus Dörner: Helfende Berufe im Markt-Doping, Neumünster: Paranus 2008).

Aber auch wenn wir nur bei den uns hier interessierenden Alterspflegebedürftigen bleiben, wächst der gesamtgesellschaftliche Hilfebedarf in so unbekannte Dimensionen, dass es einleuchtet, dass wir diesen Wachstum nicht mehr einfach nur mit der linearen Fortschreibung der Zahl der Sozialprofis begegnen können. Einzige Alternative: ein Teil des Hilfebedarfs ist an die Bürger zurückzugeben, die, ob sie es wollen oder nicht, sich darauf einzustellen haben, in ihrem Wochenzeitbudget zwischen der arbeitsgebundenen und der freien Zeit künftig eine dritte Zeit als soziale Zeit vorzuhalten. Dies aber – und das ist wichtig – nicht nur aus Kostengründen, etwa um wenigstens die unersetzbaren Kerne des Profi-Helfens als echten Fortschritt dauerhaft finanzierbar zu halten. Vielmehr sind noch wichtiger die Integrationsgründe; denn mit dem Hilfebedarf wächst überproportional der Integrationsbedarf und hier wissen wir schon aus der Vorgeschichte des 19. Jh.: Wir Profi-Helfer können unendlich viel, wir können sogar, wenn unprofessionalisiert, Integration vorbereiten oder begleiten; bloß eines können wir nicht: wir können nicht selbst integrieren, wir können nicht den integrierten Alltag begleiten, das können vielmehr nur Bürger als Bürgerhelfer.

Aber nicht nur die Professionalisierung, sondern auch die Institutionalisierung muss sich in einem neuen, zukunftsfähigen Hilfesystem relativieren. Das ergibt sich schon aus der familiären Belastungsquote: Von einer überdurchschnittlichen Hilfebelastung waren wegen einer psychischen

Erkrankung nur etwa 1 % der Familien betroffen, wegen geistiger Behinderung vielleicht 3 % und selbst wegen einer Alterspflegebedürftigkeit waren es vor 100 Jahren nur vielleicht 5 %. Die Institutionalisierung als Problemlösung war aber, wegen der damit verbundenen Ausgrenzungs-Ungerechtigkeit, nur für solche Minderheiten zu rechtfertigen, etwa nach dem Motto „Minderheiten mussten immer schon Opfer bringen, wenn nur die Vorteile für die Gesamtgesellschaft groß genug sind“. Heute aber geht diese Belastungsquote zumindest für erweiterte Familien fast zu jeder Zeit gegen 100 %. Fast alle Familien und damit Bürger schlagen sich ziemlich ratlos mit der Frage herum, was denn nun mit einem alterspflegebedürftigen Familienmitglied zu tun sei. Eine solche Quote gab es nicht mal im Mittelalter bei Pest und Cholera. Wenn aber der Pflegebedarf ab dem 80. Lebensjahr auf 40 % steigt und wenn da ab dem 93. Lebensjahr die Demenzwahrscheinlichkeit über 50 % steigt, dann kann man nicht mehr von einer Minderheit sprechen. Dann sprengt das sogar unser gewohntes Menschenbild aus der Aufklärung, wonach der Mensch, von als pathologisch definierbaren Ausnahmen abgesehen, ein Vernunftwesen sei; dann müssen wir künftig viel mehr sagen, dass der Mensch phasenweise mal vernünftig, mal nicht-vernünftig sei, und das eine ist so normal wie das andere, weshalb es nahe liegt, von der Demenz nicht nur als einer Krankheit, sondern auch als einer neuen menschlichen Seinsweise zu sprechen. Für eine so große und so normale Bevölkerungsgruppe entfällt aber die Institutionalisierung als Problemlösung, und die einzige Alternative zur Institutionalisierung etwa in ein Heim ist die Integration in die eigene Wohnung, in die Familie oder zumindest in das vertraute Stadtviertel. Und, wie wir schon gesehen haben: Nur Bürger können Bürger integrieren. Hinzu kommt, dass im Unterschied zu früher, wo das Altenpflegeheim als „gesunde Mischung“ ganz gern gewählt wurde, seit einigen Jahrzehnten zunehmend, kaum noch jemand freiwillig ins Heim gehen möchte. Keine Gesellschaft kann es sich aber leisten, den letzten und damit vornehmsten Wunsch seiner Bürger dauerhaft zu ignorieren, zumal es inzwischen für jede Heimaufnahmeindikation bewährte ambulante Alternativen gibt. Zwar werden wir pragmatisch Heime zumindest noch für eine längere Zeit brauchen, aber es scheint so, dass insbesondere die Bürger, zunehmend aber

