

Geistig behinderte alte Menschen in Wohnheimen

**Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Erziehungswissenschaft durch die
Pädagogische Hochschule Heidelberg**

vorgelegt von

Monika Skillandat

aus Gladbeck / Westfalen

Heidelberg, den 01. September 2003

Erstgutachter: Prof. Dr. Günther Cloerkes

Geistig behinderte alte Menschen in Wohnheimen

Von der Pädagogischen Hochschule Heidelberg
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Erziehungswissenschaft (Dr. paed.)
genehmigte Dissertation

von

Monika Skillandat

aus Gladbeck / Westfalen

Erstgutachter: Prof. Dr. Günther Cloerkes

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Hohmeier

Fach: Soziologie der Behinderten

Tag der mündlichen Prüfung: 17. März 2004

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Gesellschaft und Alter als soziales Problem	5
2.1 Die gesellschaftliche Entwicklung in den fortgeschrittenen westlichen Ländern	5
2.1.1 Stichwort: Dienstleistungsgesellschaft	10
2.1.2 Stichwort: Erlebnisgesellschaft	13
2.1.3 Stichwort: Risikogesellschaft	16
2.2 Individualisierung und der Wandel der Industriegesellschaft	21
2.2.1 Individualisierung und das Ende der „alten Moderne“ Thesen von Ulrich Beck	21
2.2.2 „Neue Alte“ und „alte Alte“	24
2.3 Individuelle Eigenvorsorge und Subsidiarität	29
2.4 Zusammenfassung	36
3. Alter und Behinderung	38
3.1 Gesellschaftlicher Strukturwandel	38
3.2 Alter, Behinderung und Lebensqualität	43
3.2.1 Ökologische Psychologie des Alterns	62
3.2.2 Zusammenfassung	69
3.3 Grundrechte Behinderter bzw. Pflegebedürftiger	69
3.3.1 Reichen liberale Grundrechte aus?	69
3.3.2 Werden soziale Grundrechte benötigt?	72

II

3.4 Exkurs: Der Jugendlichkeitskult und die Endlichkeit des Lebens	75
3.5 Die soziale und rechtliche Situation älterer Behinderter und Pflegebedürftiger	80
3.5.1 Gesellschaftliche Veränderungsprozesse und die sozialen Folgen	80
3.5.2 Das „Deckelungsprinzip“ in der Pflegeversicherung	83
3.5.3 Die materielle und psychosoziale Situation der pflegenden Familienangehörigen	94
4. GEISTIG BEHINDERTE IM RENTENALTER – EMPIRISCHE UND SOZIALGERONTOLOGISCHE Befunde im internationalen Vergleich	100
4.1 Situation geistig Behinderter in Wohnheimen	100
4.2 Soziale Gerontologie in anderen Ländern – ein Vergleich	111
4.2.1 Sozialgerontologie in den Niederlanden	111
4.2.2 Soziale Gerontologie und Pflegepolitik in Skandinavien	116
4.2.3 Sozialgerontologie in Österreich	119
4.2.4 Soziale Gerontologie in der Schweiz	122
4.2.5 Sozialgerontologie in den angelsächsischen Ländern unter besonderer Berücksichtigung der USA	126
4.3 Zusammenfassung	133
5. ZUR SITUATION GEISTIG BEHINDERTER ALTER MENSCHEN IN FÜNF WOHNHEIMEN im Münsterland	135
5.1 Fragestellung und Methode	135
5.2 Durchführung	143
5.3 Darstellung der Ergebnisse	145
5.3.1 Heimleitungen (Fragebogen Teil A)	145
5.3.1.1 Prävention (Fragebogen Teil B)	155

III

5.3.1.2 Erste Zusammenfassung	164
5.3.1.3 Rehabilitation (Fragebogen Teil C)	167
5.3.1.4 Zusammenfassung	170
5.3.1.5 Integration (Fragebogen Teil D)	171
5.3.1.6 Zusammenfassung	174
5.3.1.7 Normalisierung (Fragebogen Teil E)	175
5.3.1.8 Zusammenfassung	186
5.3.2 MitarbeiterInnen	188
5.3.2.1 Ergebnisse	188
5.3.2.2 Zusammenfassung	194
5.3.3 Geistig behinderte HeimbewohnerInnen	196
5.3.3.1 Ergebnisse	196
5.3.3.2 Zusammenfassung	201
5.3.4 Fallstudie – verheiratetes Paar	202
5.3.4.1 Lebenslauf und Sozialbericht der Ehefrau	202
5.3.4.2 Lebenslauf und Sozialbericht des Ehemannes	212
5.3.4.3 Informationen der Betreuerin	216
5.3.4.4 Zusammenfassung	217
6. Zusammenfassung und Schluss	219
7. Literaturverzeichnis	227

8. Anhang	245
8.1 Fragebogen	245
8.1.1 Heimleitungen	245
A) Allgemeine Fragen und statistische Angaben	245
B) Prävention	247
C) Rehabilitation	249
D) Integration	250
E) Normalisierung	251
8.1.2 MitarbeiterInnen	254
8.1.3 Geistig behinderte HeimbewohnerInnen	256
8.2 Antworten	258
8.2.1 Heimleitungen	258
8.2.2 MitarbeiterInnen	286

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Unterscheidungskriterien Freie – Soziale Marktwirtschaft	2
Abbildung 2: Unterschiedliche Betreuungsmodelle von geistig Behinderten in ihrer historischen Abfolge	114
Tabelle 1: Taxonomie von Formen abweichenden Verhaltens nach zugeschriebener Verantwortung	49
Tabelle 2: Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht	53
Tabelle 3: Sterbefälle nach Alter und Geschlecht	54
Tabelle 4: Diagnostizierte Fälle durch das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder	55
Tabelle 5: Rangplätze von Daseinsthemen laut BOLSA-Studien 1965/1980	64
Tabelle 6: Vier Bewältigungsstile in einer Gruppe von Schlaganfallpatienten	68
Tabelle 7: Fünf mögliche Verlaufsformen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	79
Tabelle 8: Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung 1996/97	90
Tabelle 9: Finanzlage der Pflegeversicherung 1996/97	92
Tabelle 10: Hauptpflegepersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Personen	98
Tabelle 11: Alter der Hauptpflegepersonen in Deutschland	98

1. Einleitung

Die Dissertation befasst sich mit der (psycho-)sozialen Situation älterer geistig behinderter Menschen in Wohnheimen, die schon das Rentenalter erreicht haben. Zu dieser Thematik wurde bislang verhältnismäßig wenig geforscht, empirisches Material liegt nur sehr beschränkt vor. Diese Arbeit soll helfen, die Lücke zu füllen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung (Stichworte hierzu sind etwa „Rentnerschwemme“, „Altenberg“ etc.), die in den fortgeschrittenen Industriegesellschaften des Westens eindeutig in Richtung einer z. T. dramatischen Zunahme älterer und alter Populationen geht, ist schon von einem möglichen „Zusammenbruch des Generationenvertrags“ die Rede, weil die wachsenden Kosten für Renten, Pflegebedürftigkeit etc. schon in wenigen Jahrzehnten nicht mehr finanziert werden könnten (vgl. H. Schüller 1998). Deshalb wird auch immer öfter und immer lauter öffentlich über angebliche Notwendigkeiten geredet, das „soziale Netz zu beschneiden“, soziale Leistungen zu kürzen etc; die Mitte der 90er Jahre eingeführte Pflegeversicherung steht unter dem ständigen Zwang der „Kostendeckelung“ und des „Kostenvorbehalts“. Überall (und nicht zuletzt in Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen) wird gespart, „Rationalisierungsreserven“ werden ausgelotet und „Professionelle“, soweit möglich, durch „Ehrenamtliche“ ersetzt (vgl. G. Notz 1999).

Dahinter steckt ein sozioökonomischer und gesellschaftspolitischer Grundkonflikt, der auch als Gegensatz zwischen „freier“ und „sozialer“ Marktwirtschaft beschrieben werden kann, wobei ungefähr seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts die Entwicklung immer mehr dahin zu gehen scheint, den Sozialstaat zugunsten des freien Wettbewerbs abzubauen – eine Forderung, die nicht zuletzt vom sog. *Neoliberalismus* erhoben wird, der zum *dominierenden Paradigma* in der Wirtschafts- und Sozialpolitik vieler Länder geworden zu sein scheint. Etwas vereinfacht lassen sich die Prinzipien der *freien* und der *sozialen Marktwirtschaft* schematisch wie folgt darstellen, wobei sich im Verlaufe der Diskussion an dieser Unterscheidung orientiert werden wird (vgl. Schubert/Klein 2001, S. 265):

Abbildung 1: Unterscheidungskriterien Freie – Soziale Marktwirtschaft

Freie Marktwirtschaft	Soziale Marktwirtschaft
Der Staat sorgt für innere und äußere Sicherheit und setzt den wirtschaftspolitischen Rahmen, d. h. er betreibt nur Ordnungspolitik, er greift nicht in das wirtschaftliche Geschehen ein.	Der Staat betreibt neben der Ordnungspolitik auch Prozesspolitik, d. h. er greift lenkend in das wirtschaftliche Geschehen ein, um soziale Ziele (insbesondere soziale Sicherheit) zu erreichen.
Der Marktmechanismus gilt als Steuerungsmechanismus, der – wenn von außen nicht eingegriffen wird – automatisch zum Gleichgewicht tendiert.	Der Marktmechanismus gilt als Steuerungsmechanismus, der nicht in jedem Fall und automatisch zum Gleichgewicht tendiert; er gilt als Halbautomatismus, der gelegentlich steuernd-korrigierender Eingriffe bedarf.
Privateigentum und Verfügungsmacht über die Produktionsmittel sind nicht eingeschränkt.	Privateigentum ist prinzipiell geschützt; Eigentum unterliegt aber einer generellen Sozialbindung („Eigentum verpflichtet“); Enteignungen im Interesse des Gemeinwohls sind mit erheblichen rechtlichen Auflagen verbunden, aber durchaus möglich.
Der freie – d. h. sich selbst überlassene – Wettbewerb steht im Mittelpunkt des Wirtschaftens; der Staat betreibt keine Wettbewerbspolitik.	Der wirtschaftliche Wettbewerb wird durch staatliche Eingriffe (Kontrolle, Gesetze) gefördert und geschützt.
Alle Entscheidungen über die Produktion liegen bei den Unternehmen; es herrscht völlige Gewerbefreiheit.	Der Staat greift durch Regulationen und Verbote in die Gewerbefreiheit ein, insbesondere um Gesundheits- oder Sicherheitsrisiken vorzubeugen.
Es herrscht völlige Vertragsfreiheit – nur die Vertragspartner entscheiden über die Ausgestaltung von Verträgen.	Die Vertragsfreiheit ist insofern eingeschränkt, als die Rechte wirtschaftlich Schwächerer geschützt werden (z. B. gegen Wucher, durch Kündigungsschutz o. ä.).

Die Arbeit weist einen *theoretischen* und einen *empirischen* Teil auf. Der theoretische Teil umfasst die Kapitel 2 und 3. Das Kapitel 2 befasst sich zunächst mit den gesellschaftlichen Entwicklungen in den fortgeschrittenen westlichen Ländern unter dem Stichwort „Von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft“ (2.1). 2.2 fasst unter „Individualisierung und der Wandel der Industriegesellschaft“ die Tendenzen zusammen, die unter Stichworten wie „Risikogesellschaft“, „Ende der >alten Moderne<“ etc. u. a. von Ulrich Beck in sozialwissenschaftlichen Theorien verarbeitet wurden (2.2.1). Ferner werden die Akzentverschiebungen in den (post-)modernen Gesellschaften am Wandel des *Altersbildes* erläutert, wo teilweise die „Neuen Alten“ gegen die „Alten Alten“ ausgespielt werden – und wo sich die Frage auf-

drängt, ob die Fraktionierungen in der Altersgruppe der RentnerInnen nicht auch ein *Auseinanderdriften der Sozialstruktur* widerspiegeln (2.2.2). In 2.3 geht es darum, ob *individuelle Eigenvorsorge* (was heute auch oft als „Eigenverantwortung“ bezeichnet wird) und das Prinzip der *Subsidiarität* tatsächlich die sozialstaatliche Daseinsfürsorge funktional äquivalent ersetzen können, wie besonders von neoliberaler Seite immer wieder suggeriert wird.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Thema *Alter und Behinderung*. 3.1 befasst sich speziell mit der psychosozialen Situation älterer Behinderter unter den Bedingungen der „Krise des Sozialstaates“. Dann geht es um die Frage, wie unter dem Diktat knapper öffentlicher Gelder die *Lebensqualität* älterer behinderter Menschen so gut wie möglich aufrecht erhalten werden kann (3.2) und stellt unter diesem Gesichtspunkt einen psychologischen Forschungsansatz dar, der auch als die „*ökologische Psychologie des Alterns*“ bezeichnet wird (3.2.1) und mit dem die Bedingungen erforscht werden sollen, unter denen gleichsam die „Quadratur des Kreises“ gelingen könnte, *trotz der Sparzwänge die Lebensqualität (behinderter) alter Menschen zu erhalten oder sogar zu steigern*. 3.3 enthält eine kurz gehaltene, sozialphilosophische Erörterung zur Frage, welche *Grundrechte* ein Behinderter bzw. Pflegebedürftiger denn nun eigentlich hat, und ob *liberale* Grundrechte ausreichen (in denen etwa ein Pflegebedürftiger als „Kunde“ eines Pflegeheims betrachtet wird) oder ob diese nicht vielmehr durch *soziale* Grundrechte vervollständigt werden müssen, wie sie ja etwa schon im „Sozialstaatsgebot“ des Grundgesetzes angedeutet sind. In einem Exkurs (3.4) setze ich mich summarisch mit dem um sich greifenden *Jugendlichkeitskult* in den fortgeschrittenen kapitalistischen Gesellschaften auseinander, der besonders in den angelsächsischen Ländern schon geradezu beängstigende Ausmaße angenommen zu haben scheint und die Würde und den Wert des Alters zunehmend zu unterminieren droht. 3.5 behandelt nochmals den gesellschaftlichen Strukturwandel, diesmal unter dem besonderen Augenmerk der *sozialen* Folgen für ältere Behinderte im engeren Sinn.

Kapitel 4 widmet sich einem internationalen Vergleich empirischer und sozialgerontologischer Befunde über geistig Behinderte im Rentenalter. In 4.1 wird zunächst die deutsche Situation behandelt, in 4.2 wird die sozialgerontologische Diskussion und der Stand der Forschung im Ausland dargestellt (Niederlande, Skandinavien, Österreich, Schweiz, angelsächsische Länder unter besonderer Berücksichtigung der Situation in den USA). 4.3 enthält nochmals eine kurze Zusammenfassung der Ausführungen.

Das Kapitel 5 stellt den empirischen Teil der Arbeit dar. Dort werden die Ergebnisse und Befunde einer eigenen Befragung dargestellt, die im Sommer 2001 in fünf Wohnheimen des Münsterlandes durchgeführt und für die eigens ein Fragebogen entwickelt wurde (siehe Anhang). Interviewpartner waren die Heimleitungen, das Personal und einzelne geistig Behinderte. Die Heimleitungen wurden dabei zu den Stichworten *Prävention, Rehabilitation, Integration und Normalisierung* in Anlehnung an das von A. Skiba (vgl. A. Skiba 1996) entwickelte Schema befragt. 5.1 gibt eine Einführung in die Fragestellung der Untersuchung und widmet sich methodischen Fragen des qualitativen Interviews, 5.2 schildert Einzelheiten der Durchführung und 5.3 enthält die Ergebnisse der Befragung.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der eigenen Befragung nochmals resümiert und mit dem im theoretischen Teil (Kap. 1 - 4) Erarbeiteten verglichen. Daraus ergibt sich eine bestimmte Zustandsbeschreibung der aktuellen Situation geistig behinderter alter Menschen in Wohnheimen, die zum Schluss mit konkreten Forderungen zur Verbesserung eben dieser Situation verbunden wird.

2. Gesellschaft und Alter als soziales Problem

In diesem Kapitel wird es vorwiegend um die Beschreibung der *allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen* gehen, die den *Rahmen* für das hier angeschnittene Thema bilden; deshalb ist in Kapitel 2 zunächst von gerontologischen Fragestellungen im engeren Sinne noch nicht die Rede. In Kapitel 3 („Alter und Behinderung“) werden dann die in Kapitel 2 gewonnenen Erkenntnisse mit Bezug auf die spezifische Situation älterer Behinderter präzisiert.

2.1 Die gesellschaftliche Entwicklung in den fortgeschrittenen westlichen Ländern

Die Industriegesellschaften im Westen – aber nicht nur diese – befinden sich, beginnend mit den späten 70er und frühen 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, im Umbruch. Allgemein ist davon die Rede, dass wir uns in einer Übergangsphase von einer Industrie- zu einer *Dienstleistungs- bzw. Informationsgesellschaft* befänden (vgl. hierzu als einführende Lektüre: M. Albrow 1998; M. Aglietta 2000; J. Hirsch 1995; H.-P. Martin/H. Schumann 1996; S. Becker/T. Sablowski/W. Schumm 1997; B. Röttger 1997; E. Altvater/B. Mahnkopf 1997; K. G. Zinn o. J. [1997]). Neben Arbeit, Boden und Kapital wird die *Information* als Produktivitätsressource immer wichtiger (vgl. C. Bergmann 1997, S. 3). Diese Umwälzungen haben nicht bloß im Bereich der technologischen Entwicklung, sondern auch auf den Feldern von Arbeitsorganisation, kollektiver Solidarität und sozialen Sicherungssystemen gravierende Folgen. Das *Normalarbeitsverhältnis*, wie es für das industrielle Arbeitssystem charakteristisch war und die soziale Reproduktion (vor allem als Basisfundament der sozialen Sicherungssysteme) bestimmte (vgl. hierzu R. Kurz 1999, S. 364 ff.), gerät zunehmend in eine schwere Krise und auch die Unternehmen gleichen in ihrer Organisationsstruktur nicht mehr „Giganten“ wie Krupp oder Borsig, sondern werden zunehmend flexibilisiert (vgl. O. Negt 1985, S. 97 ff.), enthierarchisiert und teilweise fragmentiert (vgl. C. Bergmann 1997, S. 3). Der Dienstleistungssektor nimmt auf Kosten des verarbeitenden Sektors immer mehr zu und neue Jobs entstehen inzwischen vorwiegend in den Bereichen, die im weitesten Sinne im Tertiärbereich der Wirtschaft angesiedelt sind (vgl. Industriegewerkschaft Metall 1998).

Eng mit dem Phänomen der *Informatisierung der Produktion* verknüpft ist die *Globalisierung*, die eine *Neustrukturierung der internationalen Arbeitsteilung* zwischen „entwickelten“

und „unentwickelten“ Teilen der Weltgesellschaft hervorruft; der französische Soziologe Michel Aglietta schreibt dazu:

„Globalisierung bedeutet vor allem die *Verallgemeinerung der Lohnabhängigkeit* (Hervorhebung v. V.), die den Kapitalismus mitten in das Herz von nicht-westlichen Gesellschaften eindringen läßt. Dies kommt daher, daß die internationale Arbeitsteilung Perspektiven des Profits eröffnet. Zunächst einmal bewirkt der derzeitige technische Fortschritt stark sinkende Transferkosten. Ein immer größeres Feld von Aktivitäten wird gewinnbringend integriert in den internationalen Austausch qualifizierterer Arbeit aus entwickelteren Ländern gegen die weniger qualifizierte Arbeit aus geringer entwickelten Ländern...

In den fortschrittlichsten kapitalistischen Ländern werden die Dienstleistungen revolutioniert durch den Aufschwung der intellektuellen Arbeit über Konzepte, Symbole, Formen: technisches und finanzielles Engineering, Design, Know-how, Information, Kommunikation... Die Vertiefung der internationalen Arbeitsteilung zieht somit eine Erhöhung der Produktivität nach sich...“ (M. Aglietta 2000, S. 41 f.).

Die OECD definiert „Globalisierung“ als

„die jetzt erreichte heutige Form der internationalen Produktion..., in der ein zunehmender Teil der Wertschöpfung und der Vermögen weltweit durch ein System eng verflochtener privater Netzwerke produziert und verteilt wird. Große multinationale Unternehmen, die innerhalb konzentrierter Angebotsformen operieren und die Vorteile finanzieller Globalisierung voll ausschöpfen können, stehen im Zentrum dieses Prozesses“ (IFO-Institut für Wirtschaftsförderung, zit. n. R. Hickel 1998, S. 179).

Die Globalisierung und die damit verbundene Neuorganisation und Neustrukturierung der Wertschöpfungsketten in der weitgehend internationalisierten Produktion und Arbeitsteilung erfordert auch neuartige *Anforderungsprofile* an das „Humankapital“, sprich: die Arbeitskräfte. Die „Arbeit“ ist dem „Kapital“ schon immer – sozusagen aus „strukturellen“ Gründen – unterlegen gewesen, weil der (idealtypische) Kapitalist, wie die offizielle Sprachregelung lautet, Arbeit „vergift“, währenddessen der (ebenso idealtypische) Arbeiter gezwungen ist, seine Arbeitskraft auf den Märkten zu verkaufen; der Kapitalist ist jedoch nicht unbedingt auf die einzelne Arbeitskraft angewiesen, sondern kann sich die passenden Arbeitskräfte aussuchen, währenddessen der Arbeiter aber sehr wohl aus Gründen des Überlebens darauf angewiesen ist, seine Arbeitskraft erfolgreich „an den Mann zu bringen“. Auf den (Arbeits-) Märkten herrscht Konkurrenz, die lediglich durch institutionelle Vorkehrungen (etwa Tarifverträge, gesetzliche Schutzbestimmungen etc.) eingeschränkt ist: die Konkurrenz drückt den Preis der Ware Arbeitskraft, es herrscht ein Überangebot, eine „Reservearmee“, vor, die es dem Kapitalisten erlaubt, aus „dem Vollen zu schöpfen“ und dem mit den anderen konkurrierenden (isolierten) Arbeitern die Bedingungen des Arbeitsvertrags zu diktieren (s. auch: R. Hickel 1998, S. 39 ff.).