auch die Profis damit begonnen haben, den letzten und vornehmsten Wunsch aller Bürger ernst zu nehmen, egal, wie lange der Weg dauern wird. Immerhin gibt es schon heute einige Städte (Bielefeld, Berlin, Rendsburg, Ettenheim), durchaus auch Dörfer, die realistisch von sich behaupten können, auf dem Weg in ein heimfreies Gemeinwesen zu sein.

Schließlich ist das Heim auch deshalb immer schlechter zu rechtfertigen, weil wir über das hinaus, was sich mit Kontrollmitteln (Heimaufsicht, MDK, Qualitätssicherung) erfassen lässt, das Gefahrenpotenzial, das dem Heim als Institutionstyp eigen ist, egal, wie gut es geführt wird, heute viel besser kennen: So sterben 20 bis 30 % in den ersten Monaten nach Heimaufnahme. Zusätzliche Gesundheitsgefahren durch Hospitalisierungsprozesse, motorische Immobilität, vermehrte Depressivität oder Verwirrtheit; Neigung zu hoher Psychopharmaka-Medikation, Suizidneigung aus Angst vor dem Heim; unkontrollierbarste Form der Fremdbestimmung- und Abhängigkeitsgefahr; unvermeidliche Abwertung in den Augen der Mitmenschen, zumindest früher verbunden mit der Absenkung der Gewalthemmschwelle. Man könnte sagen, dass eine medizinische Maßnahme mit einem solchen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko nicht zugelassen würde. Natürlich haben auch alle anderen Lebensformen für Alterspflegebedürftige ihr spezifisches Gefahrenpotenzial. Aber da das Heim die größte Abweichung oder Entfremdung von der normalen Lebenswelt darstellt, sind hier auch die Risiken am größten. Dem trägt das Bundesverfassungsgericht Rechnung, wenn es das „besondere Gewaltverhältnis“, zu dem auch der Institutionstyp des Heims zählt, an sich für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt, es sei denn, es sei alternativlos erforderlich. Das Heimssystem war also so lange legitim, wie dies zutraf. Seit 1980 gibt es aber zunehmend Alternativen zum Heim. Man denke u. a. nur an die ambulanten Wohngruppen, schon weil es hier bei vergleichbaren Kosten zwei-dreimal so viel menschliche Zuwendungszeit gibt als im Heim. Wegen dieser zunehmenden Zahl an Alternativen, ist das Heim immer weniger zu rechtfertigen; zumindest wäre verfassungsrechtlich jede Heimaufnahme begründungspflichtig. Das – wenn auch doppeldeutige (s.o.) – Schutzpotenzial, worin das Heim bis 1980 das Monopol hatte, ist heute also stets gegen

sein Gefahrenpotenzial abzuwägen – mit tendenziell sich verschlechternden Ergebnissen. Das so konkretisierte Prinzip „ambulant vor stationär“ gibt daher dem Staat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, regelmäßig zu prüfen, ob eine Heimaufnahme alternativlos erforderlich ist; er hat gleichfalls zu prüfen, wie lange sie erforderlich ist, da sowohl nach dem Pflege- als auch nach dem Eingliederungsrecht Heimbetreiber ständig aktiv darauf hinzuwirken haben, dass der jeweilige Heimaufenthalt so kurz wie möglich dauert. Schließlich hat der Staat auch die Pflicht, die Erforderlichkeit des Betriebs und des Neubaus von Heimen auf Erforderlichkeit hin zu reglementieren. Würde man argumentieren, dass hiergegen das Grundrecht der beruflichen Unternehmerfreiheit stehe, stände nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts dagegen, dass dieses Grundrecht bei erheblichem Gemeinwohlinteresse zurückstehen müsse, was wohl zweifellos sowohl angesichts des Gefahrenpotenzials des Heims als auch angesichts des vielleicht höchsten Gemeinwohlprinzips „ambulant vor stationär“ der Fall sein dürfte, geht es doch hier in der Konkretisierung u. a. auch um den Grundsatz, dass die Menschen nicht mehr zur Hilfe, sondern die Hilfe, wann immer möglich, zu den Menschen zu bringen ist.

So weit meine theoretisch-deduktive oder normative Perspektive, die ihnen frei steht, zu glauben oder für sozialromantischen Unsinn zu halten, insbesondere was die nach dem Markt-Zeitgeist unwahrscheinliche Mobilisierbarkeit der Bürger als Integrationsagenten angeht. Dass diese gegen die Wahrscheinlichkeit doch nachweisbar ist, dazu bin ich Ihnen jetzt noch die umgekehrte empirisch induktive Perspektive schuldig. Was also ist heute schon an Bürgerengagement empirisch beweisbar und was davon ist sogar schon dabei, die gesellschaftlichen Basisstrukturen in Richtung auf Gemeinwohl, Mischung, Integration und damit auf ein neues zukunftsfähiges Hilfesystem zu verändern? Ich stütze mich dabei nicht nur auf Literatur und statistisches Material, sondern auch auf meine ca. 1500 Reisen insbesondere zu solchen bürgerschaftlichen Basisinitiativen, mit denen ich die ersten zehn Jahre meines Rentnerdaseins, die schwer erträglichen 100 % freie Zeit des dritten Lebensalters versucht habe, mit sozialem

Sinn, mit Bedeutung für Andere zu füllen; u. a. dürfte es kaum jemanden geben, der einen so großen Teil der heute schon vorhandenen ca. 600 ambulanten Wohnpflegegruppen persönlich kennengelernt hat. Ich habe meinen Reisebericht als Zwischenbilanz in „Leben und sterben, wo ich hingehöre (Neumünster: Paranus 2007) verschriftlicht. Dies kann jetzt freilich jetzt nur noch in Stichworten geschehen.

1. Die Heimquote, also die Prozentzahl der über 80-Jährigen, die in ein Altenpflegeheim aufgenommen worden sind, ist von 1980 bis 2005 von fast 26 % auf 20 % gesunken. Das ist um so bemerkenswerter, als, wie schon erwähnt, in derselben Zeit die Zahl der Aufnahmen in Behindertenheimen gegen alle Reformrhetorik kontinuierlich gestiegen ist. Zwar dürfte ein Teil dieser Veränderung im Altenhilfebereich den Bemühungen der Wohnungswirtschaft zu verdanken sein; doch dürfte der eher größere Teil mit dem wacher gewordenen bürgerschaftlichen Integrationsengagement zu tun haben.

2. Hierfür spricht auch, dass alle denkbaren Messinstrumente seit 1980 in der Tat für die Entstehung einer Art neuer Bürgerhilfebewegung beweisfähig sind. So sind seit 1980 entstanden oder haben seither zugenommen: die Zahl der Freiwilligen allgemein, der Nachbarschaftsvereine, die Hospizbewegung, die neue Aidshilfe-Kultur, die Systematisierung der Selbsthilfegruppebewegung, die Bürgerstiftungen, die Bewegung des generationsübergreifenden Siedelns (deren bisher ca. 1000 Projekte schon die Infrastruktur berühren), die Wiederbelebung der Pflegefamilien (jetzt auch für Alterspflegebedürftige) und die Bewegung der ambulanten Wohnpflegegruppen, die bisher vielleicht verallgemeinerungsfähigste Bewegungsvariante. Ob auch die seit Beginn der Moderne erstmalige und dramatische Halbierung der Suizidzahlen seit 1980 mit einem solchen Mentalitätswandel der Bürger in der Breite, von mehr Selbstbezug zu mehr Öffnung gegenüber den Nöten von fremden Anderen (über die eigene Familie hinaus) zu tun hat, sei dahingestellt.