Obendrein muss in der Beziehung Arbeit-Kapital noch ein anderer Faktor berücksichtigt werden: die extrem unterschiedliche *Mobilität* von Arbeit bzw. Kapital. Kapital „reist“ – bedingt durch die Liberalisierung der Finanzmärkte (vgl. J. Huffschmid 1999) - rund um den Erdball, nimmt Schwankungen bei Faktorserträgen, Zinsen, Dividenden und Gewinnen hin und nutzt sie aus, währenddessen die Ware Arbeitskraft (das „Humankapital“) eine weitaus geringere Mobilität aufweist (die Existenz von Arbeitsmigranten und „Armutswanderungen“ spricht nicht gegen diesen Befund) (vgl. W. Reitzle 1994, S. 209). Letzten Endes ist die relative Immobilität des Faktors Arbeit auch ein Ergebnis eines sozialstaatlich abgesicherten Status der Nichtselbständigen, der vor allem in der fordistischen Nachkriegsphase (vgl. M. Aglietta 2000, S. 26 ff.) entstand und der heute, in der postfordistisch-neoliberalen (vgl. J. Klages 2002, S. 14 f.) Ära, vielen Arbeitgebern ein Dorn im Auge ist bzw. von dieser Seite her heftig kritisiert wird (vgl. W. Reitzle 1994, a. a. O.; vgl. auch B. Meier 2000); allenthalben wird beklagt, dass die Lohnkosten zu hoch seien, vor allem die Lohnnebenkosten, und dies sei die wahre Ursache der Massenarbeitslosigkeit (vgl. W. Reitzle 1994, S. 211). Bisher seien die hohen Löhne speziell in Deutschland durch den hohen Standard der Produktion und durch die im internationalen Maßstab sehr günstige Produktivität gerechtfertigt gewesen, aber die anderen Länder holten nach, die Innovationskraft in Deutschland sinke, so dass die hohen Löhne nicht mehr durch Produktivitätsvorsprünge kompensiert werden könnten (vgl. W. Reitzle 1994, S. 211).

Wer so argumentiert, übersieht allerdings, dass Löhne nicht nur Kosten sind (das sind sie nur für den einzelnen Unternehmer bzw. aus betriebswirtschaftlich-mikroökonomischer Sicht), aus *makroökonomisch-volkswirtschaftlicher* Sicht hingegen stellen sie in bedeutendem Ausmaß auch die gesamtwirtschaftliche *Nachfrage* nach Gütern und Dienstleistungen sicher (vgl. R. Hickel 1998, S. 55). Die Frage: wer kauft die Güter, wenn die Kaufkraft sinkt? ist aus betriebswirtschaftlich-einzelkapitalistischer Perspektive nicht zu beantworten; hier stehen sich einzel- und gesamtwirtschaftliche Sichtweise, Mikro- und Makroökonomie sozusagen unversöhnlich gegenüber. Dieser Widerspruch zwischen Mikro- und Makroökonomie ist als unlösbarer „Antagonismus“ gleichsam in die kapitalistischen Strukturen „eingebaut“ und *systemimmanent nicht lösbar*. Das „gesamtwirtschaftliche Interesse“ auf makroökonomischer Ebene wird dabei in erster Linie vom *Nationalstaat* repräsentiert; allerdings wird diese seine Rolle als „ideeller Gesamtkapitalist“ (F. Engels) zunehmend durch die Globalisierung unterminiert und in Frage gestellt (vgl. E. Altvater/B. Mahnkopf 1997, S. 116 ff.). Ob *regionale Wirtschaftsblöcke*, also der Zusammenschluss benachbarter Staaten zu Wirtschafts- und Freihand-

delszonen (EU, Nafta, Mercosur usw.) einmal ein voll funktionstüchtiges *funktionales Äquivalent* zu den wachsend an Einfluss verlierenden Nationalstaaten sein können und die Sozialintegration einmal in dem Ausmaß gewährleisten werden, die in fordistischen Zeiten der Nationalstaat zustande brachte, ist indes eine offene Frage; jedenfalls scheint unstrittig, dass ein Gegengewicht gegen die desintegrierenden und zentrifugalen Kräfte der Globalisierung mittel- bis langfristig nur auf einer *höheren* Ebene als der der Territorial- und Nationalstaaten möglich sein wird.

Es gibt heute keine >nationale< Ökonomie *ohne internationale Wettbewerbsfähigkeit* mehr. Der Standort USA, Deutschland oder Japan oder sonst ein x-beliebiges Land wäre gefährdet, wenn der technologische Spitzenstandard verpasst würde. Vor allem auf den Besitz von „*Basistechnologien*“ kommt es an, also auf solche, die auf multiple Weise in unterschiedlichsten Produktionsprozessen zur Herstellung verschiedenster Güter verwendet werden. Das Stichwort heißt: *Produktivität in der Herstellung von Hochwertprodukten*. Entschieden wird der Wettbewerb durch die Entwicklung in den >strategischen< Industriezweigen Biotechnologie, Chemie und Pharmaindustrie; Kraftfahrzeugbau; Luft- und Raumfahrt, neue Werkstoffe, Roboter und Werkzeugmaschinen und Informationstechnologie (Halbleiter, Computer, Telekommunikation, Unterhaltungselektronik). Wer sich durchsetzen will, muss Spitzentechnologien besitzen; sie allein erst gewährleisten die Fähigkeit zur transnationalen >Systemführerschaft<. Nur relativ wenige transnationale Konzerne besitzen eine solche >Führerschaft<. Sie stehen im Mittelpunkt transnationaler Zuliefererketten. Sie organisieren weltweit die kommerzielle Anwendung der entsprechenden Basistechnologien (vgl. W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 41).

Die Märkte spalten sich in *Hochwert- und Niedrigwertproduktion*. Die „klassischen“ Industrien spielen eine zunehmend geringere Rolle; hochproduktive Bio- und Gentechnologien, Informations- und Kommunikationstechnologien einerseits, niedrigproduktive Dienstleistungssektoren andererseits (wie z. B. Wartungsdienste, Sozialdienste, personenbezogene Dienstleistungen etc.) prägen das Bild der „postmodernen Informationsgesellschaft“. Dementsprechend gibt es einen Trend zur Einkommensspreizung, der „mittlere“ Bereich durchschnittlicher Normaleinkommen wird tendenziell ausgedünnt. Das *Normalarbeitsverhältnis* schwindet zunehmend dahin, gilt in wachsendem Maße nur noch für Kernbelegschaften. Befristete oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse werden ausgedehnt, was vor allem die niedrigproduktiven

Bereiche betrifft; wirklich gut verdienen kann man nur noch in den Hochproduktivitätsbereichen: Individuen in der Hochwertproduktion werden auch in Zukunft hohe Einkommen und gesicherte Arbeitsplätze haben. Firmen, die Basistechnologien besitzen oder zu ihrer Entwicklung beitragen, werden an den Zukunftsmärkten auch weiterhin eine beherrschende Stellung einnehmen. Nationen, die Standort von hochspezialisierten Zulieferern oder der Endmontage von Hochwertprodukten sind, können die höchsten Produktivitätsgewinne erzielen und weisen daher auch einen hohen Lebensstandard auf. Der Orientierungspunkt für die Wirtschaftspolitik scheint damit klar: Man muss eine hohe Produktivität in den >strategischen< Industriezweigen besitzen und den eigenen Nationalstaat >wettbewerbsfähig< machen und dafür sorgen, dass man die erforderlichen Basistechnologien besitzt, um ständig neue und bessere Produkte auf den Markt zu bringen (vgl. W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 42).

Die Imperative dieser neuen Wirtschaftspolitik haben jedoch den Nachteil, dass sie von der Politik nur in der Hoffnung getätigt werden können, dass die transnationalen Systemführer auf die vom Staat bereitgestellten Dienstleistungen und Infrastrukturmaßnahmen auch tatsächlich „anspringen“, d. h. hohe Innovationsbereitschaft im Bereich der angebotsorientierten Wirtschaftspolitik allein garantiert noch keinen Wettbewerbsvorteil, denn:

„Nicht vom Ausgang des Wettbewerbs zwischen Nationen, sondern des Wettbewerbs zwischen transnationalen >Systemführern< hängt die internationale Arbeitsteilung ab. D. h., immer stehen sich Teile der betreffenden Wirtschaftszweige einer Gruppe von Nationen, auf die diese >Systemführer< zurückgreifen, den anderen Teilen der gleichen Wirtschaftszweige und der gleichen oder ähnlichen Staatengruppe gegenüber“ (W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S.44 f.).

Mit anderen Worten: nur die transnationalen Systemführer ziehen tatsächlich Gewinn aus der Konkurrenz der Nationen um den besten >Standort<. Zwischen den Nationen selbst ist ein solcher Wettbewerb immer ein *Nullsummenspiel*, d. h. ein Staat kann sich in einem solchen „Spiel“ der Konkurrenz nur auf Kosten der anderen „sanieren“ (vgl. W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 44).

Der eigentliche „Standortkrieg“ zwischen den Nationen spielt sich nicht als Kampf um Endprodukte, sondern „um ihre Stellung innerhalb der transnationalen Produktionsketten“ (W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 53) ab. Nicht-intendierte Nebenwirkung dieser Entwicklung ist eine schleichende *Heterogenisierung der Wirtschaftsstrukturen innerhalb des nationalen Rahmens selbst*:

„Die Folge ist, daß im >Norden< eine zunehmende Spezialisierung einzelner Wirtschaftszweige auf Zulieferfunktionen für transnationale >Systemführer< stattfindet. Weil aber deren Endfertigungsstätten indes von unterschiedlichen Nationen aus beliefert werden, stehen diese zu jenen nationalen Wirtschaftszweigen nur mittelbar in Beziehung. *Die nationale Spezialisierung führt also zu einer ständig zunehmenden nationalen Heterogenisierung der Wirtschaftsstrukturen* (Hervorhebung v. V.) Viele der vorgelagerten Tätigkeiten einer Nation werden von der Endfertigung der Produkte, für die sie benötigt werden, >abgekoppelt<. Sie sind deshalb nur dann nützlich, wenn sie sich den Bedingungen der Endfertigung anpassen. Entscheidend sind nicht mehr nationale Wirtschaftsentwicklungen, sondern Erfolg oder Mißerfolg der diese Tätigkeiten miteinander verbindenden transnationalen >Systemführer<“ (W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 58).

Diese schleichende Heterogenisierung und Zersplitterung des Produktionsniveaus unterschiedlicher Branchen innerhalb einer Nation ist es aber, die die Verwerfungen der „Standortlandschaften“ eigentlich erst hervorruft. Die Antworten, die die (Wirtschafts-) Politik auf diese Heterogenisierung der Wertschöpfungsketten und Produktivitätsniveaus in verschiedenen ökonomischen Sektoren findet, sind allerdings kaum dazu angetan, dieses Problem zu entschärfen; eher im Gegenteil, je weniger die nationalen Regierungen dazu in der Lage sind, ihre Volkswirtschaften wenigstens halbwegs in ihren sektoralen Entwicklungsniveaus homogen zu halten, desto hektischer versuchen sie, den „Standortkrieg“ auf Kosten Anderer zu gewinnen (vgl. M. Aglietta 2000, S. 47).

2.1.1 Stichwort: Dienstleistungsgesellschaft

Wie bereits angedeutet, verlagert sich das Schwergewicht der Nachfrage nach Arbeitskräften immer mehr auf den Sektor der *Dienstleistungen*. Man schätzt, dass bereits 2/3 aller Beschäftigten als Dienstleister tätig sind (vgl. IG Metall 1998, S. 3). Dabei kann zwischen *personenbezogenen* und *produktionsbezogenen* Dienstleistungen unterschieden werden:

- *Personenbezogene* Dienstleistungen sind solche, die, wie der Name schon sagt, Dienstleistungen *am Menschen* anbieten: Lehrer, Ärzte, Krankenschwestern, Altenpfleger, Polizisten usw., die relativ hochqualifizierte und nur sehr beschränkt rationalisierbare Tätigkeiten ausüben und lediglich über ein relativ geringes Produktivitätswachstum verfügen; daneben gibt es noch niedrigqualifizierte und schlecht bezahlte Dienstleistungssektoren wie Reinigung, Botendienste, Überwachungstätigkeiten etc., die ebenfalls relativ geringe Steigerungsraten in der Produktivität aufweisen, aber noch eher rationalisierbar erscheinen.

- *Produktionsbezogene Dienstleistungen* sind solche, bei denen „Informationen Rohstoff, Werkzeug und Resultat sind“ (IG Metall 1998, S. 4). Schon heute beträgt ihr Anteil an den gesamten Dienstleistungen mehr als 50 %. Sie erbringen *Vorleistungen* für den „eigentlichen“ industriellen Produktionsprozess, sind also sehr stark von einem weiterhin prosperierenden sekundären Sektor (eben dem verarbeitenden Sektor) abhängig. Darunter hat man sich Tätigkeiten vorzustellen wie: Beraten, Informieren, Forschen, Entwickeln, Organisieren, Vernetzen, Managen, Recherchieren, Gestalten (Design) und Produktpräsentation. Ihre primäre Aufgabe ist es, „Daten in Wissen zu verwandeln“ (IG Metall 1998, S. 4). Im Gegensatz zu personenbezogenen Dienstleistungen sind produktionsbezogene in hohem Grade rationalisierbar (vgl. K. G. Zinn o. J. (1997), S. 116 ff.) und *prozessinnovativ* statt *produktinnovativ*, d. h. wirken sich eher im Bereich der *Investitionsgüter* als der Konsumgüter aus (neue Technologien, die Rationalisierungsschübe in der Produktion bewirken und damit steigende Arbeitslosigkeit, statt neuer Produkte) (vgl. K. G. Zinn o. J. (1997), S. 116 ff.).

Im Bereich der hoch rationalisierungsfähigen produktionsbezogenen Dienstleistungen entsteht also der paradox anmutende Effekt, dass zunächst Arbeitsplätze entstehen, die aber mittel- bis langfristig eher dazu beitragen, einem weiteren Arbeitsplatzabbau Vorschub zu leisten (vgl. K. G. Zinn o. J. (1997), S. 116 ff.). Also ist ein „Schub“ für neue Jobs und neue Berufsmöglichkeiten vorwiegend auf den Bereich der *personenbezogenen* Dienstleistungen beschränkt, wo der Trend eindeutig in Richtung prekäre, unterbezahlte und niedrigproduktive/unqualifizierte Tätigkeiten geht; vor allem die Anzahl der *geringfügig Beschäftigten* nimmt ständig zu: von 1990 bis 1994 beispielsweise kletterte ihr Anteil an der Anzahl aller Erwerbstätigen von 8,15 % auf 10,16 % (vgl. BBJ Consult Info 1997, S. 17).

Nimmt man alle Tendenzen auf dem Arbeitsmarkt, besonders in den Bereichen personen- und produktionsbezogener Dienstleistungen zusammen, so war bislang von folgender Ausgangsposition auszugehen, gleichsam den fordistischen Rahmenbedingungen, die bisher galten:

- Abhängige, unbefristete Beschäftigung
- Normalarbeitszeit zwischen 35 und 40 Stunden pro Woche
- Sozialversicherungspflichtigkeit
- Längere Betriebszugehörigkeit
- Umorientierung nur auf Zwang

- Weiterbildung nur soweit nötig (vgl. BBJ Consult Info 1997, S. 16).

Die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt in der neoliberal-postfordistischen Ära zeichnen sich hingegen im Wesentlichen durch folgende Charakteristika aus:

- Flexibilisierung der Arbeitszeit
- Befristung von Beschäftigungsverhältnissen
- Arbeitnehmerüberlassung (durch Zeitarbeitsfirmen)
- Neue Selbständige (mit einem großen Anteil an „Scheinselbständigen“)
- Telearbeit
- Nachbarschaftshilfe (durch Tauschringe, karitative Einrichtungen, Nicht-Regierungsorganisationen u. ä.)
- Geringfügige Beschäftigung (vgl. BBJ Consult Info 1997, S. 17).

Dementsprechend verändert sich auch das weiter oben schon angesprochene *Anforderungsprofil* an Arbeitnehmer, das sich aus Arbeitgebersicht durch folgende Eigenschaften auszeichnen sollte:

- Konzentration auf Prozesse und Mitarbeiter statt auf Struktur und Hierarchie, also anders gesagt: verstärkte Einbindung der „Humanressourcen“ in betriebliche Abläufe, was einen höheren Grad der Identifikation der Kernbelegschaften mit den Unternehmenszielen impliziert.
- Freiräume schaffen für Initiative und Selbstorganisation, was u. a. bedeutet: Enthierarchisierung und Dezentralisierung der Organisations- und Entscheidungsabläufe.
- Offene Kommunikation, Stichwort: „Entbürokratisierung“.
- Ganzheitliches Denken und mehr Eigenverantwortung der Mitarbeiter statt Machtausübung (vgl. W. Reitzle 1994, S. 215).

Aus Arbeitgebersicht ist es deshalb nicht weiter verwunderlich, wenn einer weiteren Differenzierung der Lohnskala bzw. einer *Lohnspreizung* das Wort geredet wird, wo je nach Qualifizierung bzw. „Austauschbarkeit“ der Lohnempfänger und „outgesourcten“ neuen Selbständigen dementsprechend auch eine differenzierte „Behandlung“ der jeweiligen Lohngruppen befürwortet wird (was durch flankierende Maßnahmen der politischen Sphäre – nach Vorstellung der Arbeitgeber – ergänzt werden müsste); die propagierte Lohnspreizung hat demgemäß folgende Aufgaben:

- Das Freisetzen von einfacher Arbeit am unteren Ende der Lohnskala zu verlangsamen und damit den in diesen Bereichen Beschäftigten Dauerarbeitslosigkeit und den Verlust der Leistungsfähigkeit zu ersparen (dazu gehört beispielsweise auch das „Lohnabstandsgebot“ zwischen Sozialhilfe und niedrig bezahlten Tätigkeiten).
- Am oberen Ende der Lohnskala Spielraum zu gewinnen für das Anwerben von „Retungskräften“, die zwar hohe Opportunitätskosten verursachen, aber andernorts gleichfalls dringend nachgefragt werden (damit sind wohl „Betriebssanierer“ mit großen Managementqualitäten gemeint).
- Im Zwischenbereich der mittleren Einkommen wird das Leistungsstreben der Mitarbeiter/innen durch Anreize zum Bilden von Humankapital (d. h. arbeitsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten) gefördert.
- Im Durchschnitt sollen durch Lohnspreizung die Arbeitskosten gesenkt und so Gewinnpotentiale gestärkt werden, mit denen dann wiederum beschäftigungsfördernde Produktinnovationen finanziert werden können.
- Durch Kostenersparnisse (vor allem durch Senkung der Lohn- und Arbeitskosten) soll das Auslagern von Teilprozessen („Outsourcing“) und das Abwandern von Arbeitsplätzen in Niedriglohnländer abgewendet oder zumindest gebremst werden (vgl. H. Giersch 1994, S. 167).

2.1.2 Stichwort: Erlebnisgesellschaft

Seit etwa Mitte der 80er Jahre ist der Begriff „Erlebnisgesellschaft“ zu einem neuen Topos in der sozialwissenschaftlichen Literatur geworden; er wurde von dem Bamberger Soziologen *Gerhard Schulze* in die Diskussion eingebracht (vgl. G. Schulze 1992). Noch mehr als von „Erlebnisgesellschaft“ bzw. „Erlebniskultur“ wird allerdings inzwischen von „Eventkultur“ gesprochen, was dem Ganzen noch einen zusätzlichen „Drall“ in Richtung „Amerikanisierung der Verhältnisse“ verleihen soll (vgl. G. Schulze 2000).

Schulze interpretiert die Eventkultur als *hergestellte Wirklichkeit*, als *spielerische Kulisse*, die aber im Gegensatz zu „Potemkinschen Dörfern“ die Realität nicht verschleierte, sondern eine „Wirklichkeit eigener Art“ sei (vgl. G. Schulze 2000, S. 7). Das zentrale Thema der Eventkultur sei die Suche nach Glück:

„Der enormen Vermehrung spielerischer Kulissen in den Zonen des westlichen Lebensstils entspricht eine ungekannte Intensivierung des Diskurses über das schöne Leben. Orte dieses Diskurses sind Kosmetikstudio und Fitnesscenter, Talkshow und Kneipe, Psycho-Gruppe und Feuilleton, Bekanntschaftsanzeigen und Gespräche im Supermarkt. Das Glück wurde zum zentralen Thema einer Suche ohne Ende“ (G. Schulze 2000, S. 8).

Diese „Kulissen des Glücks“ (Schulze) sind massenmediale Inszenierungen und Spektakel, die die Hoffnungen, Wünsche und Sehnsüchte der Massenmenschen widerspiegeln und als „Projektionsflächen für Gefühle“ (G. Schulze 2000, S. 11) fungieren. Die Eventkultur ist ubiquitär gewordenes Theater und allgegenwärtige Kulisse, die ohne die Existenz der Massenmedien freilich gar erst nicht denkbar wäre (vgl. G. Schulze 2000, S. 11).

Die Event- oder Erlebnisgesellschaft als massenmediale Inszenierung hat als Grundlage die „Undeutlichkeit des Selbst für sich selbst“ (G. Schulze 2000, S. 11). Das bedeutet, dass wir im Westen in einer Kultur leben, die für die Individuen keine festverbindlichen, aber auch starren Identitäten, sozialen Rollen und Lebensläufe mehr vorgibt. Wir leben in einer gesellschaftlichen Situation, die, durch den Stand der Produktivkräfte und die mikroelektronische Revolution bedingt, soziale Rollen und Identitäten zunehmend „verflüssigt“ und „flexibilisiert“, unter der Maßgabe allerdings, dass diese verflüssigten Identitäten und „Selbste“ *markt-gängig* sein müssen, jeder wird quasi zum „Unternehmer seiner selbst“ (vgl. P. Birker 2000, S. 1-8; S. Meretz 1999; M. Hawel 2000). Also ist es auch in der „postmodernen“ Event-Gesellschaft nicht völlig gleichgültig, *welche*, jetzt freilich „fragmentierten“ bzw. „flexibilisierten“ Identitäten man – zumindest vorläufig – annimmt, sie müssen auch heute der jeweiligen Situation *angemessen* und vor allem – im Sinne der individuellen Reproduktion als Arbeitskraft- und Tauschobjekte – *verwertbar* sein, sie dienen als Spieleinsatz im (kapitalistischen) Konkurrenzkampf der *Selbsterhaltung* (vgl. P. Birker 2000, S. 4 f.). Mithin kann es also nicht bloß so sein, dass die Eventkultur ein luxurierender Selbstzweck ist und ein „Glasperlenspiel“ flexibilisierter „Selbste“, wie es Gerhard Schulze an mancher Stelle nahelegen scheint (vgl. G. Schulze 2000, a. a. O.), vielmehr muss angenommen werden, dass hinter der „Spaßgesellschaft“ der Erlebniskultur die nackte (Existenz-)Angst lauert, im globalisierten Wettbewerb unterzugehen (vgl. P. Birker 2000, S. 5).

Die neue „Erlebnisrationalität“ bzw. „Rationalisierung der Sinnlichkeit“, wie Schulze das nennt (vgl. G. Schulze 2000, S 23 ff.), korrespondiert auch neuartigen Idealbildern von psychischem Wohlbefinden bzw. Gesundheit, wie sie von der US-amerikanischen Computer- und Internetpsychologin Sherry Turkle folgendermaßen umschrieben werden:

„Jede Epoche konstruiert ihre eigenen Metaphern psychischen Wohlbefindens. Vor noch nicht allzu langer Zeit galt Stabilität als ein sozial erwünschter und kulturell verstärkter Wert... Doch diese stabilen sozialen Welten sind zerbrochen. In unserer Zeit wird Gesundheit eher mit *Wandlungsfähigkeit* (Hervorhebung v. V.) als mit Stabilität gleichgesetzt. Heutzutage kommt es vor allem auf die Fähigkeit an, sich zu verändern und sich anzupassen – an neue Arbeitsplätze, neue Berufslaufbahnen, neue Geschlechterrollen und neue Technologien“ (S. Turkle 1999, S. 415).