3. Motivation der neuen Bürgerhelfer.

Hier bin ich noch überwiegend auf meine zahlreichen Gespräche mit bürgerschaftlich Engagierten angewiesen, was immerhin dafür spricht, dass die Motive der neuen Bürgerhelfer – im Unterschied zu den alten Ehrenamtlichen – mit eigenen realen Nöten zu tun haben. So scheint es etwas zu geben wie die Pathologie der Zeitökonomie: der Genuss an zunehmender freier Zeit scheint jenseits eines Optimums in Leiden daran umzuschlagen, wo man – wie etwa im dritten Lebensalter – 100 % Freizeit nicht mehr gut aushalten kann. Wenn man nicht fälschlich zum Psychotherapeuten geht, braucht man so etwas wie eine soziale Erdung, eben eine dritte soziale Zeit für fremde Andere (jenseits der eigenen Familie), muss das Maß an Freiheit und Selbstbestimmung ins Gleichgewicht bringen mit einer persönlichen Tagesdosis an Bedeutung für Andere, nicht zu viel davon, aber auch nicht zu wenig, was irgendwie auch mit dem Kit zu tun hat, ohne den der Zusammenhalt einer Gesellschaft nicht mehr gegeben ist. Ähnlich gibt es offenbar eine Pathologie nicht nur der Überlastung, sondern auch der Unterlastung, auf der Ebene der Körperkrankheiten schon lange bekannt, wohl aber auch auf der psychosozialen Ebene wirksam: Entlastung ist gut, aber zu viel davon macht auch wieder krank. Gesundheit ist vielmehr optimale Auslastung. Schließlich führt die Verknappung der Erwerbsarbeit dazu, dass immer mehr Haushalte nur über einen Zweitjob zu finanzieren sind, was am ehesten über den Alten-bedingten Zuwachs an Hilfebedarf abzudecken ist, weshalb täglich neue originelle illegale, halblegale, legale und inzwischen über Fortbildung legalisierte Formen des Gelderwerbs durch Alltagsbegleitung, also Integration, von Alterspflegebedürftigen gibt. Die neuen Bürgerhelfer geben Zeit, aber nehmen notfalls auch Geld dafür. Hier hat Bayern zwei für mich besonders vorbildliche Modelle zu bieten: Einmal die vier Vereine „Betreutes Wohnen daheim“ im Kreis Schwandorf, wodurch sich bei den von den Caritas-Sozialstationen versorgten Alten die Zahl der wunschgemäß zu Hause Sterbenden in kurzer Zeit von 30 % auf 60 % verdoppelt hat; zum anderen der ambulante Pflegedienst „Die weiße Feder“ in München, der seit 20 Jahren zugleich als Zuverdienstfirma für (junge) psychisch Kranke arbeitet und durch die Verknüpfung der Begleitung pflegebedürftiger Alter und

psychisch kranker Junger für letztere ca. 100 Arbeitsplätze geschaffen hat.

Für die Realitätsorientiertheit der neuen Bürgerhelfer sprechen auch die seit Jahren stabilen 3/3-Befragungsergebnisse von Emnid: ein Drittel ist schon bürgerschaftlich engagiert, ein anderes Drittel will nichts davon wissen; aber das mittlere Drittel reagiert mit besonders gesundem Menschenverstand sinngemäß so: „Wenn Sie mich so fragen, könnte ich mir schon vorstellen, mich zu engagieren; aber mich hat doch noch niemand gefragt!“ Daraus ergibt sich pragmatisch: Wenn mir für ein Projekt Bürgerhelfer fehlen, werde ich mit der Methode des Klinkenputzens bei jeder dritten Klinke fündig – ich habe das ausprobiert.

Auswirkungen der neuen Bürgerhilfebewegung auf die integrationsförderlichen Basisstrukturen der Gesellschaft:

a) Bei der klassischen Institution der Familie ist es bemerkenswert, dass die 70 % der Alterspflegebedürftigen die mit oder ohne Profi-Beteiligung von ihren Familien, auch multilokal betreut werden, über Jahrzehnte fast konstant geblieben sind, obwohl die objektiven Bedingungen dafür (Kinderzahl, Mobilität) sich währenddessen verschlechtert haben. Es könnte also sein, dass die Familie als Institution, schon aufgrund ihres ehrwürdigen Alters, Selbstreparaturfähigkeiten besitzt. So kommt, wenn die Familie zu klein ist, ein Ausgreifen von der Blut- auf die Wahlverwandtschaft zustande. Freundschaft ist in der Tat wieder so bedeutsam geworden wie zuletzt zur Zeit der Romantik, als Goethe die Wahlverwandtschaft sprichwörtlich machte. Immerhin zu 10 % wird auch auf die Nachbarn ausgegriffen. Und ausgreifend ist auch die ambulante Wohnpflegegruppe, zumindest wenn man sie als Ausgründung mehrerer Familien als Auftragsgemeinschaft versteht, selbst wenn ein Immobilienbesitzer oder die Profis eines ambulanten Pflegedienstes diese Angehörigen erst auf diese Idee bringen, die diesen, auf die sie wegen der Neuheit aber auch wegen ihrer eigenen Not von selbst nicht hätten kommen können. Ausgreifend sind schließlich auch die Projekte des generationsübergreifenden Siedelns, wenn die eigene Familie als zu klein, zu isoliert und zu asozial erlebt wird, und auch die Revitalisierung der Pflegefamilie, die gewissermaßen er-

satzweise eintritt, wenn jemand keine eigene Familie hat oder die eigene Familie vollständig an ihre Grenzen gekommen ist. Zu all solchen Ausgreifungen gehört es, dass sie von ihrer familiären Herkunft her Projekte und Aktivitäten des Privatbereichs bleiben und bei der immer auch erforderlichen Kontrolle auf Elemente der sozialen Kontrolle des Miteinanders der beteiligten Personen und Gruppen setzen, nicht der öffentlichen Kontrolle, zumal alle Beteiligten ja auch die Alltagsbegleitung der jeweiligen Integrationsarbeit leisten.

b) Die Wiederentdeckung der Nachbarschaft scheint mir die bisher wichtigste Leistung gerade auch der neuen Bürgerhelferbewegung zu sein. Da viele diesen Begriff, weil rückwärts gewandt, und es ihnen um die nach vorne offene Zukunftsfähigkeit geht, habe ich den neutralen Begriff „Dritter Sozialraum“ (zwischen dem privaten und dem öffentlichen Raum gelegen) vorgeschlagen, im städtischen Raum zwischen 5000 und 20.000 Einwohner umfassend, und in allen Kulturen der Menschheitsgeschichte für drei Funktionen zuständig: Für die Hilfe, mit der eine Familie überfordert ist, für Alleinstehende, die gar keine Familie haben und vor allem für sämtliche Prozesse der Integration. Der dritte Sozialraum ist der Integrationsraum, nicht nur Hilfsbedürftige, sondern z. B. auch für Migranten. Vor allem wegen seiner verlässlichen Begrenztheit ist er der einzige Sozialraum, in dem und für den bürgerschaftliches Engagement mobilisierbar ist und wo Bürgerhelfer mit Profihelfern sich zum Prinzip des Bürger-Profi-Mix synchronisieren lassen, vor allem wenn die Bürger sich ebenso wie die Profis selbst organisieren (Bürgerbüro, Nachbarschaftsverein), womit die Beziehung zwischen Bürgern und Profis aus einer vertikalen in eine horizontale Dimension kommt, weil beide Seiten Unterschiedliches, aber gleich Wichtige beizutragen haben und daher absolut notwendig sind. Daher sollten sowohl Nachbarschaftsvereine als auch ambulante Wohnpflegegruppen auf den Bezug zu ihrem dritten Sozialraum, ihrem Stadtteil oder ihrer Dorfgemeinschaft aktiv achten. Dies geschieht m. E. modellhaft in Bielefeld, wo die ca. 70 ambulanten Wohnpflegegruppen nicht nur für die Demenzen, sondern auch für alle hinreichend pflegebedürftigen Bewohner des jeweiligen Viertels (auch Demenzen wollen keine Monokultur); denn so teilt sich den Bürgern des Viertels am ehesten mit, dass sich die Kultur