Für Sherry Turkle leben wir im Zeitalter „multipler Identitäten“ (vgl. S. Turkle 1999, S. 419 ff.). Allerdings schränkt sie ein, dass ohne ein „Kohärenzprinzip“ diese multiplen Identitäten und „Selbste“ beziehungslos und fragmentiert nebeneinander stünden, was dem klinischen Krankheitsbild einer „multiplen Persönlichkeit“ entspräche (S. Turkle 1999, S. 425). Auch die multiplen Identitäten bräuchten eine „moralische Basis“, sonst drohe die „Verwässerung“ im virtuellen Nirwana; der „*kategorische Imperativ*“ dieses neuen Persönlichkeitstypus lautet dementsprechend: „Es (das neue Subjekt, d. V.) ist multipel, aber integriert. Man kann ein Selbstgefühl haben, ohne *ein* Selbst zu sein“ (S. Turkle 1999, S. 420; vgl. auch R. J. Lifton 1993).

Sherry Turkle stellt die nicht nur rhetorisch gemeinte Frage:

„Angeregt durch die Konfrontation mit Patienten, die ein fragmentiertes Selbst aufweisen, und unter dem Einfluß von Theorien über das dezentrierte Subjekt, bemüht sich die zeitgenössische Psychologie nun um die Integration dessen, was die Theorien des unitären Selbst ausgeklammert haben. Sie fragt sich jetzt: *Was ist das Selbst, wenn es wie eine Gesellschaft funktioniert?* (Hervorhebung v. V.)“ (S. Turkle 1999, S. 422).

Die Frage kann dann positiv beantwortet werden, wenn diese neuen Formen von multipler Identität auch von kulturellen Leitvorstellungen *flankiert* bzw. *symbolisch repräsentiert* werden, die es dem Individuum allererst überhaupt erst ermöglichen, die multiple Identitätsfindung nicht bloß passiv zu erleiden (denn sonst werden sie in der Tat zu klinischen Fällen, die der psychologischen Behandlung bedürfen), sondern auch kreativ-eigensinnig (vgl. auch O. Negt/A. Kluge 1992, insbes. S. 101 ff. und S. 135 ff.) zu gestalten, was ebenfalls eine relative Autonomie gegenüber den Einflüsterungen der Massenmedien mit sich bringen würde (vgl. S. Turkle 1999, S. 423). Jedenfalls scheint eine Betrachtungsweise nicht mehr zeitgemäß, die die Eventkultur bloß als Massenbetrug und Täuschungsmanöver sehen würde, wie es etwa noch Horkheimer/Adorno in ihrer Polemik gegen die „Kulturindustrie“ taten (vgl. M. Horkheimer/T. W. Adorno 1979). Die Eventkultur hat durchaus *emanzipatorische Potentiale*, wenn einerseits die latent affirmativen, ja totalitären Tendenzen nicht übersehen und geleugnet, andererseits die *dialektische Spannung* zwischen subjektivem Eigensinn und zirkulärer, nie en-

den wollender, zwanghafter Selbstinszenierung als marktvermittelte Selbsterhaltung nicht „kulturkritisch“ totgeredet wird.

2.1.3 Stichwort: Risikogesellschaft

Für die Ära, in der wir uns derzeit befinden, gibt es mehrere Namen: Informations-, Dienstleistungs-, postmoderne, posttraditionale Gesellschaft usw. Ausgeblendet wird dabei, dass es die alten Sicherheiten und Gewissheiten nicht mehr gibt, und dass wir uns zunehmend auf eine Kultur der Gefahren, Wagnisse, Zweifel und Nichtkausalitäten zu bewegen:

„In der entwickelten Moderne, die angetreten war, um die Beschränkungen durch Geburt aufzuheben und den Menschen über eigene Entscheidung und Leistung eine Stelle im gesellschaftlichen Gefüge zu eröffnen, entsteht ein neuartiges *>askriptives< Gefährdungsschicksal*, aus dem es bei aller Leistung kein Entrinnen gibt. Es ähnelt dem Ständeschicksal des Mittelalters eher als den Klassenlagen des 19. Jahrhunderts“ (U. Beck 1986, S. 8).

Geschrieben hat dies Ulrich Beck zu einem Zeitpunkt, als gerade das Atomkraftwerk von Tschernobyl in der Ukraine seinen GAU („Größter Anzunehmender Unfall“) erlebte. Der Begriff der *Risikogesellschaft* beschreibt somit die *Gefährdung unserer Zivilisation durch diese selbst*: selbstinduzierte Gefährdungen durch hochriskante Großtechnologien wie Atomkraft- oder Chemiewerke, ökologische Probleme, den Raubbau an der Natur, Überbevölkerung etc.

Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass eine Gesellschaftsformation, die aufgebrochen war, ihr Zusammenleben bewusst zu gestalten und in wachsendem Maße institutionell „fugendicht“ zu machen, zu Ende des alten und zu Beginn des neuen Jahrtausends wieder dazu übergeht, das „Schicksal“ zu entdecken, das Chaos, die Kontingenz: man könnte geradezu von einer „Wiederkehr des Verdrängten“ (Sigmund Freud) sprechen (vgl. M. M. Waldrop 1996). Wie ist diese Kehrtwendung zu erklären, zumal ja, wie schon angemerkt, dieses sog. „Schicksal“ nicht irgendwelchen höheren Mächten, sondern der „Einwirkung der Gesellschaft auf sich selbst“ (A. Touraine) zu „verdanken“ ist?

Alain Touraine hat auf diese neue Schicksalsergebenheit, deren Struktur in diesem Abschnitt noch genauer zu untersuchen sein wird, aus soziologischer Sicht schon in den 70er Jahren die angemessene Antwort gewusst:

„Von Soziologie läßt sich erst sprechen, wenn die Gesellschaften nicht mehr in bezug auf eine Ordnung festgelegt werden, die ihnen äußerlich bleibt, sondern wenn sie in ihrer

Historizität, in ihrer Fähigkeit, sich zu produzieren, begriffen werden“ (A. Touraine 1976, S. 12).

Der Anschein, dass in der postindustriellen Gesellschaft wieder Schicksalsmächte uns „übermannen“, hängt nach den britischen Soziologen Anthony Giddens (vgl. 1996b) von dem wachsenden Einfluss ab, den sog. „*Expertensysteme*“ auf das Leben der enttraditionalisierten, „freien“ Individuen ausüben; sie seien an die Stelle transzendentaler Mächte getreten, die in archaischen Gesellschaften in Form von ritualisierten Glaubenssystemen den Menschen übergestülpt worden seien:

„Für ein Verständnis der posttraditionalen Ordnung ist daher eine Unterscheidung zwischen *Wählen* und *Entscheiden* notwendig. Bei vielen unserer Alltagshandlungen können wir heute wählen, genauer: das Wählen ist... obligatorisch geworden. Diese Aussage beschreibt die Grundlagen des heutigen Alltagslebens. Analytisch ist es korrekter zu sagen, daß tendenziell alle Gebiete des sozialen Lebens von Entscheidungen abhängig, die oft wenn auch nicht in jedem Fall, unter Berufung von Expertenwissen der einen oder anderen Art getroffen werden. *Wer* diese Entscheidungen *wie* trifft, ist wesentlich eine Machtfrage“ (A. Giddens 1996b, S. 143 f.).

Das Wissen dieser Expertensysteme wird jedoch im Zeitalter der Postmoderne immer mehr in Frage gestellt – ja, Wissenschaft wird teilweise sogar nur *als ein Glaubenssystem unter anderen* betrachtet, der „wissenschaftlichen“ Astronomie etwa die „unwissenschaftliche“ Astrologie als gleichberechtigt zur Seite gestellt. Grundlage eines solchen Zweifels sind die zahlreichen „Pannen“ der Expertensysteme in den letzten Jahren – besonders auf den Gebieten der Großtechnologien (Atomkraft, Chemie usw.) mit ihren z. T. desaströsen Folgen für Umwelt und Ökologie. Die „Experten“ behaupten, etwas im Griff zu haben, und je mehr sie es im Griff zu haben glauben, desto katastrophaler werden die Folgen, wenn ihnen – aller angeblichen Unwahrscheinlichkeit zum Trotz – die Dinge dann doch entgleiten, wie GAU's, Chemieunfälle, ökologische Schäden aller Art. Das ist dann der Punkt, wo „Gegenexperten“ einer „Gegenöffentlichkeit“ sich Gehör verschaffen, und so die traditionellen Formen von Politik und Öffentlichkeit maulwurfsartig zu untergraben versuchen (vgl. U. Beck 1986, S. 300 ff.). Beck nennt diese Formen von Gegenwehr „*Subpolitik*“ (a. a. O.): dies können Bürgerinitiativen, soziale Bewegungen, Lobbygruppen für Minderheiten, alternative Forschungszentren, neue Parteien, neue Formen von Protestverhalten usw. sein.

Die zusehends auswuchernde und sich wechselseitig hochschaukelnde „Expertokratisierung“ in den hochentwickelten Ländern (für jeden „Experten“ gibt es inzwischen einen „Gegenexperten“) erzeugt ein Durcheinander und einen vielstimmigen Chor an Meinungen, Attitüden und Zeitgeistphänomenen, eine „neue Unübersichtlichkeit“ (Habermas), die in den Feuilletons

und anderswo gerne als „Informationsflut“ umschrieben und beklagt wird; dabei bemerken die „Meinungsbildner“ oft gar nicht, dass sie selber zu dieser Verwirrung durch undifferenzierte Beschreibung der „sozialen Tatsachen“ (Emile Durkheim) noch zusätzlich beitragen.

„Informationsflut“ ist deswegen eine *falsche* Begrifflichkeit, weil sie suggeriert, es ginge lediglich um eine *quantitative* Überlastung unserer Rezeptionskapazitäten; in Wahrheit geht es wohl eher darum, die *qualitative* Dimension zu erörtern, die dringend nach *Orientierungswissen* verlangt, um eben diese „Flut“ zu verarbeiten. Unser Problem ist, mit anderen Worten, somit nicht eine vermeintliche „Überflutung“ mit Daten und Informationen, sondern eine angemessene und richtige *Interpretation* dieser überbordenden Datenmengen, eine den Verhältnissen wirklich gerecht werdende „Reduktion von Komplexität“ (Luhmann). Und eben diese Komplexitätsreduktion versucht der Ansatz der „reflexiven Modernisierung“ im Sinne einer Theorie der „Zweiten Moderne“ (Beck) zu leisten.

In der Hochzeit der „klassischen“ Moderne im späten 19. und in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts war das Subjekt dazu aufgerufen, seinen sozialen Status nicht mehr durch Vererbung oder Ernennung, sondern durch seinen *eigenen Verdienst* (in des Wortes doppelter Bedeutung) zu erlangen. Dazu wurde die Gesellschaft bis zu einem gewissen Grade *durchlässig*, sozialer Aufstieg, durch eigene Leistung und Kompetenz bedingt, möglich. Nun ist diese „individualistische“ Variante des aufklärerischen Postulats „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“ (Kant) im Zeitalter der Postmoderne in eine schwere Krise geraten. Die Verunsicherung der Individuen in der postmodernen Situation unserer Zeit erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen, wie Beck folgendermaßen klar macht:

„Im Sicherheitsmilieu des Wohlfahrtsstaates brechen überall neue Unsicherheiten ein und hervor. Es wird nötig, auch im Deutschen zwischen *insecurities* (sozialen – im Sinne sozialstaatlicher – Unsicherheiten), *lack of safety* (Bedrohungen von Gesundheit und Leben durch Gifte, Kriminalität und Gewalt) sowie *uncertainties* (Verlust von Gewißheit, zum Beispiel des Fortschritts-, Wissenschafts- und Expertenglaubens) zu unterscheiden. Die Folge ist: Es entsteht – auch hinter den Fassaden etablierten Wohlstands – eine neue Zerbrechlichkeit sozialer Lagen und Biographien. Wie diese zu verstehen, bestehen und erforschen ist, weiß so recht niemand“ (U. Beck 1996, S. 21).

Die Verunsicherung trifft also sämtliche Lebensbereiche der Individuen: soziale Reproduktion, Gesundheit und Wohlbefinden, ideologische Überzeugungen. Und hier tritt ein weiteres Paradox der postmodernen Gesellschaftsverfassung hinzu: diese Ungewissheiten und zunehmenden Gefahrenmomente auch im alltäglichen Leben der Menschen sind nicht etwa der Hemmschuh, sondern im Gegenteil geradezu der *Treibsatz der Individualisierung*. Somit ist

die Individualisierung nicht etwa eine freiwillige Wahl oder eine Option unter anderen, für die man sich aus den oder den Gründen nachvollziehbar entscheiden könnte, sondern ein aus gesellschaftlichen Ausdifferenzierungsvorgängen erwachsener „Sachzwang“. In der Sicht der Theoretiker der „reflexiven Modernisierung“ ist man gleichsam „bei Strafe des Untergangs“ (Marx) dazu *verurteilt, Individuum zu sein*; dabei sind *Individualisierung* und *Globalisierung* nur zwei Seiten derselben Medaille, die zwei entgegengesetzten Pole *ein und desselben (weltgesellschaftlichen) Prozesses* (vgl. U. Beck 1996, S. 21; vgl. auch M. Albrow 1998).

Weit über das herkömmliche soziologische Rollenmodell hinausgehend, wo das Individuum sich in verschiedenen Subsystemen der Gesellschaft unterschiedlichen, sich auch oft widersprechenden Rollenerwartungen zu fügen hat, lässt sich das neue Paradigma der „Zweiten Moderne“ am ehesten als *Lebensstil- und „Bastel“-Biographie* begreifen. In diesem Paradigma ist das Individuum dazu gezwungen, sich ständig neu zu „erfinden“, um den ständig wechselnden, kontingenten Erwartungen gerecht zu werden. Dies betrifft zunehmend *alle*, nicht nur wie früher die Vertreter von Subkulturen. Man könnte auch sagen, das Lebensstil-Individuum generiert als Antwort auf die sich globalisierenden Gesellschaftsstrukturen seine eigene, je spezifische Subkultur (vgl. M. Albrow 1998, S. 295).

Natürlich gibt es stark differierende „Begabungen“ für eine solche sich erfindende, sich flexibel neuen Gegebenheiten anpassende Lebensstil-Kultur. Auch hier gibt es „winner“ und „loser“. Entsprechen Individuen, aus welchen Gründen auch immer, *nicht* diesen Flexibilitätserfordernissen, werden diese „Verlierer“ zunehmend aus der Gesellschaft *exkludiert*; dieser Ausschluss ist die Schattenseite des Neuen Individualismus der reflexiv gewendeten „zweiten Moderne“ (U. Beck 1996, S. 92). Nach Anthony Giddens, dem Hauptvertreter des „Dritten Weges“ und „Chefideologen“ der britischen *New Labour Party*, ist die Zeit des nationalen Wohlfahrtsstaates endgültig vorbei; was übrig bleibe, sei ein Changieren zwischen Neoliberalismus und Keynesianismus, Angebots- und Nachfrageorientierung, Sozialstaat und Eigenverantwortlichkeit:

„Das Ziel, einen gigantischen umverteilenden Sozialstaat auf Weltebene zu errichten, muß aufgegeben werden. Unsere Überlegungen müssen in eine andere Richtung gehen. Die intensive Beschäftigung mit der >Entwicklung< in der Dritten Welt bzw. mit den staatlichen Sozialeinrichtungen in den westlichen Ländern hat die Erkenntnis erbracht, *daß die wirksamste Maßnahme zur Überwindung der Ungleichheit darin besteht, den Benachteiligten die Fähigkeiten zu vermitteln, selbst handeln zu können*. Solche Maßnah-

men müssen also die Reflexivität der Individuen und Gruppen, an die sie sich wenden, berücksichtigen und auf ihr aufbauen“ (A. Giddens 1996b, S. 335).

Fassen wir zusammen: Der Übergang von der fordistischen (charakterisiert durch sozialstaatliche Abfederung, Tarifverträge, geregelte Arbeitszeiten, „Sozialpartnerschaft“, kontinuierlich steigende Löhne und Renten usw.) zur postfordistischen Produktionsweise (gekennzeichnet durch Flexibilisierung der Arbeitsmärkte, Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse, Abbau von sozialstaatlichen Leistungen und Appelle an die „Eigenverantwortlichkeit“, Vorrang des Finanzkapitals vor allen anderen Kapitalarten, Individualisierung und Zerbröselung überkommener Sozialstrukturen usf.) bringt auf sozialpsychologischer Ebene Verunsicherung und das Ende überkommener Gewissheiten mit sich. Mehr denn je sind die Menschen dazu aufgefordert (und durch den stillen Zwang der ökonomischen Imperative auch quasi dazu „verdammte“), sich neu zu positionieren und den Anforderungen des Arbeitsmarktes und anderen Märkten flexibel anzupassen, ihr Leben ständig neu zu erfinden.

Diese neuen Anforderungen, die an das Individuum herangetragen werden, werden durch diese sehr unterschiedlich verarbeitet. Der Zwang, seine Arbeitskraft ggf. noch im Rentenalter verkaufen zu müssen, um seinen Lebensstandard zu erhalten, produziert einerseits Übertreibungen (siehe Jugendlichkeitskult) und andererseits eine Aufspaltung der Gesellschaft in „winner“ und „loser“. Zudem wird dadurch die Bereitschaft, sich solidarisch um diejenigen zu kümmern, die den Leistungserwartungen noch nicht oder nicht mehr gerecht werden, auf eine harte Probe gestellt.

Der Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft und die kulturellen Phänomene, die damit zusammenhängen (erhöhte Wertschätzung des „Events“ und der „Erlebniskultur“, Hinnahme von Risiken und Unsicherheiten) sowie die gegenläufigen Tendenzen von wachsender Abhängigkeit von Expertensystemen einerseits und deren wachsender Infragestellung andererseits schaffen eine Situation, die eine Übergangsphase repräsentiert, deren Ausgang offen ist. Das gilt natürlich erst recht für den Umgang mit alten Menschen. Neue Wege des sozialen Zusammenhalts sind gefragt, Stichwort dafür ist die „Bürger“- oder auch „Zivilgesellschaft“, die die sich zusehends auftauchenden Lücken im „sozialen Netz“ auffüllen soll. Ob die Zivilgesellschaft tatsächlich in der Lage ist, die Individualisierungstendenzen, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll, als notwendiger solidarischer Gegenpol

aufzufangen und zu begleiten, ist eine Frage, die gleichfalls noch einer näheren Erörterung bedarf.

2.2 Individualisierung und der Wandel der Industriegesellschaft

2.2.1 Individualisierung und das Ende der „alten Moderne“ - Thesen von Ulrich Beck

Ulrich Beck, der derzeit führende deutsche Vertreter der Theorie der „Reflexiven“ oder „Zweiten Moderne“ (vgl. U. Beck 1996), hat in seinem inzwischen zum soziologischen Klassiker avancierten Buch *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne* die derzeitige Situation des Individuums in sieben markanten Thesen zusammengefasst, die im Folgenden kurz referiert und für die weitere Diskussion als Grundlage dienen sollen (vgl. U. Beck 1986).

- 1.) In allen reichen westlichen Gesellschaften – allen voran in der Bundesrepublik Deutschland – hat sich in der wohlfahrtsstaatlichen Modernisierung nach dem Zweiten Weltkrieg ein in der Geschichte noch nie da gewesener *Individualisierungsschub* vollzogen. Auf dem Hintergrund eines vergleichsweise hohen Lebensstandards und voran getriebenen sozialen Sicherheiten wurden die Individuen in einem historischen Kontinuitätsbruch aus traditionellen Klassenbedingungen und Versorgungsbezügen der Familie „heraus katapultiert“. Der Prozess der Individualisierung ist vorwiegend ein Phänomen des Bürgertums bzw. der Mittelschichten, aber auch die „freien Lohnarbeiter“ wurden unter den Bedingungen wohlfahrtsstaatlich abgesicherter Massendemokratien zumindest teilweise in diesen Prozess mit einbezogen.
- 2.) In Bezug auf die Interpretation *sozialer Ungleichheit* ist die Situation ambivalent zu nennen: für marxistische Klassentheoretiker oder Schichtungsforscher mag sich die Situation an Hand der verfügbaren Daten nicht wesentlich geändert haben: die Abstände in Einkommen und Sozialprestige und die fundamentalen Widersprüche zwischen „Arbeit“ und „Kapital“ sind im Wesentlichen gleich geblieben. Gleichwohl hat sich die soziale Bindung der Individuen an „ihre“ Klasse oder „ihre“ Schicht deutlich und nachweisbar gelockert. Ständisch geprägte Sozialmilieus und klassenkulturelle Lebensformen verblassen. Es entstehen tendenziell individualisierte Lebensformen und Existenzlagen, die die Menschen

dazu zwingen, sich selbst – um ihres eigenen Überlebens Willen – zum *Zentrum* ihrer eigenen Lebensführung und Lebensplanung zu machen.

- 3.) Diese Tendenz zur „*Klassenlosigkeit*“ *sozialer Ungleichheit* tritt exemplarisch in der Verteilung der *Massenarbeitslosigkeit* hervor. Einerseits steigt die Anzahl der Langzeitarbeitslosen und derjenigen, die noch mit dem Arbeitsmarkt in Berührung gekommen sind, kontinuierlich an; andererseits entspricht der Konstanz der Arbeitslosenzahlen keine Konstanz der betroffenen Personen. Schon in den Jahren 1974 - 1983 waren rund 12,5 Millionen oder jede *dritte* Erwerbsperson schon ein- oder mehrmals arbeitslos. Gleichzeitig wachsen die Grauzonen zwischen registrierter und nicht-registrierter Arbeitslosigkeit (Hausfrauen, Jugendliche, Frührentner) sowie zwischen Beschäftigung und Unterbeschäftigung (Flexibilisierung der Arbeitsformen und –zeiten). Verschärfung *und* Individualisierung sozialer Ungleichheit greifen ineinander und sind nicht voneinander zu trennen. Systemprobleme werden in persönliches Versagen uminterpretiert und so politisch „entschärft“.
- 4.) Diese Freisetzung „quer“ zu ständisch geprägten sozialen Klassen wird überlagert durch eine Freisetzung nach *Geschlechtslagen*. Dies spiegelt sich vornehmlich in den veränderten Lebensbedingungen von *Frauen*. Beispielsweise nicht fehlende Ausbildung oder soziale Herkunft, sondern *Scheidung* wird für Frauen oft zur Falltür in die „neue Armut“; darin drückt sich der fortgeschrittene Grad der Freisetzung aus der Ehe- und Hausarbeitsversorgung aus. Damit greift die Individualisierungsspirale auch *innerhalb der Familie*: Familie wird zu einem permanenten Jonglieren mit auseinander strebenden Erfordernissen zwischen Beruf, Bildung, Kindererziehung und der eigentlichen Hausarbeit. „Es entsteht der Typus der >Verhandlungsfamilie auf Zeit<, in der sich verselbständigende Individuallagen ein widerspruchsvolles Zweckbündnis zum geregelten Emotionalitätsaustausch auf Widerruf eingehen“ (U. Beck 1986, S. 118).
- 5.) Was sich in die private Form des „Beziehungsproblems“ kleidet, sind – gesellschaftstheoretisch gesehen – in Wahrheit *die Widersprüche einer im Grundriss der Industriegesellschaft halbierten Moderne*, „die die unteilbaren Prinzipien der Moderne – individuelle Freiheit und Gleichheit jenseits der Beschränkung der Geburt – immer schon geteilt und qua Geburt dem einen Geschlecht vorenthalten, dem anderen zugewiesen hat“ (U. Beck 1986, S. 118) Die Industriegesellschaft ist nie als *Nurindustriegesellschaft* denkbar, sondern hatte schon immer Relikte ständischer Verfasstheit vorzuweisen. Erst die vollständige Durchsetzung der Prinzipien der Moderne beschert uns die teilweise völlige Auflösung

der traditionellen Familienmoral und Geschlechterteilung. Mit anderen Worten: die völlige Durchsetzung der Prinzipien der Industriegesellschaft unterhöhlt gleichzeitig deren Grundlagen.

- 6.) Der oder die Einzelne selbst wird zur kleinsten sozialen Reproduktionseinheit.
- 7.) Individualisierung kann als historisch widersprüchlicher *Prozess der Vergesellschaftung* beschrieben werden. Diese „*Vergesellschaftung ohne Gesellschaft*“, wie man diesen Individualisierungsprozess auch bezeichnen könnte, erfolgt durch *Kollektivierung und Standardisierung der Lebenslagen auf individualisiert-atomisierter Grundlage*. Dennoch gibt es auch gelegentlich und unter günstigen Umständen ein Durchbrechen und Bewusstwerden dieser Widersprüchlichkeit, was zur *Entstehung neuer soziokultureller Gemeinsamkeiten* zwischen den atomisierten Individuen führen könnte. So bilden sich etwa entlang der Modernisierungsrisiken und der ökologischen Bedrohung Bürgerinitiativen und soziale Bewegungen heraus, die quer zu alten Klassenkonfrontationen liegen. Ferner gibt es *gesellschaftliche Suchbewegungen* und Sehnsüchte nach „authentischem Leben“, die jedoch im Verlauf ihrer Entfaltung auf soziale und politische Schranken treffen: zu solchen Suchbewegungen können Subkulturen, jugendliche Protestformen, Öko-, Friedens-, Frauen- und Schwulenbewegung etc. gezählt werden. Entlang dieser neuartigen sozialen „Frontlinien“ lassen sich auch neue Formen sozialer wie politischer Identitätsbildung ausmachen, die allerdings fragiler und gefährdeter sind als die alten Formen der „Klassen-solidarität“ etwa der Arbeiterbewegung.

Die Thesen von Ulrich Beck sind vielfacher Kritik unterzogen worden (vgl. M. Vester u. a. 2001, S. 121 ff.). Hauptkritikpunkt ist wohl der, dass die „Individualisierung“ sehr wohl sehr unterschiedliche Folgen für verschiedene Gesellschaftsklassen haben kann, so dass sich Differenzierungen und Verlagerungen hinsichtlich sozialer Lebenslage, Lebensstil und Milieu durchaus innerhalb ein und derselben Gesellschaftsklasse vollziehen können (z. B. von einer Generation auf die nächste), ohne dass die Klassenstruktur sich grundlegend ändert; eine Gesellschaftsklasse (z. B. traditionelle Arbeiterschaft, Selbständige und Freiberufler im Mittelschichtmilieu usw.) kann gleichsam neue „Seitenzweige“ ausbilden, sich innerhalb ihres sozialen Raumes ausdifferenzieren und „individualisieren“, ohne im Laufe der Zeit ihre Stellung im gesamtgesellschaftlichen Kontext fundamental zu korrigieren, d. h. zu verbessern oder zu verschlechtern. Individualisierung in diesem Sinne bedeutet dann die Einbeziehung neuer gesellschaftlicher Erfahrungen und Trends in das eigene Verhaltensrepertoire, allerdings ohne

damit einen gravierenden sozialen Positionswechsel hervorzurufen (vgl. M. Vester u. a. 2001, S. 143). Letztlich kann „Individualisierung“ auch bedeuten, dass in einer mehrdimensionalen Sozialstrukturanalyse mehr Faktoren als früher berücksichtigt werden müssen, um die soziale Lage eines Individuums zu beschreiben (z. B. „objektive“ Lebenslage, subjektive Attitüden und Einstellungen, Verfügbarkeit von sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital, Stand der gesamtgesellschaftlichen Kräfteverhältnisse usw.) (vgl. M. Vester u. a. 2001, S. 152 ff.). Jedenfalls kann davon gesprochen werden, dass die Individualisierungstendenzen, in welchem sozialen Kontext sie auch immer auftreten, eng mit den sozioökonomischen Umbrüchen verzahnt sind, die gemeinhin mit dem Begriff der „neoliberalen Globalisierung“ umschrieben werden. Dass dies wiederum Auswirkungen auf die soziale Stellung und Situation älterer Menschen hat, ist ein Umstand, dessen Folgen nun näher beleuchtet werden sollen.

2.2.2 „Neue Alte“ und „alte Alte“

Die Individualisierungstendenzen und die damit zusammenhängenden sozialen Umbrüche machen selbstredend auch vor alten Menschen, vor Rentnerinnen und Rentnern, nicht Halt. In der gerontologischen Forschung wird das *Auseinanderdriften* verschiedener Kategorien bzw. soziokultureller Standards in der Alterskohorte der über 65jährigen zunehmend registriert und versucht, einer wissenschaftlichen Deskription zuzuführen; dabei wird von unterschiedlichen Fachrichtungen und aus verschiedenen Blickwinkeln an das Problem wachsender sozialer Disparitäten und sich zusehends ausdifferenzierender Lebenswelten auch im Alter herangegangen. Mit anderen Worten: die Gerontologie ist von vornherein ein *interdisziplinäres Projekt*, bei dem die unterschiedlichsten Teildisziplinen beteiligt sind (Geriatric, Geragogik, psychologische und soziologische Gerontologie usw.). Bei all dem ist allerdings zu fragen, welches *implizite Menschenbild* von diesen diversen Unterdisziplinen ausgeht, und ob sich dabei diese Unterdisziplinen nicht dabei mitunter wechselseitig „im Weg stehen“ (vgl. K. U. Mayer et al. 1994).

Dabei ist allerdings oft auffällig, dass die sog. „*Neue Alten*“ im Mittelpunkt des Interesses stehen und auch oft besonders von pädagogischer, psychologischer oder sozialwissenschaftlicher Seite her als mehr oder minder offen propagiertes *Leitbild* „gehandelt“ werden (vgl. U. Lehr 1976; dies. 1987; kritisch dazu: C. Carls 1994). Dabei wird jedoch übersehen, dass diesem Leitbild bestenfalls ca. 25 % der Seniorinnen und Senioren tatsächlich entsprechen, und

dann noch eher Frauen als Männer (vgl. G. Naegele/H.-P. Tews 1993, S. 344). Nach einer Untersuchung von *Infratest Sozialforschung* aus dem Jahre 1991 lassen sich ältere Menschen in etwa folgende Gruppen aufteilen:

- ⇒ Pflichtbewusst-häusliche Ältere – 31 % der 55-70jährigen = 2,9 Mio.
- ⇒ Aktive „Neue Alte“ – 25 % = 2,4 Mio.
- ⇒ Sicherheits- und gemeinschaftsorientierte Ältere – 29 % = 2,8 Mio.
- ⇒ Resignierte Ältere – 15 % = 1,4 Mio. (vgl. G. Naegele/H.-P. Tews 1993, S. 344)

Diese Zahlen zeigen allein schon auf, dass eine Fixierung der sozialwissenschaftlich inspirierten gerontologischen Forschung auf die „Neuen Alten“ allenfalls ein „Minderheitenprogramm“ reproduziert, welches diese ohnehin schon mehrfach privilegierten „Neuen Alten“ nochmals einer bevorzugten (diesmal: sozialwissenschaftlichen) „Behandlung“ unterzieht (vgl. C. Carls o. J.).

Es wäre kritisch zu hinterfragen, ob diese spezifische *Selektivität* der sozialwissenschaftlich-gerontologischen Forschung nicht eher ideologisch als „forschungspraktisch“ motiviert ist, und welche alternativen Sichtweisen es dazu gäbe. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass die „Neuen Alten“ nicht mehr berücksichtigt werden sollten; jedoch angesichts ihres tatsächlichen Anteils an der älteren Bevölkerung (25 %) müsste dementsprechend die Forschung auf einen diesen Anteil auch real widerspiegelnden Anteil „zurechtgestutzt“ werden.

Die psychosoziale Situation von alten Menschen in der Gesellschaft hängt natürlich auch sehr stark vom Stand des gesamtgesellschaftlichen *Wertewandels* ab, der der kulturelle Ausdruck des Übergangs von der Industrie- zur Dienstleistungs-/ Informationsgesellschaft ist. Der kulturelle Umbruch, der in der Folge von „68“ auch in Deutschland Einzug hielt, hat viele gesellschaftliche Felder beeinflusst, weniger allerdings politisch denn auf der Ebene des *Lebensstils*. Es gibt viele „Ehen ohne Trauschein“ auch bis ins hohe Alter hinein, die Anzahl der Singles und der Alleinerziehenden etc. hat sprunghaft zugenommen; es ist auch für etliche Senioren und Seniorinnen inzwischen auch längst kein Tabu mehr, in Senioren-Wohngemeinschaften zu leben oder offen über Sexualität im Alter zu sprechen. Das sind zwar

weiter Minderheiten (und die auch nicht alle unter die „Neuen Alten“ subsummiert werden können), nichtsdestoweniger üben sie einen nicht zu unterschätzenden kulturellen und alltagspraktischen Einfluss aus (vgl. F. E. Weinert 1994). Ebenso ist zu beobachten, dass alte Menschen (mit Ausnahme von Werten wie „Weisheit“ oder Ähnliches) immer mehr dazu neigen, Alter als Chance der „Reife“ zu begreifen, ein hohes Selbstbewusstsein aufweisen und sogar mitunter in der Selbsteinschätzung der Meinung sind, in ihrem jetzigen Leben „weiter“ zu sein als in früheren Lebensabschnitten (vgl. F. E. Weinert 1994).

Für die jetzige Kohorte der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer liegen seit den späten 1980er Jahren zunehmend Modelle für einen allmählichen und gleitenden Übergang in den Ruhestand vor (vgl.: K. U. Mayer et al., S. 744-747); allerdings kann auch nicht übersehen werden, dass die Anzahl der *Frührentner und Vorruheständler* speziell bei männlichen Arbeitnehmern erstaunlich hoch ist: „Die Tatsache, daß – je nach Versicherungszweig – bis zu 18 vH... der älteren Arbeitnehmer gar nicht erst die Rente erreichen und vorher sterben, von den übrigen etwa ein weiteres Drittel wegen BU/EU¹ aus dem Erwerbsleben ausscheidet und von dem noch verbleibenden Rest auch nur etwa die Hälfte das Rentenalter gesund erreicht...“ (G. Naegele/H.-P. Tews 1993, S. 353), ist in der Tat ein bestürzender Befund und wirft nicht gerade ein günstiges Licht auf bestimmte Aspekte des herkömmlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes für abhängig Beschäftigte.

Es scheint so zu sein, dass die Einschätzungen des Alters zusehends von den wachsenden *Unsicherheiten des Erwerbslebens* geprägt werden. Die bereits in Rente Befindlichen haben für ihr eigenes Leben eine bessere Erwartung für die ihnen noch verbleibenden Lebensjahre als die Jüngeren, die teilweise mit Beklemmung an ihren eigenen Ruhestand denken; dementsprechend wird das traditionelle Bild der „Normalerwerbsbiographie“ immer mehr zur Chimäre. Als Resumé lässt sich hier feststellen: die „Neuen Alten“ könnten eine nur vorübergehende Episode bzw. Begleiterscheinung eines bestimmten historisch erreichten Standes wohlfahrtsstaatlicher Versorgung sein, eines sozialstaatlichen Niveaus, das derzeit wieder im Niedergang befindlich zu sein scheint (vgl. C. Carls o. J.); die Zukunftssorgen der Jüngeren sind jedenfalls unbestreitbar größer als die der Älteren, was diese Frage betrifft.

1 Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit, d. V.

Ebenso sei hier noch auf die immer noch sehr starke *Ost-West-Spaltung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland* verwiesen. Laut Forschungsergebnissen des *Alters-Surveys 1996*, der von der Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL) der FU Berlin, der Forschungsgruppe Psycho-Gerontologie der Universität Nijmegen (Holland) und dem Bonner infas-Institut bei einer empirischen Umfrage von 5000 40-85jährigen durchgeführt wurde, klafft die Situation zwischen Ost- und Westdeutschland immer noch weit auseinander:

„Das Einkommensniveau in Ostdeutschland liegt in allen Altersgruppen noch immer unter dem Westniveau... Dabei stehen die heute 70-85jährigen in den neuen Bundesländern noch vergleichsweise gut da - ihr Einkommen liegt über dem der Jüngeren, während es in den alten Bundesländern umgekehrt ist. Jeder vierte Haushalt der 40-69jährigen bezieht in Ostdeutschland auch Geld vom Arbeitsamt, und die noch nicht vollständig erfolgte Anpassung der Löhne und Gehälter wird sich auch bei den späteren Renten auswirken. Auch läßt sich nicht absehen, daß künftige Ältere in Ost- oder in Westdeutschland über so große private Mittel verfügen, daß eine weitgehende Verlagerung der Alterssicherung in die private Verantwortung möglich sein wird...Nun wird häufig über die >Erbengeneration< spekuliert... Der Alters-Survey kann jetzt zeigen, daß fast 60 Prozent der 40-85jährigen Deutschen etwas geerbt haben oder für die Zukunft eine Erbschaft erwarten. Doch nur jeder 25. Bundesbürger erbt ein Vermögen von mehr als 500.000 DM, und Ostdeutsche erhalten fast nie größere Beträge...“ (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2000 S. 7).

Doch trotz der z. T. eher bescheidenen materiellen Situation alter Menschen, wobei zwischen Ost- und Westdeutschland teilweise noch gravierende Unterschiede bestehen, ist die *psychosoziale Lage Älterer* im Großen und Ganzen noch zufriedenstellend. Der Anteil der über 70jährigen mit wenigstens einem Kind, die auch bei ihren Kindern unter einem Dach leben, beträgt immerhin knapp 25 %; schließt man die unmittelbare Nachbarschaft mit ein, sind es sogar 50 %. Bei den 55-69jährigen sind die Verhältnisse ähnlich: 17 % wohnen mit ihren Eltern unter einem Dach, jeder Zweite wohnt zumindest mit einem Elternteil im gleichen Ort (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2000, S. 9). Das sind Indizien dafür, dass enge verwandtschaftliche Bindungen zwischen älteren Menschen und ihren erwachsenen Kindern trotz aller Individualisierungstendenzen offenbar doch noch ein „zählebigeres“ Dasein haben, als allgemein angenommen wird.

Nichtsdestoweniger ist es offenbar so, dass *Frauen* generell besser mit dem Alter zurechtkommen als *Männer*. Abgesehen davon, dass im Durchschnitt Frauen älter werden als Männer, sind sie auch weniger sozial isoliert, gesundheitsbewusster und überhaupt „rüstiger“ als Männer im Ruhestand (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2000, S. 9; Münstersche Zeitung 21. 2. 2000). Generell kann man jedoch sagen, dass ältere Menschen im Gegensatz zu einem weitverbreiteten Vorurteil mit ihrem Leben nicht weniger zufrieden sind als jüngere;

nur im Bereich der Gesundheit beklagen sich Ältere öfter als Jüngere (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2000, S. 10), was allerdings wohl nicht weiter verwunderlich sein dürfte.

80 % der „ehrenamtlichen“ Arbeit von Frauen betrifft den engeren familiären oder Verwandtschaftsbereich (z. B. Versorgung der pflegebedürftigen Eltern); 80 % der offiziell als Gemeinwesenarbeit anerkannten ehrenamtlichen Tätigkeiten im Non-Profit-Bereich werden hingegen von Männern verrichtet (z. B. als Trainer von Jugendfußball-Mannschaften o. ä.). Dabei ist es so, dass nicht etwa Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger (es sei denn, sie werden dazu zwangsverpflichtet), sondern Höherqualifizierte und „Besserverdienende“ in ihrer Freizeit diese ehrenamtlichen Tätigkeiten verrichten. Allerdings ist das Ehrenamt im Zuge der Individualisierung als „Sich-für-die-Gemeinschaft-Aufopfern“ in Verruf geraten; es wird mehr auf wirklich *freiwillige* und *selbstgewählte* Ehrenamtlichkeit Wert gelegt. Immerhin sind 16 % der bundesdeutschen Bevölkerung bereit, sich freiwillig ehrenamtlich zu engagieren, wenn die entsprechenden infrastrukturellen Bedingungen gegeben sind; keinesfalls lassen sich Ehrenamtliche, erst recht ältere Jahrgänge, mehr länger dazu verleiten, sich als „billigen Jakob“ der sich immer mehr „verschlankenden“ Sozialpolitik herzugeben (vgl. G. Notz 1999). Dies ist zweifellos eine erfreuliche Entwicklung, die noch mehr aufmerksam verfolgt und ggf. durch geeignete Maßnahmen unterstützt werden müsste.

Die Leistungsgesellschaft bringt freilich auch Phänomene hervor, die diesen Leistungsethos zur Karikatur seiner selbst zu machen drohen. Auch bei älteren Menschen ist mitunter eine Tendenz zu beobachten, den Jugendlichkeitswahn auf die Spitze zu treiben. Die „Ereignis“- und „Event“-Kultur hat eine große Facette von Erscheinungsformen hervorgebracht, die von übertriebener und riskanter Sportlichkeit (aktuelles Beispiel: die sich häufenden Lawinenglücke in den Alpen) bis hin zu den im Wortsinn auf jugendlich geschminkten Leichen alter Menschen im Sarg reichen (vgl. R. Dahlke 1997). Umgekehrt ist auch die Schattenseite dieses Jugendlichkeitskultes, der die zentrale Tatsache des Lebens, dass wir alle mal alt werden, nicht wahrhaben will, zu sehen: Sterbende, Dahinsiechende oder im Wachkoma Liegende, die in Pflegeheimen oder Intensivstationen von Krankenhäusern zwar ausreichend medizinisch versorgt werden, aber doch auch gleichzeitig Spiegelbild wachsender Vereinsamung und Isolation in unserer Gesellschaft sind: die in den letzten Jahren wieder aufflammende Diskussion um Euthanasie und Sterbehilfe ist nur die Begleitmusik einer gesellschaftlichen Entwicklung,

die den Tod zunehmend aus dem Sichtbarkeitsbereich der Gesunden und „Fitten“ eliminiert (vgl. A. Ziegler 1987).²

Zusammenfassend kann man sagen, dass sowohl die „fitten“ Alten mit ca. 25 % Anteil als auch die „resignierten Alten“ eher Minderheiten darstellen, wenn auch der Anteil der „fitten“ und „aktiven“ Alten signifikant wächst. Frauen kommen mit Ruhestand oft besser zurecht als Männer, ihr soziales Engagement ist größer, was sich aber eher auf die engere Verwandtschaft beschränkt. Höher Gebildete und Bessergestellte sind signifikant mehr im ehrenamtlichen Sektor anzutreffen als Menschen, die aus den Unterschichten kommen. Engagiert wird sich vorwiegend für Menschen, die eher leichte bis mittlere Behinderungen aufweisen, die wirklich „schweren“ Fälle werden dagegen eher verdrängt und in die dafür bereitstehenden Institutionen (Pflegeheime, Intensivstationen von Krankenhäusern, Psychiatrien usw.) abgeschoben.

2.3 Individuelle Eigenvorsorge und Subsidiarität

Der britische Soziologe und Vordenker der *New Labour Party*, Anthony Giddens, entwirft die Vision einer „*Nach-Knappheits-Ordnung*“ (A. Giddens 1996b, S. 332 f.), die sich der Beschränktheit der weltweit verfügbaren Ressourcen und der Unmöglichkeit bewusst sei, endlos zu akkumulieren und Reichtümer anzuhäufen (vgl. A. Giddens 1996b, S. 333). Allerdings sei diese Nachknappheits-Ordnung nur für die fortgeschrittensten Regionen der Erde von Relevanz (vgl. A. Giddens 1996b, S. 335): „Das Ziel, einen gigantischen umverteilenden Sozialstaat auf Weltebene zu errichten, muss aufgegeben werden“ (A. Giddens 1996b, S. 335). In den technologisch fortgeschrittenen Metropolen selbst stoße das Sozialstaatsprinzip ebenfalls an seine Grenzen:

„Viele Menschen nehmen nur ein bestimmtes Maß an Besteuerung hin, zumal wenn unklar ist, wofür das Geld verwendet wird; Sozialstaatsabhängigkeit existiert wirklich und ist nicht nur ein den Phantasien der politischen Rechten entsprungener Mythos...“ (A. Giddens 1996b, S. 335).

Giddens‘ Vorstellungen gingen in das Regierungsprogramm der britischen *New Labour* unter Tony Blair und nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 auch teilweise in die Programmatik der deutschen Sozialdemokratie unter Bundeskanzler Gerhard Schröder ein. Im umstrit-

2 Siehe auch Kap. 3.

tenen Blair/Schröder-Papier von 1999, „Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten“, heißt es u. a.:

„Ein Sozialversicherungssystem, das die Fähigkeit, Arbeit zu finden, behindert, muß reformiert werden. Moderne Sozialdemokraten wollen das Sicherheitsnetz aus Ansprüchen in ein Sprungbrett in die Eigenverantwortung umwandeln.

Für unsere Gesellschaften besteht der Imperativ der sozialen Gerechtigkeit aus mehr als der Verteilung von Geld. Unser Ziel ist eine Ausweitung der Chancengleichheit, unabhängig von Geschlecht, Rasse, Alter oder Behinderung - um sozialen Ausschluß zu bekämpfen und die Gleichheit zwischen Mann und Frau sicherzustellen.