ihres Stadtteils nicht mehr nur in der Zahl der Kindergartenplätze, sondern auch in der Zahl der Pflegeplätze in der Vertrautheit des eigenen Viertels ausdrückt. Wodurch, wenn sie sich daran beteiligen, sie in „geteilter Verantwortung“ für sich und ihre Familie Versorgungssicherheit für alle denkbaren Pflegerisiken selbst erwerben und – bei hinreichend vielen Wohnpflegegruppen – das Heim als Alternative für sie entfällt. Deshalb hat inzwischen auch der größte Heimträger in Bielefeld, das Ev. Johanneswerk, sich selbst einen Heimbaustopp verpasst und setzt nur noch auf die Vermehrung der ambulanten Wohnpflegegruppen, wie auch inzwischen sämtliche Wohnungsbaugesellschaften in das Wohnpflegegruppenkonzept umgestiegen sind und inzwischen auch über den Gruppencharakter hinaus, der immer auch noch etwas Institutionelles hat, normalisieren.

Das Konzept des „Pflegestützpunktes“ im neuen Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist zwar ein misslicher Begriff, aber den Charme, mit der Größenordnung von 20.000 Einwohnern sich mit dem einmaligen Mobilisierungspotenzial des Dritten Sozialraums in Deckung zu bringen.

c) Die Kirchengemeinde ist die einzige noch flächendeckend vorkommende Einrichtung, die nicht zufällig der Größenordnung des Dritten Sozialraums entspricht und ursprünglich ja auch dem obersten biblischen Gebot folgte, nämlich der unauflösbaren Einheit von Gottes- und Menschendienst. Nachdem sie während der Industrialisierung arbeitsteilig dem Menschendienst an großflächig organisierte Diakonie bzw. Caritas abgegeben wurde und nur noch den Gottesdienst zu bieten hatte, verlor sie zunehmend an Wertschätzung und gefährdet heute sogar ihre Existenz. Deshalb ist es bemerkenswert, dass die Kirchengemeinden freilich erst in jüngster Zeit an ihrer Resozialisierung arbeiten, in der Kleinräumigkeit der Organisation des Helfens einen Vorteil sehen können und sich somit an der Wiedervereinigung an diakonischer Professionalität und kirchengemeindlichem Bürgerengagement orientieren.

d) Die Kommunen, die kommunale Selbstverwaltung, hat sich bisher von dem alten-bedingten Wachstum des Gesamthilfebedarfs, von der sich daraus ergebenden Integrationsforderung und von der von unten wach-

senden neuen Bürgerhilfebewegung noch wenig berühren oder verändern lassen, obwohl doch die kommunale Kernaufgabe in der Daseinsvorsorge für alle Bürger besteht. Ein Seniorenbeirat, einige Bürgerbüros und Beratungsstellen, so wichtig sie sind, berühren noch nicht den Kern des Problems. Das ist auch kein Wunder, da wir inzwischen ahnen, wie tiefgreifende Veränderungen fast der gesamten Sozialstruktur die konsequente Umsetzung von Prinzipien wie „ambulant vor stationär“, Integration und „Bürger-Profi-Mix“ bedeuten. Ein Beispiel aus der Behindertenhilfe mag dies verdeutlichen: Unlängst hat Hamburg als erstes Bundesland mit den Trägern der Behindertenhilfe vereinbart, dass diese innerhalb von 5 Jahren ein Drittel ihrer stationären Heimplätze „ambulantisieren“. Der größte Träger, die Ev. Stiftung Alsterdorf, (1200 Behinderte) nahm das zum Anlass, sich so sehr zu verändern, dass künftig die Organisation des Helfens im Sinne des Dritten Sozialraums in den Grenzen jedes einzelnen Stadtviertels zu erfolgen habe, da es darum gehen müsse, die Bürger jedes Stadtviertels zu einer integrationsbegleitenden Kultur zu befähigen; das wieder zur Folge, dass die Mitarbeiter sich entspezialisieren müssten, nicht mehr nur sich für ihre Spezialität der geistig Behinderten, sondern sich für alle schwerer Hilfsbedürftigen des Viertels, egal, ob psychisch Kranke oder Demente, sich zu öffnen hätten, was erst als eine Degradierung und erst danach als eine Bereicherung empfunden werden kann. Ähnliche Bildungserlebnisse werden wohl auch auf die Kommunalverwaltungen zukommen. Sie werden ihrer Ressource nicht mehr nach Jugend, Behinderten, Alten usw., sondern mehr ganzheitlich nach Stadtvierteln aufzuteilen haben, wenn „ambulant vor stationär“ und damit Integration wirklich ernst genommen werden. Manchmal sind die Dorfbürgermeister hier schon weiter; denn nicht selten hörte ich von ihnen, dass sie sich weigern, eine eigene Altenhilfe zu installieren, gerade weil die Integration der Alten nur im Miteinander aller Generationen möglich sei. Und in Österreich gibt es immerhin Landkreise, in denen der Landeshauptmann seine Dörfer anweist, im Maße des zu erwartenden Pflegebedarfs Wohnraum für ambulante Wohnpflegegruppen freizuziehen – und dies nicht nur der Solidarität, sondern auch der Ökonomie wegen, weil auf diese Weise attraktive Arbeits-