Die Menschen verlangen zu Recht nach hochwertigen Dienstleistungen und Solidarität für alle, die Hilfe brauchen - aber auch nach Fairness gegenüber denen, die das bezahlen. Alle sozialpolitischen Instrumente müssen Lebenschancen verbessern, Selbsthilfe anregen, Eigenverantwortung fördern“ (T. Blair/G. Schröder 1999).

Der Satz: „Moderne Sozialdemokraten wollen das Sicherheitsnetz aus Ansprüchen in ein Sprungbrett in die Eigenverantwortung umwandeln“ ist fast von Giddens abgeschrieben, wo es heißt:

„Die intensive Beschäftigung mit der >Entwicklung< in der Dritten Welt bzw. mit den staatlichen Sozialeinrichtungen in den westlichen Ländern hat die Erkenntnis erbracht, daß die wirksamste Maßnahme zur Überwindung der Ungleichheit darin besteht, den Benachteiligten die Fähigkeiten zu vermitteln, selbst handeln zu können“ (A. Giddens 1996b, S. 335).

Dies klingt nach „Neoliberalismus light“, zumal die Forderung nach sozialer Gerechtigkeit – ein alter sozialdemokratischer Topos – auf eine reichlich diffuse und nicht näher bestimmte „Chancengleichheit“ zurechtgestutzt wurde, was sowohl Giddens als auch Blair/Schröder zum Teil heftige, bisweilen hämische Kritik einbrachte (vgl. F. Schandl 2000).

Ist die „Nachknappheitsordnung“ der „Zweiten Moderne“ à la Giddens/Blair/Schröder also nur eine „wissenschaftlich“ verbrämte rhetorische Schaumschlägerei?

Wie schon angemerkt, hat der „Dritte Weg“, wie die Konzeption von Giddens/Blair/Schröder auch genannt wird, deutliche Anleihen beim US-amerikanischen Kommunitarismus gemacht (vgl. A. Etzioni 1995). Martin Albrow kritisiert den Kommunitarismus aus seiner „globalistischen“ Sicht, und diese Kritik hat für mein Dafürhalten viel für sich:

„Die politische Indienstnahme der Kultur kann das Vakuum nicht füllen, das das Ende des Projekts des modernen Staates hinterlässt. Auf nationaler Ebene gibt es in westlichen Staaten kein Projekt mehr, das den Bürger und Wähler unwiderstehlich in die staatsbürgerliche Pflicht nehmen könnte... Darin liegen das Schlüsselproblem und eine Quelle der Schwäche der sogenannten kommunitaristischen Bewegung. Etzioni und andere haben den Kommunitarismus als Neubelebung des Nationalstaats entworfen, als >Wiederentdeckung der amerikanischen Gesellschaft<... Im Kommunitarismus ist der alte Glaube der Moderne noch lebendig, daß es eine Hierarchie der Wichtigkeit gebe, die bei der Sorge

um >uns selbst und unsere Familien< beginnt und über die Nation >letztlich auf die Gemeinschaft aller Menschen< zielt (Etzioni 1995, S. 298). Im Globalen Zeitalter spricht nichts dafür, daß Aktionen auf lokaler Ebene das Nationalbewusstsein stärken könnten, aber viel spricht dafür, daß diese Aktionen den Erfordernissen des Nationalstaats zuwiderlaufen wie einander durchkreuzen werden“ (M. Albrow 1998, S. 281).

Anders gesagt: wenn ständig, vornehmlich aus Politikermund, an „Eigenverantwortung“, „Gemeinsinn“ und „Freiwilligkeit“ appelliert wird, so kann dies eher weitere Zersplitterung und Partikularisierung eben dieses „Gemeinwesens“ zur Folge haben, weil der Staat als „ideelles Gemeinwesen“ zunehmend ausfällt und die anderen gesellschaftlichen Gruppen, die die Lücke des sich zurückziehenden Staates ausfüllen sollen, eher ihre Gruppenegoismen als ein eher imaginär bleibendes „Gemeinwohl“ im Sinne haben. Was „Gemeinwohl“ ist, ist früher immer vom Staat definiert worden, fehlt dieser gemeinsame Bezugspunkt oder „Konsens“, wie man auch sagt, bleibt eine Leerstelle, die mit noch so viel Appellen nicht mehr aufzufangen ist.

Giddens geht es um eine explizite *Verabschiedung des Sozialstaates*, nicht bloß um eine modifizierte oder „verschlankte“ Variante: „Gäbe es in der Nachknappheitsgesellschaft immer noch einen Sozialstaat? Nein, den gäbe es nicht mehr“ (A. Giddens 1997, S. 263 f.). Dass der Sozialstaat angeblich die Probleme nur verschärfe, die er zu lösen vorgäbe, ist ein alter Topos konservativer Gesellschaftskritik und taucht in immer neuen Begründungszusammenhängen als *running gag* der Sozialstaats skeptiker auch immer wieder von Neuem auf (vgl. A. O. Hirshman 1995, S. 20 ff. und S. 51 ff.). Zwar bestreitet Giddens, in der Tradition dieses Konservatismus zu stehen, aber die rhetorische Figur ist bei ihm die gleiche:

„Die meisten Sozialmaßnahmen sind in der Tat so angelegt, daß sie nicht an den Ursachen ansetzen, sondern bereits eingetretene Ergebnisse zurechtrücken wollen – eine Hauptquelle des staatlichen Versagens“ (A. Giddens 1997, S. 209).

Gegen diese Argumentation ist aber ein Einwand zu tätigen, den Franz Schandl folgendermaßen zusammenfasst:

„Auch das birgt einen schweren Denkfehler: Sozialpolitik ist immer *nachsorgend*, sie ist dazu da, Resultate zu korrigieren, die sie nicht verhindern kann. Es geht dabei um die Linderung gesellschaftlicher Diskrepanzen und Nöte. Daß es so etwas wie Sozialpolitik überhaupt gibt, rührt also aus einem strukturellen Manko der Gesellschaft. Der Sozialstaat verwaltet wirkliche (oder teilweise auch eingebildete) Defizite. Sozialpolitik ist eine *kapitalimmanente Funktion* (Hervorhebung v. V.). Eine vorsorgende Sozialpolitik ist per definitionem unmöglich“ (F. Schandl 2000, S. 152).

Nun soll an dieser Stelle nicht geleugnet werden, dass staatliche Fürsorge- und Wohlfahrtsmaßnahmen nicht selten zur Bevormundung und Abhängigmachung der „Klientel“ geführt

haben, letztlich also paternalistische Züge trugen und noch immer tragen (vgl. M. M. Wambach 1983). Aber es spricht Vieles dafür, dass es gerade darum in der Argumentation Giddens' gar nicht geht. Vielmehr geht es ihm, so ist zu vermuten, *grundsätzlich* darum, *den Sozialstaat als quasi abbruchreife Ruine zu begreifen*, um an seine Stelle *was* neu aufzubauen? - das ist eben die Frage, und die Antwort fällt bei den Autoren des „Dritten Weges“ seltsam inhaltsleer aus. Es hagelt zwar Formeln wie „Demokratisierung“, „radikale Demokratie“, „Transparenz“ und „Dialog“ (A. Giddens 1997, S. 184), aber – um wiederum mit Franz Schandl zu sprechen – sind diese von Sprechblasen von Politikern kaum noch zu unterscheiden und als „abgestandene Slogans“ (F. Schandl 2000, S. 150) zu betrachten.

Es besteht derzeit noch eine Konkurrenz zwischen der angelsächsischen und der kontinental-europäischen („rheinischen“) Variante des globalisierten Kapitalismus. Wiewohl es Tendenzen gibt, dass beide Varianten sich aufeinander zubewegen und sich gleichsam auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen (vgl. B. Koch 2001, S. 11; s. auch: EU-Vertrag von Nizza 2000), zumal durch die geplante Aufnahme neuer Beitrittskandidaten in die EU (Malta, Zypern, Estland, Ungarn, Polen sowie Tschechien und Slowenien gelten als grundsätzlich „wettbewerbsfähig“ im Sinne der EU-„Fortschrittsberichte“) abermals ein Druck in Richtung Senkung der Sozialstandards erzeugt werden wird (weil die neuen Kandidaten überwiegend „Billiglohnländer“ darstellen) (vgl. B. Koch 2001, a. a. O.).

Während der mehr oder minder unverbindliche Appell an „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Eigenverantwortlichkeit“ wohl – zugespitzt – als die „angelsächsische Antwort“ auf die „Krise des Sozialen“ gelten kann³, wird die „kontinentaleuropäische Antwort“ mit dem sog. *Subsidiaritätsprinzip* umschrieben (die angelsächsische Pendant dazu wäre der *Kommunitarismus* bzw. der „community“- oder „neighbourhood“-Gedanke, der sich aber nur auf die *eigene* Gemeinschaft bzw. Nachbarschaft bezieht). Hans Boldt definiert das Subsidiaritätsprinzip folgendermaßen:

„Nur wenn die jeweils kleinere Einheit etwas aus eigener Kraft nicht mehr leisten kann, soll >hilfsweise< , d. h. ergänzend und ersetzend, die jeweils größere Einheit eingreifen.“ (1995, S. 111)

Ursprünglich als „allgemeiner gesellschaftlicher Aufbaugrundsatz“ (Boldt) aus der katholischen Soziallehre stammend (vgl. H. Boldt 1995, S. 111) , ist dieses Prinzip sowohl in der

3 Was man auch „volkstümlicher“ mit „Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott“ ausdrücken kann...

Präambel als auch in Art. B. des Unionsvertrages, sowie in Art. 3 b, Abs. 2 EGV⁴ niedergelegt (vgl. H. Boldt 1995, S. 110 f.). Besonders stark vor allem von Deutschland propagiert, bedeutet dieses Prinzip vor allen Dingen in Form des „*Europas der Regionen*“ (auch länderübergreifend und sich über Staatsgrenzen hinwegsetzend) nach Vorstellungen der Politiker eine Dezentralisierung und Öffnung nach unten (vgl. H. Boldt 1995, S. 110 f.). Was hat man sich genauer unter dem „Europa der Regionen“ vorzustellen?

„Das Europa der Regionen reicht von den Staatscharakter besitzenden deutschen Bundesländern, über die autonomen Gemeinschaften in Spanien und die italienischen Regionen mit unterschiedlicher Autonomie bis hin zu den französischen Regionen (dezentralisierten Verwaltungseinheiten) und den englischen Grafschaften (traditionellen kommunalen Selbstverwaltungsgebilden). Daneben kennt die europäische Regionalpolitik nach wirtschaftlichen Kriterien unterschiedene, besonderer Hilfe bedürftige >Regionen<, und schließlich gibt es >grenzüberschreitende Regionen<, die aus den Grenzgebieten verschiedener Mitgliedsstaaten zusammengesetzt sind“ (H. Boldt 1995, S. 111).

Dieses ziemlich heterogene „Potpourri“ aus unterschiedlichst verfassten und *definierten* >Regionen< hat zur Folge, dass ein ziemlicher Wirrwarr bei *Kompetenzabgrenzungen* zwischen den EU-Behörden und den nationalen Regierungen entsteht, sowie das Subsidiaritätsprinzip in Widerspruch zu Ambitionen gerät, den *Integrationsgedanken* und gemeinschaftliches Handeln innerhalb der EU zu fördern (vgl. H. Boldt 1995, S. 86). Ein Ausweg aus diesem Dilemma scheint noch nicht in Sicht, zumal das Prinzip, dass die übergeordnete Einheit nur >im Notfall< einspringen soll, dem Gedanken der *Solidarität* und der *gegenseitigen Hilfe* nicht gerade förderlich scheint – was im eklatanten Widerspruch zum Subsidiaritätsgedanken z. B. in der katholischen Soziallehre steht (vgl. H. Boldt 1995, S. 111).

Einen weiteren Aspekt der Subsidiarität stellt die in den letzten Jahren verstärkt aufgekommene Diskussion um die „Zivil-“ und „Bürgergesellschaft“ dar, um die sich Stichworte wie „Neue Freiwillige“, „Ehrenamt“, „Dritter“ bzw. „Non-Profit-Sektor“ und „New Work“ bzw. „Tauschringe“ herum gruppieren (vgl. G. Notz 1999; U. Beck 1999; K. Birkhölzer 1997, R. Graf Strachwitz 1998; J. Rifkin 1995; Senatsverwaltung Berlin 1998). Vereinfacht gesagt besteht der Grundgedanke der Propagandisten dieser Vorstellungen von „neuer Bürgergesellschaft“ und „Drittem Sektor“ darin, dass man – jenseits und abseits der Erwerbsarbeit – den Arbeitslosen, herumlungernenden Jugendlichen und sonstigen „sozialen Randgruppen“ eine sinnvolle Beschäftigung geben müsse, vorzugsweise im sozialen, gemeinwohlorientierten Non-Profit-Dienstleistungsbereich, damit diese nicht „auf dumme Gedanken kommen“ und z.

4 Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft.

B. kriminell werden (vgl. G. Notz 1999, S. 32; J. Rifkin 1995, a. a. O.). Damit könnte man – so die Vorstellung – gewissermaßen zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: einerseits die sozial Deklassierten von der Straße holen und sie sich gleichsam um Ihresgleichen kümmern lassen (was dann auch „bürgerschaftliches Engagement“ oder „Selbsthilfe“ genannt wird), und andererseits den Staat von Sozialausgaben entlasten (vgl. G. Notz 1999, S. 32 ff. und S. 35 ff.). Ergänzt werden könnte dies durch freiwilliges soziales Engagement von „Besserverdienenden“ im Sinne von *Social Sponsoring* oder *ehrenamtlicher Tätigkeit* (vgl. G. Notz 1999, S. 37 f.). Ähnlich klingende Vorschläge sind so neu nicht, wie oft suggeriert wird: Paternalismus für die unteren Schichten und Moralisierung der sozialen Verhältnisse gingen schon im 19. Jahrhundert eine herrschaftsstabilisierende Synthese ein (vgl. J. Donzelot 1979).

Sieht man sich die Vorschläge genauer an, wie die „neue Bürgerarbeit“ jenseits der Erwerbsarbeit *materiell abgesichert* werden soll, so reichen die Vorschläge von symbolischen Gratifikationen wie Bonus-Punkten o. ä. für die „Bessergestellten“ bis hin zur Umwandlung von Sozial- oder Arbeitslosenhilfe in eine Art „Bürgergeld“, das den im Non-Profit-Sektor arbeitenden Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern (den sog. „wirklich Bedürftigen“) als Entlohnung ausgezahlt werden soll, um ihnen das Gefühl zu geben, dass ihre Arbeit auch etwas „wert“ sei (vgl. G. Notz 1999, S. 36-38). In einem Gutachten für die Bayerisch-Sächsische Zukunftskommission hat Ulrich Beck denjenigen Personenkreis, der für die „neue Bürgerarbeit“ in Frage komme, ziemlich exakt umrissen, als da wären

„...Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger, Jugendliche vor, neben und nach der Berufsausbildung, Mütter nach der Erziehungsphase, ältere Menschen im Übergang in den Rentenstand, Teilzeiterwerbstätige, vorübergehend aus der Erwerbsarbeit Ausgestiegene...“ (U. Beck, Gutachten, in: Kommission für Zukunftsfragen 1997, Teil III, zit. n.: G. Notz 1999, S. 36).

Vertreter/innen von Wohlfahrtsverbänden und Kirchen fürchten bereits heute die Konkurrenz solcher wahrhaft „preiswerten“ Bürgerarbeit – allerdings weniger, was die Qualität der Arbeit, sondern eher, was die adäquate Bezahlung ihrer Mitarbeiter/innen und die Zukunft ihrer Verbandsstrukturen anbetrifft (vgl. G. Notz 1999, S. 40 f.). Zudem wird von anderer Seite befürchtet, dass die angebliche Freiwilligkeit dieser Bürgerarbeit als Einfallstor für die Einführung einer Art *Arbeitspflicht* für Erwerbslose und Sozialhilfeempfänger/innen dient – wie bereits vom *Club of Rome* vorgeschlagen (vgl. O. Giarini/P. M. Liedtke 1998, S. 231 ff.; G. Notz 1999, S. 44 ff.) und wohl auch schon teilweise auf kommunaler Ebene in Deutschland

im Rahmen der *Gemeinnützigen zusätzlichen Arbeit (GZA)* in die Tat umgesetzt wurde (vgl. G. Notz 1999, S. 45), obgleich Zwangsdienste im unseligen Angedenken an den Nazi-Arbeitsdienst nicht ohne Grund vom Art. 12 GG ausdrücklich verboten sind – was Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der GZA-Maßnahmen aufkommen lässt (vgl. G. Notz 1999, S. 46).

Schaut man sich die empirischen Daten genauer an, so dient die Propagierung der Bürgerarbeit als ideologischer Begleitmusik wohl vor allem dazu, den Bereich ungesicherter Beschäftigungsverhältnisse und von Teilzeitarbeit im Bereich der sozialen Dienstleistungen auszuweiten (vgl. J. Nielandt/M. Brodkorb 2000).

„Im Zeitraum 1960-1995 (bezogen aufs frühere Bundesgebiet) verringerte sich absolut nur die Anzahl der im profitgesteuerten privatwirtschaftlichen Marktsektor Beschäftigten von 23,2 auf 22,7 Mio. und verdoppelte sich die Beschäftigtenzahl im politisch konstituierten öffentlichen Sektor von 2,1 Mio auf 4,2 Mio. und verdreifachte sich von 383.000 auf 1,4 Mio. im gemeinnützig-politisch organisierten Non-Profit-Sektor“ (J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 15 f.).

Obgleich der oft konstatierte Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft sich kontinuierlich fortsetzte, nahm im privatwirtschaftlich orientierten Profitsektor die Beschäftigtenzahl weiterhin ab und sank von 1995: 22,8 Mio. auf 1997: 22,2 Mio. Beschäftigte (vgl. H.-P. Klös 1998, S. 36; J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 16). Die Anzahl der im (staatlichen) öffentlichen Dienst Tätigen ist seit 1995 erstmals ebenfalls rückläufig, während sich die Zahl der Arbeitsplätze im Non-Profit-Bereich seit 1990 nochmals deutlich erhöhte (um 41,5 %) und, wie bereits erwähnt, 1995 immerhin bereits die Zahl von 1,4 Millionen erreichte (vgl. E. Priller/A. Zimmer/H. K. Anheier 1999, S. 16). Allerdings wird diese an und für sich erfreuliche Entwicklung entscheidend dadurch getrübt, dass bereits 1990 30 % dieser Arbeitsplätze im Non-Profit-Sektor *Teilzeitarbeitsplätze* waren, bei einem Frauenanteil bei den Beschäftigten von 69 % (vgl. J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 16). Obendrein wird der Non-Profit-Bereich als wenig effektiv und produktiv bezeichnet und dies auch für die steigende Staats- und Abgabenquote verantwortlich gemacht (vgl. J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 16; H.-P. Klös 1998, S. 54 f.), zumal dieser Sektor immer noch zu nicht geringen Teilen auf staatliche Zuschüsse, aber auch Beiträge, Spenden- und Sponsorengelder angewiesen ist (vgl. E. Priller/A. Zimmer/H. K. Anheier 1999, S. 17; J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 17 f.).

Die Angewiesenheit des Non-Profit-Sektors auf öffentliche Zuschüsse ist allerdings in verschiedenen Untersegmenten deutlich unterschiedlich: während in mehr erwerbswirtschaftlich orientierten Segmenten wie Wohnungsbau, Freizeit und Umwelt diese Abhängigkeit von öf-

fentlichen Fördertöpfen eher geringer ausfällt, „(konzentrieren sich) öffentliche Zahlungen als dominierende Einkommensquelle... in dem nach dem Subsidiaritätsprinzip orientierten Segment des Sozial- und Gesundheitswesens, das zusammen mit der Forschung 57 % der gesamten Einnahmen des Sektors aus öffentlichen Mitteln und 69 % aller Sektorausgaben repräsentiert...“ (J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 19). Weil aber weltweit 2/3 der im Non-Profit-Bereich Tätigen just in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Soziales und Freizeit arbeiten, die eben besonders von staatlichen Zuschüssen abhängig sind (zumindest in Europa), sind diese Bereiche, zusammen mit den schrumpfenden staatlichen Zuschüssen, gleichfalls in eine Krise geraten (vgl. J. Nielandt/M. Brodkorb 2000, S. 17), was im seltsamen Gegensatz zu den öffentlichen Beteuerungen steht, wie wichtig doch diese Bereiche für den Zusammenhalt der Gesellschaft seien. Jedenfalls, so die Einschätzung von Gisela Notz, sind die wegbrechenden staatlichen Gelder speziell in Deutschland nur sehr begrenzt durch Stiftungen gutbetuchter Privatbürger kompensierbar, weil es dafür – im Gegensatz zu den USA – in Deutschland keine entsprechende Tradition privater Wohlfahrt und privaten sozialen Engagements gäbe, man sei hier eher hedonistisch orientiert und „nur sehr bedingt bereit, von (seinem)... Besitz und Erbe etwas abzugeben“ (G. Notz 1999, S. 52).

2.4 Zusammenfassung

Dieser Durchgang durch die zeitgenössischen gesellschaftspolitischen wie ökonomischen Entwicklungen, die durch Schlagworte wie „Globalisierung“, „Deregulierung“, „Flexibilisierung“ etc. und durch ihre sozialpolitischen Pendanten „Bürger-/Zivilgesellschaft“, „Zweite Moderne“, „Bürgerarbeit“ und „Dritter Sektor“ gekennzeichnet sind, soll Kapitel 3 vorbereiten helfen, das sich auf die Auswirkungen dieser gesellschaftlichen Trends auf die ältere Bevölkerung im Allgemeinen und auf ältere Behinderte im Besonderen konzentriert. Es kann schon so viel gesagt werden: auch im Bereich der „Altenpolitik“ und der sozialen Situation älterer Menschen im Rentenalter im engeren Sinne können diese Entwicklungen natürlich nicht spurlos an dieser zahlenmäßig immer bedeutender werdenden Bevölkerungsgruppe vorbei gehen, wie die jüngsten Diskussionen um die Rentenreform wieder einmal überdeutlich aufgezeigt haben (vgl. D. Hensche 1999). Auf jeden Fall ist zu konstatieren, dass an allen Ecken und Enden des gesellschaftlichen Zusammenlebens immer mehr das abbröckelt, was Gertrud M. Backes als das „Vergesellschaftungsziel *soziale Gerechtigkeit*“ bezeichnet, das wenigstens bislang die „normative Struktur des Zusammenhangs der Lebensalter und Generationen“ gebildet habe (G. M. Backes 1997, S. 141). Im Wechselspiel von *Freiheit* einerseits

und (*sozialer*) *Sicherheit* andererseits habe sich dieses Vergesellschaftungsziel in der Bundesrepublik Deutschland als Leitmaxime sozialstaatlichen Handelns mehr und mehr durchgesetzt, sei allerdings nur bruchstückhaft und teilweise inadäquat in die Tat umgesetzt worden (vgl. G. M. Backes 1997, S. 141). Frau Backes zählt ein kleines „Sündenregister“ dieser Inadäquatheiten auf:

- Die Norm der prinzipiellen, grundgesetzlich garantierten Gleichheit von Jüngeren und Älteren, Männern und Frauen wird immer wieder im Kontext der Modernisierungsgeschichte verletzt.
- Die Dynamik sozialstaatlichen Handelns hat immer von Neuem zu neuen Folgeproblemen sozial ungleicher und ungerechter Verteilung von Freiheit und Sicherheit geführt.
- Hausfrauen werden nach wie vor nicht durch eigene Erwerbsarbeit sozialrechtlich für das Alter ausreichend abgesichert.
- Bestimmte Gruppen alter Menschen sind in ihrer Lebenslage trotz lebenslanger Erwerbstätigkeit nach wie vor sozial stark benachteiligt.
- Ältere Menschen haben in der Regel immer noch geringere Teilhabechancen an der Gesellschaft als jüngere (vgl. G. M. Backes 1997, S. 144).

Zu diesen gewissermaßen noch „alten“ Problemen aus den „goldenen Zeiten“ des noch nicht in Frage gestellten Sozialstaats gesellen sich zwischenzeitlich neue Probleme, die aus der demographischen und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung der Gesellschaft herrühren und auf die alten, immer noch ungelösten noch zusätzlich „draufgesattelt“ werden, was die politischen „Problemlösungskapazitäten“ vor noch größere, fast schon nicht mehr bewältigbare Herausforderungen stellen wird:

„Wenn etwa junge Menschen kaum noch eine Chance sehen, im Alter selbst mit einer sozialen Sicherung rechnen zu können, diese aber heute für Menschen jenseits der Erwerbsarbeit zu gewährleisten haben, wenn benachteiligte alte Menschen, vor allem Frauen, weiterarbeiten müssen, um ihre Existenz trotz Rente zu sichern, obwohl sie zeitlebens produktiv waren, wenn für immer weniger alte Menschen die Grundsätze der sozialen Sicherung und Freiheit der Lebensgestaltung im Alter tatsächlich Geltung haben, sondern erheblich eingeschränkt sind, dann handelt es sich hier um Anlässe sozialer Konflikte und Sprengstoff, dem gesellschaftlich etwas entgegengesetzt werden muß, seien es eine Veränderung der Werte, eine Veränderung der Mittel oder andere Legitimations- und Kontrollinstrumente“ (G. M. Backes 1997, S. 144).

3. Alter und Behinderung

3.1 Gesellschaftlicher Strukturwandel

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, zeichnet sich der Strukturwandel der kapitalistischen Marktwirtschaften seit den 80er Jahren und nochmals verschärft seit dem Untergang des sog. „Realsozialismus“ vor allem dadurch aus, dass vermehrt von einem keynesianischen Wohlfahrts- zu einem mehr oder weniger postkeynesianisch-neoliberal geprägten *nationalen Wettbewerbsstaat* „umgeschaltet“ wurde, wo *soziale* Fragen mehr und mehr wirtschaftspolitischen *Standortfragen* weichen mussten; es wird zunehmend nach der *Finanzierbarkeit* sozialstaatlicher Einrichtungen und Errungenschaften gefragt (vgl. W.-D. Narr/A. Schubert 1994, S. 147 ff.; J. Hirsch 1995, S. 101 ff.). Dieser „*Paradigmenwechsel*“ vom Sozial- hin zum Wettbewerbsstaat hat auch einen Wechsel der Leitbilder im Gesundheits- und Sozialbereich mit sich gebracht, die folgendermaßen umschrieben werden können:

„Auf der Ebene der Politik im Gesundheits- und Sozialbereich wird in den letzten Jahren eher wenig über kulturelle Leitbilder, also etwa den Krankheits- oder Gesundheitsbegriff, der unserer Prioritätensetzung im Gesundheitssystem zugrunde liegt, geredet. Im Vordergrund steht eine Leitbilddebatte anderer Art über das, was man als ordnungspolitische und betriebswirtschaftliche Leitbilder bezeichnen könnte. Debattiert wird hier, inwieweit gesundheitliche und soziale Dienste Teil eines öffentlichen oder marktwirtschaftlichen Systems sein sollen und inwieweit es dabei gilt, die herkömmliche Verwaltung dieser Einrichtungen durch an privatwirtschaftlichen Vorbildern des Managements orientierte Formen der Wirtschafts- und Personalentwicklung zu ersetzen“ (A. Evers 1999, S. 569 f.).

Es findet allenthalben eine *Verbetriebswirtschaftlichung sozialer Beziehungen* statt, jetzt auch in Bereichen, die bislang betriebswirtschaftlicher Logik und Rationalität als verschlossen galten (vgl. B. Röttger 1997, S. 174 ff.; H. Kern/M. Schumann 1996). Dabei geht es in erster Linie um *Kostensenkung und –minimierung*, wobei allerdings (noch?) die Aufrechterhaltung bereits erreichter Standards z. B. in der Pflege gewährleistet bleiben soll (vgl. B. Dietz 1995). Nichtsdestoweniger ist ein „*Sog nach unten*“ entstanden, dem sich die Sozial- und Pflegedienste zunehmend gegenübersehen und der sie dazu zwingt, Veränderungs- und Anpassungsstrategien zu entwickeln, um den Herausforderungen gewachsen zu sein. Nur: wie sehen diese Strategien aus, und welche Aus- und Rückwirkungen haben diese auf die *gesellschaftspolitischen Leitbilder* von Sozialdiensten und Pflegeeinrichtungen?

Das bloße Ausrichten an betriebswirtschaftlichen Managementmethoden reicht natürlich für eine auch den Patienten und Klienten dienende Umstellung der „Pflegethesen“ nicht aus.

„(D)as wirtschaftsliberale Leitbild des Nutzen kalkulierenden Individuums, gegenüber dem es ein optimal funktionierendes System von Anreizen oder Bestrafungsmustern zur Stimulierung des gewünschten Verhaltens zu entwickeln gilt“ (A. Evers 1999, S. 570), das von den für die Pflegegesetzgebung zuständigen Politikern favorisiert wird, steht dabei Leitbildern einer fachlichen Diskussion unter „Pflegeprofis“ entgegen, die teils noch den „alten“ sozialstaatlich abgedeckten Zeiten nachtrauern, teils aber auch schon auf der Suche nach neuen pflegepolitischen „Ufern“ sind (vgl. A. Evers 1999, S. 570).

Ökonomische und betriebswirtschaftliche Effizienz sind im Bereich von sozialen Diensten und Pflege in der fachlichen Diskussion wohl am ehesten in der Form zu akzeptieren, die der neokonservative Sozialethiker Peter Koslowski mit Bezug auf medizinische Lebensverlängerung vorschlägt, die aber ebenso gut auf den Bereich Sozialdienst/Pflege übertragen werden kann:

„Zur pragmatischen Dimension gehört wesentlich die ökonomische Sicht, und zwar nicht als enges Konzept der Rentabilität oder Kostenminimierung, sondern als Frage nach der Produktivität und Effizienz ärztlicher Maßnahmen. Die Frage ist nicht: Ist die Medizin zu teuer?, sondern primär: Ist sie produktiv? und: Gehen die ungeheuren Steigerungen des Aufwands mit einer *angemessenen* Steigerung der Heilungserfolge einher?“ (P. Koslowski 1994, S. 373).

Die Frage nach der „Produktivität“, d. h. diejenige nach der *Angemessenheit* und *Effizienz* (Verhältnis von Aufwand und Ertrag) von Sozial- und Pflegediensten, wobei vor allem die *Förderung und Aufrechterhaltung des individuellen Wohlbefindens der „Klienten“* oberste Richtschnur sein sollte, ist wohl der *Minimalkonsens*, auf den sich Politiker/innen und „Sozial- und Pflegeprofis“ einigen könn(t)en, und es auch sollten – sonst droht in der Tat eine gesellschaftliche Regression, ja sogar ein Absturz in die Barbarei, wie sie die Geschichte des 20. Jahrhunderts, besonders auf dem Gebiet „sozialhygienischer“ und „eugenischer“ Maßnahmen, auf geradezu bestürzende Art und Weise hervorgebracht hat (vgl. H. U. Deppe 1978, S. 56 ff; D. J. Goldhagen 1998, S. 548 ff.; E. Klee 1985; E. Klee 1998; L. Wirth 1945).

„Sorge“ und „Pflege“ (*Care*) sind *Dienstleistungen* im Service- und Tertiärbereich – jedoch nicht mit anderen Service- und Dienstleistungen in anderen Sektoren gleichzusetzen, etwa mit dem Bankservice. Der Kunde am Bankschalter steht dem Angestellten der Bank gleichberechtigt, gleichsam auf „Augenhöhe“ gegenüber – der Klient einer sozialen Dienstleistung ist dagegen oft (zumindest partiell) hilflos, betreuungsbedürftig und auf eben diese soziale Dienst-

leistung essentiell angewiesen. Wenn dem Kunden „seine“ Bank nicht gefällt, geht er halt zu einer anderen – der „Kunde“ einer sozialen Einrichtung kann sich „seine“ sozialen Dienstleister in der Regel nicht aussuchen und ist ihnen – bis zu einem gewissen Grad – „ausgeliefert“ (ob im Negativen oder Positiven, sei dahingestellt) (vgl. A. Evers 1999, S. 571). Diese wichtige Differenz zwischen dem *von vornherein gleichberechtigten* Kunden (z. B. am Bankschalter) und dem Empfänger einer sozialen Dienstleistung, *die diese Gleichberechtigung so weit wie möglich erst wieder „herstellen“ soll*, wird gewöhnlich in der Diskussion um soziale Dienstleistungen und deren „Verbetriebswirtschaftlichung“ unterschlagen (vgl. A. Evers 1999, S. 573).

In der zeitgenössischen fachlichen Diskussion um *Care*-Dienstleistungen haben sich über rein betriebswirtschaftlich-ökonomistische Vorstellungen hinaus im Wesentlichen drei Leitbilder für das Verhältnis zu der „Kunden-Klientel“ herausgebildet (vgl. A. Evers 1999, S. 573 ff.):

- (1) Das *paternalistische* Leitbild
- (2) Das *liberale* Leitbild
- (3) Das *kommunitaristische* Leitbild.

Zu (1): Das *paternalistische* Verhältnis in der *Care*-Beziehung (z. B. in der privaten Arztpraxis oder in einer öffentlichen Anstalt) zeichnet sich durch *Compliance* aus, wobei dies hier „eher Folgebereitschaft als wechselseitige Abstimmung“ (A. Evers 1999, S. 574) meint. Die *Compliance*-Beziehung beruht in erster Linie auf Techniken der Überredung und der Demonstration von professioneller Autorität und Fachkompetenz (vgl. A. Evers 1999, S. 574). Die Gefahr der *Entmündigung* der Klienten bzw. deren Angehörigen ist in dieser Beziehungsform ebenso gegeben wie eine erhöhte *Verantwortlichkeit* des Fachmanns/der Fachfrau (vgl. A. Evers 1999, S. 574).

Zu (2): Das *liberale* Leitbild steht dem neoklassischen Menschenbild des nutzenmaximierenden *homo oeconomicus* am nächsten. Entscheidendes Stichwort ist hier *größtmögliche Autonomie* für den Klienten/Patienten; es geht um *Empowerment*, das den Klienten in die Lage versetzen soll, möglichst eigenständig und selbstbestimmt zu leben. „An die Stelle des in vieler Hinsicht rechtlosen und schutzbefohlenen Klienten tritt hier der mit persönlichen Anspruchs- und Schutzrechten ausgestattete Adressat. Gesteuert werden soll die Interaktion

durch das Prinzip des *informed consent*, also der Vereinbarung einer Leistung auf Basis der Kenntnis von Umständen, Risiken und Folgen und in freiem Einverständnis des jeweiligen Adressaten“ (A. Evers 1999, S. 574).

Allerdings ist dieses liberale Konzept auch auf Kritik gestoßen: die Autonomieannahme reflektiere nicht ausreichend, dass Patienten oft in hohem Maße von den Care-Dienstleistern abhängig seien - von „Autonomie“, wenn überhaupt, also nur in beschränktem Ausmaß die Rede sein könne. Dies wiederum könne dazu führen, dass die Hilfsbedürftigen endgültig zu Randexistenzen gestempelt werden könnten – wenn sie z. B. trotz massiver Hilfe von außen dauerhaft nicht dazu in der Lage seien, ihr Leben selbständig zu führen. Ferner fehle dem liberalen Modell das Moment der *Gemeinschaftlichkeit* und der *Solidarität*, und Toleranz im Sinne von Liberalität könne dementsprechend leicht in *Gleichgültigkeit* dem Nächsten gegenüber umschlagen (vgl. A. Evers 1999, S. 575).

Zu (3): Das *kommunitaristische* oder auch *kommunitäre* Menschenbild ist praktisch das Gegenmodell zum liberalen Ansatz und ist vorwiegend US-amerikanischen Ursprungs. Der Kommunitarismus orientiert sich weniger am erreichten Stand fachbezogener Dienstleistungen als vielmehr an traditionellen gemeinschaftsbezogenen Werten wie Fürsorglichkeit, Kontinuität und Zuwendung (vgl. A. Evers 1999, S. 575 f.). Dieses Konzept, richtig angewendet und von seinen untergründigen ideologischen Implikationen speziell in seiner US-Variante „gereinigt“, scheint eher in der Lage als das liberale Modell, die vielfältigen sozialen Bezüge (Familie, Freundschaften) der betreffenden Klienten in die Hilfsarrangements der Care-Dienste mit einzubeziehen, was einen höheren Wirkungsgrad der Hilfsangebote verspricht als ein Arrangement, das den Klienten bloß als Objekt einer „Behandlung“ oder aber – wie im Falle des liberalen Modells – als „Kunden“ in einer Tauschbeziehung behandelt (vgl. A. Evers 1999, S. 576). Im Rahmen des kommunitären (kommunitaristischen) Ansatzes ist es z. B. auch möglich, die Angehörigen von Hilfsbedürftigen als Advokaten oder als Mitentscheider in die Pflege mit einzubinden, was freilich ständig neue Aushandlungsprozesse zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen zur Folge hat (vgl. A. Evers 1999, S. 576).

Die Nachteile des kommunitären Ansatzes liegen ebenso auf der Hand und sollen hier nur kurz zusammengefasst werden:

- Kommunitaristisch orientierte Hilfskonzepte erschweren den Bruch oder den Ausstieg aus der Gemeinschaft, falls diese dem Betroffenen – aus welchen Gründen auch immer - nicht mehr angemessen erscheint (gleichgültig, ob es sich um den Bruch mit der Familie oder der jeweiligen Einrichtung handelt).
- Der Ansatz ermuntert geradezu die Professionellen zu verstärkter Intervention, was dann auch unweigerlich zu Übertreibungen führen kann (Gefahr des Rückfalls in autoritär-paternalistische Konzepte).
- Gefahr eines zu rigiden moralischen „Korsetts“ (vgl. A. Evers 1999, S. 576).

Bei Abwägung der Chancen und Gefahren der hier erwähnten drei Leitbilder – dem paternalistischen, dem liberalen und dem kommunitaristischen – kann *keines* für sich einen Ausschließlichkeitsanspruch reklamieren. Vielmehr kommt es darauf an, was Evers folgendermaßen zusammenfasst:

„Das alles verweist aber vor allem darauf..., daß es in realen Prozessen der Hilfe, Behandlung und Unterstützung eher gilt, derartige einander in letzter Instanz möglicherweise ausschließenden Imperative gegeneinander auszubalancieren als ein eindimensionales Konzept zu entwerfen, in dem sich scheinbar alles im Einklang befindet. Das macht *Aushandlungsprozesse zwischen kontroversen Imperativen* und Orientierungen für Dienste und Hilfen so wichtig, aber auch schwierig. Gefordert sind also *komplexe Leitbilder*, die einen Pluralismus an Orientierungen in sich vereinigen“ (A. Evers 1999, S. 577).

Die Verwirrung über die verbindlichen Leitbilder im Bereich der sozialen Dienstleistungen hat nicht zuletzt in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass die Kosten „davonliefen“. Studien im Sektor der häuslichen Altenpflege, aber auch anderswo, haben eindeutig ergeben, dass die Isolation der Klienten und die mangelhafte Koordination der Professionellen mit den Angehörigen dazu geführt haben, die Kosten explodieren zu lassen und die Chancen für ein produktiveres Hilfesystem, das sowohl kosteneindämmend als auch klientenfreundlich agiert, zu verspielen. Nicht zuletzt deshalb ist für die Zukunft zu fordern, dass die Hilfsempfänger nicht nur als „Behandlungsobjekte“ und auch nicht als „Kunden“, sondern als *Kooperierende und Koproduzenten* einer *lebensweltlich* und an den *konkreten Bedürfnissen* orientierten Politik der Sozialdienste und Pflegeeinrichtungen betrachtet werden; das scheint der einzige gangbare Weg zu sein, Synergieeffekte und Potenziale auf beiden Seiten, bei Professionellen *und* Laien, auf adäquate Weise zu nutzen und in die richtigen Bahnen zu lenken (vgl. A. Evers 1999, S. 578; G. Naegele/H. P. Tews, 1993, S. 358).

Um aber die Patienten/Klienten auch wirklich als Kooperationspartner und Koproduzenten lebensweltnaher sozialer Dienst- und Pflegeleistungen betrachten bzw. anerkennen zu können, muss zunächst einmal der Ist-Zustand, der *status quo* der augenblicklichen gesellschaftlichen Situation einer näheren Erörterung unterzogen werden.

3.2 Alter, Behinderung und Lebensqualität

Stichworte wie „Deregulierung“, „Flexibilisierung“, „Ende des Anspruchsdenkens“ sowie der „Umbau des Sozialstaates“ machen spätestens seit Beginn der 90er Jahre die Runde. Zwar bezweifelt Joachim Hirsch in seiner Studie *Der nationale Wettbewerbsstaat*, dass die Rede vom *Umbau des Sozialstaates* eine großflächige und weitreichende (nicht bloß partielle) Senkung sozialer Errungenschaften bedeute, weil dies unweigerlich zu sozialen Unruhen und Spannungen führen müsse, die auf längere Sicht die Reproduktion der marktwirtschaftlichen Ordnung gefährden könnten; der Staat könne nicht auf seine bloße Funktion als „Nachwächterstaat“ reduziert werden (vgl. J. Hirsch 1995, S. 156). *Gleichzeitig* jedoch betont er: „Was vielmehr ansteht, ist ein >Umbau des Sozialstaats<, der neben einer allgemeinen Senkung des Lebensniveaus auf vergrößerte Selektivität zielt“ (J. Hirsch 1995, S. 156; vgl. auch: B. Jessop 1994). Worin könnte diese größere *Selektivität* nun bestehen, und wie äußert sich dies in dem uns hier interessierenden Sektor der psychosozialen Situation älterer Behinderter?

Die „Zukunft des Alter(n)s“ (unabhängig von der Frage der Behinderung) ist in den zeitgenössischen westlich-marktwirtschaftlichen Metropolen *generell* von einer wachsenden *Verunsicherung* bestimmt: „Die über den Lebenslauf und sogar innerhalb des Alters tendenziell immer weniger ausbalancierten Werte des Generationenvertrages, der Sicherheit, Freiheit und Gerechtigkeit, führen über kurz oder lang zu einer normativen und instrumentellen Unbestimmtheit im Umgang mit dem Alter(n), zu einer Infragestellung des bisherigen Vergesellschaftungsmodells des Alter(n)s, ohne daß bereits äquivalente Alternativen zur Verfügung stünden“ (G. M. Backes 1997, S. 221; Hervorhebung im Original). Diese Verunsicherung rührt – neben den bereits teilweise analysierten gesellschaftlichen und sozioökonomischen Verwerfungen in der postkeynesianisch-globalisierten Ära⁵ - nicht zuletzt daher, dass in den fortgeschrittenen Ländern des Westens und besonders im wiedervereinigten Deutschland eine starke Tendenz hin zu einer *Überalterung der Gesellschaft* besteht: während im Deutschen

5 Siehe auch Kap. 2.

Reich im Jahre 1900 der Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung ganze 7,8 % betrug, waren es im Jahre 1990 im wiedervereinigten Deutschland bereits 20,3 %; im Jahre 2000 sind es bereits 23 %, und laut Berechnungen des *Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung* werden es im Jahre 2020 ca. 30 % sein; andere Zukunftsprognosen sehen noch drastischer aus (vgl. G. M. Backes 1997, S. 259). Immer weniger Erwerbstätige im Alter zwischen 20 und 60 Jahren werden in Zukunft für immer mehr Rentner aufkommen müssen:

„Kamen 1993 auf 100 der zwischen 20 und 60 Jahre alten Menschen 35, die 60 Jahre und älter waren, werden es im Jahre 2040 voraussichtlich 71 sein... Bei dem Erwerbsniveau des Jahres 1993 (rd. 42 Prozent der Bevölkerung...) würden im Jahre 2040 100 Erwerbstätige für 83 Senioren aufkommen müssen (1993 waren es 48). Bei Berücksichtigung der derzeitig beabsichtigten Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch die Erhöhung des Renten- bzw. Pensionsalters auf 65 Jahre wären 68 Senioren pro 100 Erwerbstätige zu erwarten“ (J. Roloff 1996, S. 7 f., zit. n.: G. M. Backes 1997, S. 260).

Das Älterwerden der Bevölkerung bedeutet natürlicherweise auch eine damit einhergehende wachsende Anzahl von Menschen mit körperlichen und/oder geistigen sowie seelischen Handicaps. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, besserer Betreuung und nicht zuletzt auch eines gesellschaftlichen Mentalitätswandels gegenüber Behinderten ist es heute möglich, dass auch Menschen relativ alt werden können, die früher bereits im Kindes- oder Jugendalter starben (z. B. Menschen mit Down-Syndrom). Besonders im Bereich der *Demenzkranken* (Alzheimer u. a.) zeichnen sich Trends einer dramatischen Zunahme der davon Betroffenen ab (vgl. G. Naegele/R. M. Schütz 1999, S. 388). Die wachsende Zahl hilfloser und pflegebedürftiger älterer Menschen im Rentenalter verändert auch das gesamtgesellschaftliche Klima, in dem über Alter gesprochen wird, und dementsprechend gleichfalls die psychosoziale Situation derjenigen, die eben *nicht* zu den „junggebliebenen“, agilen „Neuen Alten“ zählen, zumal Letztere nur ca. ¼ der gesamten Rentnerpopulation ausmachen (vgl. G. Naegele/H. P. Tews 1999, S. 344), wiewohl damit keineswegs gesagt ist, dass die restlichen ¾ damit automatisch zu den „alten Alten“, den Gebrechlichen, Hilflosen und zurückgezogen Lebenden gehören⁶.