plätze vor allem im Dienstleistungsbereich im eigenen Dorf geschaffen werden könnten.

Da schließlich alle Veränderungen mit Bewusstseinsbildung beginnt, wäre den Kommunen zu empfehlen, dafür zu sorgen, dass die Kinder schon in den Schulen lernen, dass sie nicht, wie bisher gedacht, nur in zwei Sozialräumen (privat und öffentlich), sondern auch in einem Dritten Sozialraum (Viertel, Dorfgemeinschaft, Nachbarschaft) leben. Wer wie ich das in Schulklassen durchdiskutiert hat, kann nur staunen, wie schnell, spontan, fast instinktiv den Schülern das einleuchtet.

Fazit: Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist zwar schwieriger konsequent umzusetzen, als gedacht, weil dadurch fast die gesamte übrige Sozialstruktur in Bewegung gerät, aber durchaus realistisch in seinen Chancen – dank der vielen Alten, die uns dazu zwingen, uns keine Alternative dazu lassen. Hierdurch wird auch in anderen Bereichen die Mischung von Starken und Schwachen zunehmen. Allerdings zeigt die jüngere Geschichte, dass dazu die gesetzliche Normierung dieses Prinzips allein nicht ausreicht, dass auch die Profis allein die Umsetzung eher zu verzögern geneigt sind, was nachlässt, sobald „ambulant vor stationär“ auch von einer breiteren Bürgerbewegung getragen wird. Da wir aber noch keineswegs wissen, welche die besten Organisationsformen dafür in einem neuen zukunftsfähigen Hilfesystem sein werden, sollten wir über eine längere Zeit möglichst viele Varianten zulassen, in Grenzen auch Fehler und Missbräuche in Kauf nehmen (z. B. werden Profis aufgrund ihrer Tradition natürlich anfangs versucht sein, ambulante Wohnpflegegruppen dem Stil nach wie Kleinstheime zu betreiben, wie könnte es anders sein, bis sie das Neue daran gelernt haben), sonst könnten bei all zu vieler und früher Kontrolle die Lust am Erfinden verlieren, und wir können dann gar nicht mehr erfahren, was denn in 10 Jahren sich als das Tragfähigste und das, was den Bedürfnissen der Betroffenen am ehesten entspricht, gewesen wäre. Gerade weil niemand von uns wegen des atemberaubenden Tiefgangs des zu fördernden Traditionsbruches wissen kann, was in 20 Jahren das Beste sein wird, fördert es die Erfindungsfreude, wenn wir uns alle gegenseitig einen weitgehenden Vertrauensvorschuss einräumen.

Zum Abschluss noch ein halberner Gag: Inzwischen haben die Demographen errechnet, dass auch das Syndrom „zunehmende Altenzahl bei abnehmender Kinderzahl“ ein globales Phänomen ist; epidemiologisch beginnt es zwar in Westeuropa/USA, erreicht in Kürze Osteuropa, danach die Schwellenländer und wird in einigen Jahrzehnten über Südamerika auch die afrikanischen Länder erfassen. Man könnte daher glatt sagen, dass dasjenige Land, das als erstes ein der alternden Gesellschaft entsprechendes neues Hilfesystem erfunden hat, damit auch über einen grandiosen Exportschlager verfügt.