Die Zunahme der Pflegebedürftigen und Gehandicapten bei der älteren Generation erzeugt einen eigenartigen gesellschaftlichen Zwiespalt: einerseits wird behauptet, dass die „Überalterung“ ein entscheidender Faktor für die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen sei, andererseits gibt es eine ganze Industrie, die von dieser vermeintlich altersinduzierten Kostensteigerung sehr gut zu leben scheint. Thomas Lampert und Michael Wagner erwähnen zwar, dass

6 Siehe dazu auch Kap. 2.

ein 73jähriger gegenüber einem 28jährigen durchschnittlich dreimal höhere ambulante Behandlungskosten, neunmal höhere Krankenhauskosten und zwölfmal höhere Ausgaben für Arzneimittel verursache (vgl. 1998, S. 188), nichtsdestoweniger betonen sie, dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wesentlich stärker durch „Entwicklungen in der Medizintechnologie, die Preisgestaltung der Pharmaindustrie oder die Gestaltung der Arzthonorare“ beeinflusst werde (S. 189). Mit anderen Worten: „Die Alten“ erhalten im gesellschaftlichen Diskurs über das Gesundheitswesen eine *Sündenbockfunktion* zugewiesen, um von anderen Einflussfaktoren und Interessen abzulenken.

Andererseits – und das ist schwer zu leugnen – bringt es die Entwicklung der postmodernen „Risiko“- und „Erlebnis“-Gesellschaft mit sich, dass, durch die Pluralisierung der Lebensformen bedingt, es immer schwerer fällt, eindeutige Definitionen von Gesundheit und Krankheit allgemeinverbindlich festzulegen (vgl. U. Beck 1986, S. 205 ff.; G. M. Backes 1997, S. 112 ff. und S. 185 ff.); es wird daher meist zu „multifaktoriellen“ Definitionen bzw. Deutungsmustern Zuflucht gesucht, die freilich die traditionelle Dichotomie krank/gesund eher *aushöhlen* als – gemäß den neuartigen Bedingungen der Vergesellschaftung – präzisieren:

„Es ist zu beachten, daß die Theorien der Krankheit im engeren Sinne sich bereits weiter emanzipiert haben. Nicht nur eine Vermehrung der Faktoren steht zur Debatte, sondern die Definition der Krankheit. Nicht mehr nur die Abweichung von einem Standard, sondern die überhöhte Geschwindigkeit des Wandels ist z. B. ein krankheitsgenerierendes Problem. Geschwindigkeit ist aber von Anfang an Verhältnisbegriff, *d. h. abhängig von der Definition des Verhältnisses, die nicht wie ein Standard gegeben ist, sondern aufgrund von Bedingungen produziert werden muß*. Die Abwesenheit der Definition dieses Verhältnisses kann hier die Stelle des Standards übernehmen, *Krankheit als Abwesenheit der Definition von >Gesundheit< gefasst werden*“ (H. Schwengel 1978, S. 575 f., Hervorhebung d. V.).

Was hier der Gesellschaftstheoretiker Schwengel schon als Situation gegen Ende der 70er Jahre schildert, hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten nochmals verschärft. Aber um überhaupt Kriterien an der Hand zu haben, wie Krankheit resp. Gesundheit zu definieren sei, halte ich mich im Folgenden an die Definitionspraxis der WHO (vgl. WHO 1980). Danach werden Krankheiten als pathologische Veränderungen des menschlichen Organismus betrachtet, die auf

- biologische
- psychische
- soziale oder

- ökologische

Bedingungen zurückgeführt werden können. Darüber hinaus werden

- organische Funktionseinbußen (Rückgang oder vollständiger Verlust organischer Funktionskapazitäten, z. B. Sehkraft, Hörvermögen)
- funktionelle Einschränkungen (Nachlassen oder völliger Verlust der Fähigkeit, selbständig grundlegende Tätigkeiten des alltäglichen Lebens auszuführen, wie z. B. Essen, Körperhygiene oder Ankleiden) und
- soziale Benachteiligungen (Nachteile des Individuums in Bereichen wie Wohnsituation, materielle Lage oder soziale Partizipation)

unterschieden. Dabei können organische Funktionseinbußen sowohl auf biologischen Alterungsprozessen als auch auf Krankheiten oder schädlichen Umwelteinflüssen beruhen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 190). Diese Definitionen sind relativ klar und können – trotz der oben erwähnten klassifikatorischen Probleme – als verhältnismäßig verlässliche Kriterien zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes bestimmter Bevölkerungsgruppen (wie z. B. der Senioren und Seniorinnen) angesehen werden (a. a. O.).

Neben den objektiv feststellbaren Kriterien für Gesundheit/Krankheit spielen selbstredend auch *subjektive* Einschätzungen der Betroffenen eine große Rolle; die subjektive Befindlichkeit kann dem objektiven Befund widersprechen, eine von Anderen als Einschränkung empfundene Behinderung für das Subjekt keineswegs eine solche darstellen; letzten Endes ist die individuelle Lebenszufriedenheit durch keine „objektiven“ Maßstäbe ersetzbar. Dabei kann es durchaus sein, dass Krankheiten und Gebrechlichkeiten im Alter von den älteren Menschen als „natürliche Gegebenheiten“ akzeptiert werden, was der psychischen Fähigkeit des Menschen entspringt, objektive Einschränkungen bis zu einem gewissen Grad zu kompensieren oder sich diesen den Umständen entsprechend mental anzupassen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 192 f.). Zu diesen mentalen Anpassungsprozessen zählen z. B. auch *Ausweich- oder Leugnungsstrategien*, wie sie im Falle von geistig Behinderten in etwa wie folgt zusammengefasst werden können:

- (a) Fehlendes Begriffsverständnis
- (b) Behinderung wird mit Körperbehinderung gleichgesetzt

- (c) Behinderung wird als Schwäche in oder als mangelnde Beherrschung von Kulturtechniken (Lesen, Schreiben...) angesehen
- (d) Eingrenzung der Schwächen auf ganz bestimmte Bereiche
- (e) Abwärtsvergleiche („der/die ist noch behinderter als ich“)
- (f) Gelassene Reaktionen
- (g) Protest, Nicht-Wahrhaben-Wollen (vgl. M. Julius 2000, S. 187; J. Wendeler 1992; J. Wendeler/H. Godde 1989).

In diesem Kontext ist noch auf die wichtige Differenz zwischen *Krankheit* einerseits und *Behinderung* andererseits einzugehen. In der Realität ist die Differenz Krankheit/Behinderung oft fließend und nicht immer abgrenzbar (z. B. bei chronischen Erkrankungen); aber darauf kommt es in diesem Zusammenhang weniger an als auf die *sozialen Rollenzuschreibungen* bzw. *sozialen Erwartungen*, die einem Kranken bzw. einem Behinderten in unterschiedlicher Weise von der Umwelt entgegengebracht werden (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 141 ff.). Die entscheidende Differenz wird von Cloerkes auf folgende signifikante Formel gebracht: „Beim >Kranken< haben sich die anderen, die>Gesunden<, den Gegebenheiten anzupassen. Beim >Stigmatisierten< (Behinderten) wird hingegen davon ausgegangen, daß er sich anzupassen habe, wenn er mit Nichtstigmatisierten (Nichtbehinderten) zusammen sein will“ (G. Cloerkes 1997, S. 144).

Nach Cloerkes zeichnet sich Krankheit – in Anlehnung an Talcott Parsons' Krankenrollenkonzept (vgl. T. Parsons 1958) - durch vier Merkmale aus:

- 1) „Das kranke Individuum wird von seinen normalen Rollenverpflichtungen befreit.
- 2) Das kranke Individuum wird nicht für seinen Zustand verantwortlich gemacht.
- 3) Die sich in Krankheit manifestierende Abweichung ist sozial unerwünscht und daher an Bedingungen geknüpft („konditional“): Dem kranken Individuum wird auferlegt, seinen Zustand zu überwinden.
- 4) Das kranke Individuum ist hilfebedürftig. Es ist verpflichtet, sachkundige Hilfe zu suchen und mit dem Arzt zu kooperieren“ (G. Cloerkes 1997, S. 142).

Während der Kranke also in der sozialen Rollenzuweisung „im Prinzip“ ein „Normaler“ ist, der durch ungünstige Umstände vorübergehend – in selteneren Fällen für immer – in einer Ausnahmesituation ist, für die Ausnahmekriterien gelten, ist der Behinderte für immer „stigmatisiert“: während für den Kranken die Rückkehr in die „Normalität“ das Ziel ist, für das er

auch Unterstützung durch die Gesunden erhält (jedenfalls in der Regel), kann der Behinderte seinen Status nicht ändern, selbst wenn er den „Normalen“ >spielt<. Deshalb ist die Abweichung des Behinderten von der sozialen Norm eher der Kategorie *Kriminalität* verwandt als der Kategorie Krankheit; der Unterschied zwischen Behindertem und Kriminellem besteht darin, dass Letzterer aufgrund seiner Tat voll für sein Tun verantwortlich ist, während der Behinderte für sein Tun und Lassen eben *nicht* verantwortlich gemacht wird: er ist im Zustand der „Schuldunfähigkeit“ (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 143 f.).

Allerdings konstatiert Siegrist (J. Siegrist 1995, S. 216 f.), der sich kritisch mit dem Parsonsschen Modell beschäftigt, dass dieses denjenigen Krankengruppen nicht gerecht wird, „die durch ihr Leiden lebenslang behindert, unheilbar krank oder aus eigenen Kräften nicht in der Lage sind, ihre Situation angemessen einzuschätzen und zu verändern ...“. Parsons vernachlässigt in seinem Modell die chronisch und psychisch Kranken. Siegrist argumentiert weiter, dass in jeder Gesellschaft damit gerechnet wird, „daß lebenslange Behinderung und unheilbare Krankheit in gewissem Umfang unvermeidbar gegeben sind“. Krankheit kann von der Gesellschaft nicht notwendigerweise als soziale Abweichung definiert werden, so dass die Krankenrolle im Sinne Parsons' eher einer gesellschaftlichen Option als einer universell geltenden Gesetzmäßigkeit darstellt. Dass Behinderte gegenüber Nichtbehinderten nicht benachteiligt werden können, ist seit 1994 im Grundgesetz, Art. 3, Abs. 3, S. 2 verankert: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Entsprechend hat das BVerfG (BVerfG, Beschluß vom 19.01.1999 – 1 BvR 2161/94) festgestellt, „daß Menschen, die in geistiger Hinsicht zu einer eigenverantwortlichen letztwilligen Verfügung in der Lage seien, nicht allein deswegen an der Testierung gehindert werden dürften, weil sie aus körperlichen Gründen nur über eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten verfügten.“ (Gottwald: <http://www.vrp.de/archiv/beitrag/1999/b9900015.htm>). Auch in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union ist in Artikel 21 die Nichtdiskriminierung verankert:

„(1) Diskriminierung, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten.“

Diese Aufzählung ist noch vollständiger, als die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Damit wird deutlich, dass das von Parsons aufgestellte Modell differenziert und kritisch gesehen werden muss, auch, wenn Siegrist Parsons' Definition der Krankenrolle als ein Kern-

stück der gegenwärtigen medizinsoziologischen Theorie betrachtet werden muss (Siegrist 1995, S. 216).

Nach Cloerkes ergibt sich folgende *Taxonomie* für die Beziehung zwischen Kriminalität, Krankheit und Behinderung als Formen abweichenden Verhaltens bzw. abweichenden „Seins“ (Schema nach: G. Cloerkes 1997, S. 144):

Tabelle 1: Taxonomie von Formen abweichenden Verhaltens nach zugeschriebener Verantwortung

	Zuschreibung von Verantwortung	Zuschreibung von Verantwortung	Zuschreibung von Verantwortung	Zuschreibung von Verantwortung
	Individuum wird verantwortlich gemacht (Kriminalität)	Individuum wird offiziell nicht verantwortlich gemacht (Behinderung)	Individuum wird nicht verantwortlich gemacht (Krankheit)	Individuum wird nicht verantwortlich gemacht (Krankheit)
		Stigmatisiert	Bedingt legitim	Uneingeschränkt legitim
Beispiel	Mord	Geistige Behinderung, Aids	Lungenentzündung	Krebs
Konsequenzen	Ersatz normaler Verpflichtungen durch neue. Verlust normaler Privilegien.	Entbindung von einigen normalen Verpflichtungen. Auferlegen neuer Verpflichtungen. Wenige oder gar keine neuen Privilegien.	Zeitlich befristete Befreiung von normalen Verpflichtungen. Zusätzliche Privilegien. Verpflichtung, sich behandeln zu lassen und mit dem Arzt zu kooperieren.	Dauernde Entbindung von zahlreichen normalen Verpflichtungen. Ausdrücklicher Zuwachs an Privilegien.

Um Missverständnissen nochmals vorzubeugen: in dieser Taxonomie geht es *nicht* um das *tatsächliche* Verhalten von Kranken, Behinderten und Kriminellen; es geht hier ausschließlich um *soziale Rollenzuschreibungen* für die jeweiligen Menschengruppen.

Der Unterscheidung Krankheit/Behinderung und der damit verbundenen Differenzen in den offiziellen sozialen Rollenzuweisungen eingedenk, ergibt sich daraus für das Verhältnis Al-

ter/Behinderung eine zusätzliche Komplikation der Lage. Weil speziell im Alter die Grenzen zwischen Krankheit und Behinderung, zwischen natürlichen Alterungs- und Verschleißprozessen und individuell-spezifischen Gebrechlichkeiten oft ununterscheidbar verwischen, kommt es auch dementsprechend oft zu einer *Konfusion der sozial zugeschriebenen Rollenbilder im Alter* und damit zu Ambivalenzen und Widersprüchen, die sich beispielsweise in gravierenden Diskrepanzen zwischen „objektivem“ Gesundheitszustand und „subjektivem“ Befinden äußern können; das Motto „Man ist so jung, wie man sich fühlt“ gilt eben für ältere Behinderte wegen der beschriebenen Komplikationen und Diskrepanzen im Spannungsfeld von sozialer Zuschreibung, subjektivem Selbstbild und objektivem Gesundheitszustand (leider) nicht mehr (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 152 ff.).

In dieser „neuen Unübersichtlichkeit“ (Habermas) ist es vielleicht doch ganz nützlich, sich an die schon weiter oben erwähnten Kriterien der WHO zu halten, die in ihrem Klassifikationschema zwischen *Krankheiten*, *organischen Funktionseinbußen* und *funktionellen Einschränkungen* unterscheidet (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 194). Für das Alter werden vorwiegend folgende Unterkategorien unter die Oberkategorien subsummiert:

⇒ *Krankheiten:*

Körperliche Multimorbidität → zehn und mehr behandlungsbedürftige Diagnosen

Dementielle Erkrankungen

⇒ *Organische Funktionseinbußen:*

Sehbeeinträchtigungen

Hörschäden

⇒ *Funktionelle Einschränkungen:*

Einschränkungen der Gehmobilität, Gehbehinderungen

Einschränkungen der Fähigkeit einer selbständigen Alltagsgestaltung

Pflege-/Hilfsbedürftigkeit (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 195).

Auf der Basis der WHO-Klassifikation wurde zu Beginn der 90er Jahre die sog. *Berliner Altersstudie (BASE)* durchgeführt, die im Wesentlichen zwischen Mai 1990 und Juni 1993 als Querschnitterhebung erfolgte und Menschen im Alter von 70 Jahren und älter nach ihrem Gesundheitszustand befragte (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 193 ff.) und sog. *Intensiv-*

protokolle erstellte. Die Studie war interdisziplinär angelegt und bezog alle relevanten Forschungsrichtungen mit ein, wie Innere Medizin und Geriatrie, Psychiatrie, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 194).

Unter anderem wurden bei dieser Studie *organische Funktionseinbußen* im Seh- und Hörbereich gemessen, wobei sog. Snellen-Sehprobetafeln für beide Augen (ohne Brille) im Abstand von 2,5 Metern verwendet wurden (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 195). Das Hörvermögen wurde ohne Hörgerät im Nahsprehbereich überprüft, wobei die Hörschwelle festgestellt wurde, ab der akustische Signale wahrgenommen werden können (Sprachbereichsfrequenzen: 0,5, 1,0 und 2,0 kHz). Schwere Beeinträchtigungen des Hörvermögens liegen dann vor, wenn bei den betrachteten Sprachbereichsfrequenzen die Hörschwellen bei 71 dB und darüber liegen (vgl. T. Lampert/M. Wagner, 1998, S. 195). Bei *funktionalen Einschränkungen* wurden die Einschränkungen der Gehmobilität, Einschränkungen der Fähigkeit zur selbständigen Alltagsgestaltung und Pflege-/Hilfsbedürftigkeit erfragt bzw. gemessen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 195 f.). Die Messung der Gehmobilität beruhte auf der Selbsteinschätzung der Teilnehmer/innen der Studie, inwieweit sie in der Lage seien, ohne fremde Hilfe zu gehen und welche Strecke. Ferner wurden Menschen unterschieden, die bettlägerig waren und solche, die zwar aufstehen konnten, aber lediglich dazu in der Lage, einige Schritte zu gehen. Die Fähigkeit zur selbständigen Alltagsgestaltung wurde über fünf sog. ADL-Aktivitäten (ADL: *Activities of Daily Living*) gemessen (vgl. S. Katz et al. 1963). Dabei wurde bei der Ersterhebung folgende Frage gestellt: „Benötigen Sie von jemandem Hilfestellung am Morgen? Brauchen Sie z. B. Hilfe beim Aufstehen (Bett/Stuhl), beim Ankleiden, beim auf die Toilette gehen, beim Baden, Duschen (Waschen des gesamten Körpers), beim Frühstück (oder sonstige Nahrungsaufnahme)“ (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 196). Von einer Einschränkung der Fähigkeit zur selbständigen Lebensgestaltung wird dann gesprochen, „wenn die Studienteilnehmer nach eigenen Angaben bei mindestens einer der erfragten ADL-Aktivitäten Hilfe benötigen“ (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 196).

Zusätzlich wurden in die Studie zu einem späteren Zeitpunkt noch die Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes von 1994 eingearbeitet, was die Angaben zur Gehmobilität und ADL-Probleme anbetraf; funktionelle Einschränkungen der Gesundheit werden laut Pflegeversicherungsgesetz in drei verschiedene Kategorien eingeteilt:

- Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig

- Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig
- Pflegestufe III: schwerstpflegebedürftig (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 196).⁷

§ 14 Pflege VG lautet: Personen sind dann pflegebedürftig, wenn sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Pflege VG; zit. n. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 196, FN 2).

Nach dem Pflegestufenschema und in Anlehnung an die §§ 14 und 15 des Pflege VG's wurden in der Studie drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden: eingeschränkte Gehfähigkeit bis maximal 100 Meter und mindestens ein ADL-Problem (Pflegestufe 1); Bettlägerigkeit oder eine Gehmobilität von maximal ein paar Schritten und mindestens ein ADL-Problem (Pflegestufe 2); Einschränkungen bei allen ADL-Aktivitäten (Pflegestufe 3). Zudem wurden noch Personen berücksichtigt, die zwar Einschränkungen ihrer Gehmobilität (bis 100 Meter), aber kein ADL-Problem aufwiesen, sowie Personen, die keine Gehbehinderung hatten, jedoch bei mindestens einem ADL-Problem Hilfe benötigten: Diese Personengruppen sind zwar im Sinne des Pflege VG nicht pflegebedürftig, brauchen jedoch im Gegensatz zu Personen ohne Einschränkungen die Unterstützung Anderer im Alltag (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 196).

Erwähnt werden muss noch, dass die Mortalität nach einem Zwei-Jahres-Rythmus ermittelt wurde, d. h. es wurde sich zwei Jahre nach einem Interview beim Landeseinwohnermeldeamt Berlin erkundigt, ob die betreffenden interviewten Personen noch lebten (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 197).

Die Ergebnisse dieser detaillierten Studie lassen sich u. a. in einer Tabelle auf S. 53 darstellen:

⁷ Siehe auch Kap. 3.5.2. Diese Einteilung wurde aus Gründen der Explikation der Studie schon an dieser Stelle angebracht.

Tabelle 2: Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht (in %) (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 198)

	MÄNNER 70-84 Jahre	MÄNNER 85+ J.	FRAUEN 70-84 J.	FRAUEN 85+ J.	GESAMT (Gewichtet) ⁸
Multimorbidität					
- zehn oder mehr Diagnosen	25,0	36,9	38,7	42,1	36,2
Demenzrisiko					
- hohes Risiko	7,4	27,4	8,2	39,3	12,2
Sehprobleme					
- stark eingeschränkt bis blind	22,9	35,0	18,9	49,8	22,7
Hörprobleme					
- stark eingeschränkt bis taub	10,1	28,7	8,5	20,9	10,5
Gehprobleme					
- bettlägerig	1,0	3,7	2,4	10,9	2,7
- nur einige Schritte	8,1	26,0	11,1	42,2	14,0
ADL-Probleme					
- mindestens ein ADL-Problem	13,9	33,9	10,0	46,4	15,1
Pflege-/Hilfsbedürftigkeit					
- schwerstpflegebedürftig (Stufe III)	1,4	5,7	2,4	9,7	2,3
- schwer pflegebedürftig (Stufe II)	2,4	6,5	2,4	14,7	3,5
- erheblich pflegebedürftig (Stufe I)	1,4	8,9	1,4	11,2	2,7
- hilfebedürftig	12,4	22,0	11,1	29,3	14,9
Zwei-Jahres-Mortalität					
- ja	11,0	37,5	11,0	33,3	12,8
Gesundheitsprobleme (insgesamt)					
- mindestens ein Gesundheitsproblem	51,6	83,1	52,1	92,3	57,6

Aus dieser Tabelle sind verschiedene Dinge ersichtlich:

Gesundheitliche Einschränkungen sind bei sehr alten Menschen (85 Jahre und älter) viel häufiger anzutreffen als bei der Altersgruppe der 70-84jährigen, was allerdings wohl zu erwarten war.

Mit Ausnahme der Multimorbidität (gewichtet 36,2 %) sind nur eine Minderheit der 70jährigen und Älteren von Gesundheitsbeeinträchtigungen betroffen. Weniger als 10 % dieser Altersgruppe sind pflegebedürftig, ungefähr jeder Siebte hat massive Gehprobleme oder kann die elementaren Alltagsgeschäfte nicht ohne fremde Hilfe ausführen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 198 f.).

8 Die Gewichtung der Daten erfolgte auf die Alters- und Geschlechtsverteilung in der Westberliner Bevölkerung zum Zeitpunkt der Stichprobenerhebung.

Wenn man allerdings die Schwellenwerte etwas niedriger ansetzt, so sind doch große Teile der über 70jährigen von mehr oder weniger gravierenden Gesundheitsproblemen betroffen. Z. B. sind nur bei 1 % der über 70jährigen das Sehvermögen und bei 5 % das Hörvermögen als völlig unbeeinträchtigt anzusehen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 199). Wenn man die Gesundheitsprobleme nicht vereinzelt, sondern *in ihrer Gesamtheit* betrachtet, so ergibt sich folgendes Bild:

„...bei mehr als der Hälfte der 70jährigen und Älteren ist zumindest eine schwere Gesundheitsbeeinträchtigung festzustellen. Ferner sind immerhin zwischen 20 % und 50 % der 85jährigen und Älteren von größeren Gesundheitsproblemen betroffen. Es ist also nicht ratsam, ein allzu positives Bild von der Gesundheit im Alter zu zeichnen“ (T. Lampert/M. Wagner, 1998, S. 199).

Dass die generelle durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen höher liegt als die der Männer, ist allgemein bekannt; weniger bekannt ist, dass die *Mortalitätsrate* der Männer im Vergleich zu der der Frauen generell ungünstiger ist, und sich dieses Verhältnis erst im hohen Alter ab 75 Jahre umzukehren beginnt, das allerdings auch von viel mehr Frauen als von Männern erreicht wird.

Tabelle 3: Sterbefälle nach Alter und Geschlecht 1986

Alter	Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich
Geburt	1,4 : 1
0-5 Jahre	1,3 : 1
5-10 J.	1,5 : 1
10-15 J.	1,8 : 1
15-20 J.	2,6 : 1
20-25 J.	2,9 : 1
25-30 J.	2,5 : 1
30-35 J.	2 : 1
35-40 J.	1,9 : 1
40-45 J.	1,9 : 1
45-50 J.	2,1 : 1
50-55 J.	2,2 : 1
55-60 J.	2,1 : 1
60-65 J.	1,5 : 1
65-70 J.	1,3 : 1
70-75 J.	1,1 : 1
75-80 J.	1 : 1,2
80-85 J.	1 : 1,5
85-90 J.	1 : 2,2
90 J. und älter	1 : 3,2

Es scheint auch eine *biologische Prädisposition* für die größere Langlebigkeit der Frauen zu geben, die allerdings durch soziale Faktoren noch zusätzlich verstärkt wird. Indiz für die größere biologische „Robustheit“ der Frauen scheint die größere Krankheitsanfälligkeit von Männern schon im Kindesalter zu sein, wie folgende Tabelle illustriert; bis auf den Bereich „Hüftgelenksanomalien“ kommen in sämtlichen anderen Krankheitsfeldern Jungen schlechter weg als Mädchen:

Tabelle 4: Diagnostizierte Fälle durch das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder U 1 bis U 8 – 1985 (Auswahl)

Krankheitsbilder und Störungen	Geschlechterverhältnis pro 100.000 Jungen : Mädchen
Diabetes mellitus	2,5 : 1
Intellektuelle Minderentwicklung	1,7 : 1
Störung der emotionalen und sozialen Entwicklung	1,6 : 1
Cerebrale Entwicklungsstörungen	1,4 : 1
Fehlbildungen des Zentralnervensystems	1,5 : 1
Hörbehinderungen	1,3 : 1
Hüftgelenksanomalien	1 : 1,6
Blutkrankheiten	1,6 : 1
Erkrankung der Atmungsorgane	1,5 : 1
Erkrankung der Verdauungsorgane	1,3 : 1
Erkrankung der Nieren und Harnwege	1,8 : 1
Fehlbildung und Erkrankung der Geschlechtsorgane	16 : 1

Während also zumindest von der genetischen und biologischen Ausstattung sowie von der körperlichen Konstitution her das angeblich „schwache“ Geschlecht sich auch eindeutig statistisch nachweisbar als das stärkere erweist, kumulieren sich im Verlauf von Lebensläufen die geschlechtlichen Diskriminierungen in vielen Fällen nachweislich *zuungunsten* der Frauen (vgl. G. M. Baltes 1999). Gertrud M. Baltes spricht in diesem Zusammenhang von einer „lebenslangen *hierarchischen Komplementarität der Vergesellschaftungsformen beider Geschlechter bis zum Tod*“ (G. M. Baltes 1999, S. 455; Hervorhebung im Original). Dabei sind im Hinblick auf *weibliche Vergesellschaftungsformen im Alter* folgende Punkte zu erwähnen:

- Wie schon angemerkt⁹, liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen um ca. 6 ½ Jahre höher als die der Männer (79,3 Jahre gegenüber 72,8 Jahre laut Statistischem Bundesamt 1996) (vgl. G. M. Baltes 1999, S. 455). 2/3 der über 65jährigen und 3/4 der über 75jährigen sind Frauen. Bei den 60-65jährigen ist das Verhältnis mit 51,7 % Frauen und 48,3 % Männern dagegen fast noch ausgeglichen, im späteren Lebensalter hingegen ergibt sich ein fast dramatisch zu nennendes Ungleichgewicht (vgl. G. M. Baltes 1999, S. 455 f.).
- Gleichwohl sagt die längere Lebenserwartung natürlich noch nichts über die Qualität dieser Lebensspanne aus. Frauen sind aufgrund geschlechtsspezifischer Mechanismen und z. T. lebenslanger Diskriminierung im Alter „stärker von sozial problematischen Lebenslagen“ (G. M. Baltes 1999, S. 456) wie häufigerer Armut und nicht ausreichender materieller wie immaterieller Ressourcen zur Kompensation von Hilfsbedürftigkeit bedroht; sie leben häufig allein; und selbst wenn sie noch einen Partner oder familiäre Bindungen haben, sind sie nicht selten gezwungen, selbst im Alter noch dazu zu verdienen oder familiären Verpflichtungen nachzukommen, die ihre Kräfte überfordern; sie sind häufiger chronisch krank bei längerer Lebenserwartung, so dass sie auch häufiger auf institutionelle Hilfen bis hin zum (Pflege-)Heimaufenthalt angewiesen sind. Während sie selber ihre Männer bis zum Tod pflegen und betreuen, stehen ihnen selber seltener Hilfen zur Verfügung. Bis dahin haben sie ohnehin schon genügend Einschnitte in ihrem Leben verarbeiten müssen, als da wären z. B. der Auszug der Kinder, das Ende der eigenen Berufsarbeit, die Pensionierung bzw. Verrentung des Ehegatten, das Schwinden der eigenen Kräfte, das langsame Hilfsbedürftig-werden des Ehemannes etc. (vgl. W. Clemens 1997; A. Niederfranke 1994).

Der soziale Status von Frauen, der trotz aller Gleichberechtigungsauforderungen noch immer in großen Teilen über den Status des Mannes definiert wird (was nicht zuletzt auch die soziale Absicherung der Frauen als Rentnerinnen tangiert), kann durchaus im Sinne von *sozialer Behinderung* definiert werden, was ein anderes Wort für „strukturelle Gewalt“ (J. Galtung) ist (vgl. C. Ewinkel/G. Hermes u. a. 1999; U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 23 ff.). Zwar hat es seit etwa den 70er Jahren so etwas wie eine „Feminisierung der Bildung“ (U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 28) gegeben – d. h. der Bildungsstand von Männern und Frauen hat sich weitgehend angeglichen. Aber abgesehen davon, dass Frauen, die heute über 65 Jahre alt sind,

9 Siehe Kap. 2.

von dieser Entwicklung *nicht* profitiert haben, weil sie für sie lebensgeschichtlich schlicht *zu spät* kam, kann man als allgemeine Regel formulieren, was Beck/Beck-Gernsheim so ausdrücken:

„Die in den siebziger Jahren geforderte (und geförderte) Integration der Frau in den Beruf folgt ungebrochen der *>geschlechtsständischen Gesetzmäßigkeit< der umgekehrten Hierarchie*: Je zentraler ein Bereich für die Gesellschaft (definiert) ist, je mächtiger eine Gruppe, desto weniger sind Frauen vertreten; und umgekehrt: als je randständiger ein Aufgabenbereich gilt, je weniger einflußreich eine Gruppe, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß Frauen sich in diesen Feldern Beschäftigungsmöglichkeiten erobert haben. Dies zeigen die entsprechenden Daten in allen Bereichen – Politik, Wirtschaft, Hochschule, Massenmedien usw.“ (U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 28).

Frauen sind oft in Erwerbsarbeits-Bereichen beschäftigt oder beschäftigt gewesen, deren Status bzw. zukünftige Existenz gefährdet oder zumindest unsicher ist: Sekretärinnen, Büroassistenten, Reinigungskräfte, Verkäuferinnen, angelernte Industriearbeiterinnen usw. (vgl. U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 29). In diesen Sektoren gibt es noch große Rationalisierungsreserven, besonders im *industriellen* Bereich:

„Die Mehrzahl *>weiblicher<* Arbeitsplätze - in der Elektroindustrie, in der Nahrungs- und Genussmittelindustrie, in Bekleidungs- und Textilindustrie – ist teilweise durch abbaubare Mechanisierungssperren, aber auch durch Mechanisierungslücken oder durch Restarbeiten in hochmechanisierten bzw. teilautomatisierten Produktionssystemen gekennzeichnet, die wahrscheinlich bei zukünftigen mikroelektronischen Rationalisierungswellen wegfallen werden“ (U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 29 f.).

Da auch in den Bereichen produktions- und personenbezogener Dienstleistungen noch lange nicht alle Rationalisierungsreserven ausgeschöpft sind¹⁰, wird die *Prekarisierung der Lebenslagen von Frauen* auch in Zukunft weiter voranschreiten. Absehbare Folgen sind: Rückkehr in die bloße Hausfrauenexistenz, weitere Verschlechterung der materiellen Lage der Frauen (besonders dann, wenn sie alleinerziehend sind, geschieden usw.), eine nochmalige Ausdehnung von Schwarzarbeit und „inoffiziell“ informellem Sektor – ein Stück „3. Welt“ in der „1. Welt“ (vgl. U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 30). Selbst in den noch formal geregelten, „offiziellen“ Arbeitsmarktsektoren gilt der Grundsatz „schlechtere Bezahlung für Frauen bei gleicher Arbeit“ relativ ungebrochen (vgl. U. Beck/E. Beck-Gernsheim 1990, S. 30; G. M. Baltes 1999, S. 464).

Die Nicht-Normalität weiblicher Erwerbsarbeit (Diskontinuität der Erwerbsarbeitsphasen, häufigere und längere Phasen von Arbeitslosigkeit, Teilzeitarbeit, Schwarzarbeit im „infor-

10 Auf die Folgen der Einführung der Pflegeversicherung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen (z. B. in der Altenpflege) wird noch zurückgekommen werden.

mellen Sektor“ etc.) „führt zu Armut an Zugangschancen, und dies zu Einkommensarmut, spätestens im Alter. Altersarmut ist primär Frauenarmut...: ein Zeichen für die prekäre Reproduktionsbasis in Ehe und Familie“ (G. M. Baltes 1999, S. 465). Die Moderne ist wesentlich eine „halbierte Moderne“ (Ulrich Beck), was vor allem die nach wie vor prekäre Vergesellschaftungsbasis weiblicher Lebensläufe mit erheblichen Konsequenzen für das Alter anbelangt.

Im Alter *kumulieren* die sozialen Benachteiligungen und Diskriminierungen, denen Frauen zeit Lebens ausgesetzt waren. Frauen bilden den Löwenanteil an alten und vor allem *hochbetagten* Menschen, die zudem häufig der Pflege und Hilfe bedürfen. „Normal“ ist für die Frauen die *Abweichung* von der standardisierten Normalerwerbsbiographie, die nach wie vor eine „Domäne“ der Männer ist – wenn auch für diese im Schwinden begriffen. Frauen haben *sowohl* hinsichtlich sozialer Absicherung *als auch* hinsichtlich der lebensweltlichen „Freiheitsgrade“ gegenüber den Männern noch immer das Nachsehen (vgl. G. M. Baltes 1999, S. 466). Allerdings machen Frauen aus der „Not“ oft eine „Tugend“, sind also in der Lage, aus ihren sozialen Handicaps *soziale Kompetenzen* zu modeln: sie stellen sowohl das größte *gesellschaftliche Hilfef Potenzial*, was z. B. die familiäre Hilfe bzw. Pflege der alt gewordenen Eltern durch ihre erwachsenen Kinder (Töchter) betrifft, als auch ein erhebliches *Selbsthilfef Potenzial* dar, was beispielsweise die Fähigkeit älterer Frauen angeht, die Bewältigung der Altersprobleme in die eigenen Hände zu nehmen (vgl. G. M. Baltes 1999, S. 466 f.).

Angesichts der demographischen Entwicklung (Überalterung der Bevölkerung) hat diese soziale Kompetenz der Frauen allerdings ein Janusgesicht: die im pflegerischen Bereich tätigen Jüngeren werden eben wegen der demographischen Entwicklung in ihrer „Personaldecke“ zahlenmäßig sowohl auf professioneller als auch auf privater Ebene *ausgedünnt*, so dass ältere Frauen allein schon aus diesem Grund in absehbarer Zeit wieder vermehrt gezwungen sein werden, sowohl in der Pflege ihrer hilfsbedürftigen Angehörigen als auch im Bereich der Selbsthilfe dem Motto „Selbst ist die Frau“ Folge zu leisten. *Gleichzeitig* beginnt die legitimatorische Selbstverständlichkeit der primär weiblichen Sorge für alte und kranke Eltern/Schwiegereltern oder pflegebedürftig gewordene Ehemänner/männliche Lebenspartner gesellschaftlich zunehmend zu *erodieren*. Dieser Trend zur *Delegitimierung der Selbstverständlichkeit weiblicher Fürsorglichkeit* wird bislang weder durch den verstärkten Einsatz von Männern in der privaten Pflege noch durch sozialstaatlich abgefederte Professionalisie-

rung der Pflege im ausreichenden Maße kompensiert. Ob die Pflegeversicherung in dieser Hinsicht zumindest auf mittlere bis längere Sicht eine gegensteuernde Wirkung entfalten kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch offen und nur schwer abschätzbar (vgl. G. M. Baltes 1999, S. 467; B. Jansen 1999; M. Heinemann-Knoch/C. Schönberger 1999).

Der Situation geistig wie körperlich behinderter Frauen ist in der gerontologischen/geriatriischen sowie generell in der soziologischen/psychologischen/ (sonder) pädagogischen Forschung bislang wenig Beachtung geschenkt worden (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 172 f.; J. Wienhues 1988). Hier sollen – im Anschluss an Cloerkes - stichwortartig einige Punkte zur Situation dieser Frauen aufgeführt werden:

- Behinderte Frauen sind doppelt diskriminiert und stigmatisiert, sie unterliegen sowohl dem Behinderten- als auch dem Geschlechtsrollenklischee. Weibliche Attribute wie Mütterlichkeit oder Attraktivität können sie kaum zur Kompensation dieser Klischees benutzen, es mangelt ihnen ebenso an beruflichen Kompensationsmöglichkeiten. Behinderte Frauen sind darum verstärkt den traditionellen weiblichen Rollenklischees ausgeliefert und können sich diesen weit weniger entziehen als nicht-behinderte Frauen.
- In den öffentlichen Diskursen über Behinderung ist meist nur von männlichen Behinderten (*dem* Behinderten) und von behinderten Kindern die Rede, weit weniger jedoch von *der* Behinderten. Behinderte Frauen gelten weitgehend als „geschlechtslose“ Wesen.
- Behinderte Frauen werden oft entmündigt und wie Kinder behandelt. Diese gesellschaftlich produzierte, künstliche Verkindlichung führt zu *erlernter Hilflosigkeit*.
- Auch von männlichen Behinderten wird „weibliches“ Verhalten erwartet, das erhöht noch zusätzlich den Druck auf weibliche Behinderte, sich noch „weiblicher“ zu benehmen.
- Die Probleme behinderter Frauen werden leider auch von der Frauenbewegung oft ignoriert oder nicht wahrgenommen.
- Weibliche Minderheiten wie z. B. Lesben wissen sich oft ihrer gesellschaftlichen Diskriminierung nicht anders zu erwehren, als sich ihrerseits von Frauen abzugrenzen, die anscheinend noch „unter“ ihnen stehen. Damit stehen weibliche Behinderte in der gesellschaftlichen Hierarchie ganz unten, sie können nicht einmal Solidarität von anderen diskriminierten Frauengruppen erwarten.

- Gesellschaftliche Minderheiten kämpfen je isoliert gegen ihre *eigene* Diskriminierung bzw. für ihre *eigenen* Interessen, damit reproduzieren sie unbewusst das patriarchale Konkurrenzsystem des „Jeder gegen Jeden“ und des „Teile und herrsche“.

Für *beide* Geschlechter gilt *gleichermaßen*, dass, je höher der Bildungsgrad ist, desto größer auch die sozialen Aktivitäten im Alter ausfallen. Demgemäß geht das Ausmaß der sozialen Aktivitäten mit dem Grad der Institutionalisierung zurück, d. h. im Klartext: beim Übergang in ein Pflege- oder Altenheim, sprich: in institutionalisierte Betreuung, geht der Grad sozialer Aktivitäten alter Menschen stark zurück (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 204).

Menschen mit hohem Demenzrisiko tragen ein zehn mal höheres Risiko als andere, in eine Alteneinrichtung zu kommen. Menschen mit mindestens einem ADL-Problem (Probleme bei Aktivitäten der alltäglichen Lebensgestaltung, s. o.) haben gegenüber Personen ohne Einschränkungen ein immerhin sechsfach erhöhtes Risiko, in eine Alteneinrichtung umziehen zu müssen. Verheiratete alte Menschen unterliegen hingegen einem deutlich herabgesetzten Risiko eines Heimübergangs. Außerdem ist bemerkenswert, dass Alter an sich keinen Effekt auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Institutionalisierung ausübt. Die Institutionalisierung nimmt zwar mit dem Alter zu, in den Altersunterschieden spiegelt sich jedoch einzig und allein das „Gesundheitsgefälle“ – was auf die ziemlich triviale Einsicht hinausläuft, dass mit Zunahme der altersbedingten Gebrechlichkeiten auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, in ein Heim zu kommen (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 205).

Für die *subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit im Alter* spielen in erster Linie Multimorbidität und Gehbehinderungen eine negative Rolle. Soziale Variablen treten dagegen eher in den Hintergrund (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 208).

Hilfs- und Pflegebedürftige kommen in Privathaushalten auf dem Land häufiger vor als in der Stadt. Dieser Umstand lässt sich allerdings auch dadurch erklären, dass alte Menschen auf dem Land weniger in Altenheimen „landen“ als in der Stadt und auf dem Land der soziale Druck auf die erwachsenen Kinder, ihre alten Eltern möglichst lange zu Hause zu behalten, höher ist als in der Stadt (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 209).

Ungeachtet all dieser Ergebnisse lässt sich jedoch sagen, dass der Anteil der gesundheitlich stark beeinträchtigten alten Menschen, nicht zuletzt in Folge der demographischen Entwicklung, in Zukunft noch stark zunehmen wird, insbesondere bei der Gruppe der 85jährigen und Älteren. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung, die Leistungen im Altenpflegebereich zu „strecken“ oder gar abzubauen, absurd, nicht zuletzt deshalb, weil der jetzige Versorgungsstand alles andere als optimal zu nennen ist – im Gegenteil, eine deutliche Verbesserung und Ausweitung der institutionellen Altenhilfeversorgung ist dringend vonnöten, wenn man nicht auf längere Sicht in ein alten- und sozialpolitisches Desaster hineinschlittern will (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 209 f.).

Lampert/Wagner ziehen folgendes Resumé zur gesundheitlichen Situation alter Menschen nach den Ergebnissen der oben erwähnten Westberliner Altersstudie:

„Gemessen an den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation bzw. des Pflegeversicherungsgesetzes sind 9 % der 70jährigen und Älteren pflegebedürftig, knapp 3 % sind bettlägerig, 14 % können sich aus eigenen Kräften nur innerhalb der eigenen Wohnung bewegen, 23 % sind in ihrer Sehkraft stark eingeschränkt oder blind, fast 11 % hören nur noch schlecht und 12 % sind mit hoher Wahrscheinlichkeit dement“ (T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 208 f.).

Außerdem nehmen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit höherem Alter zu, wobei davon mehr alte Frauen als Männer betroffen sind, was sich allerdings auch daraus erklären lässt, dass hochbetagte Frauen weit in der Überzahl sind. Bei jedem/r zweiten über 70jährigen konnte zumindest ein schwerwiegendes gesundheitliche Handicap festgestellt werden (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 209).

Zwar leben zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur 4 % der über 70jährigen Männer und 7 % der gleichaltrigen Frauen in einem Heim, aber 55 % der Männer und 80 % der Frauen wechseln in ihrem Leben in ein Heim, „wenn sie nur alt genug werden“ (vgl. R. Gilberg 1997).

Aber die Gesundheit ist nicht alles. Dass alte Menschen sich zumindest relativ wohlfühlen, dazu tragen auch Faktoren wie soziale Eingebundenheit, materielle Sicherheit und die subjektive Befindlichkeit der Betroffenen bei, Faktoren, die nur ein *ganzheitlicher Ansatz* gebührend berücksichtigen kann (vgl. T. Lampert/M. Wagner 1998, S. 212; I. Carell 2000); eine solche ganzheitliche Sichtweise stellt beispielsweise der *ökopsychologische respektive - gerontologische Ansatz* dar, den ich im folgenden Abschnitt kurz darstellen möchte.

3.2.1 Ökologische Psychologie des Alterns

Der *lebensweltorientiert-ganzheitliche* Forschungsansatz wird zunehmend auch in den „Alter(n)swissenschaften“ entdeckt (vgl. H.-W. Wahl 1992; K. Friedrich 1992; H.-W. Wahl/H. Mollenkopf/F. Oswald 1999). Die ökologische Psychologie bzw. Gerontologie (Gerontopsychologie) ist *phänomenologisch* orientiert, also *alltagsbezogen*, und thematisiert das Verhältnis Mensch-Umwelt. Mit „Umwelt“ ist hier in erster Linie die *Wohnumwelt* des (alten) Menschen gemeint (vgl. C. F. Graumann 1992). Der Mensch bewegt sich in „seiner“ Umwelt, beeinflusst sie aktiv (was u. U. auch passives Erleiden bedeuten kann) und bekommt von dieser Umwelt ein „Feedback“, das wiederum die Re-Aktion des betreffenden Menschen herausfordert; insgesamt also ein geschlossener Regelkreis, der von *Jakob von Uexküll* schon 1921 (allerdings in Bezug auf Tiere) *Funktionskreis* genannt wurde (vgl. J. v. Uexküll 1921; C. F. Graumann 1992, S. 96 f.). Im Gegensatz zum instinktgebundenen Tier ist der Mensch jedoch dazu in der Lage, Distanz und Abstand zu seinem „In-der-Welt-Sein“ (Heidegger) zu entwickeln; seine Position gegen Welt und Umwelt, *aber auch gegenüber sich selbst*, ist „exzentrisch positional“ (Plessner) (vgl. H. Plessner 1975, S. 288 ff.). Der Mensch ist über die existentiellen Kategorien („Existentialien“, Heidegger[vgl. M. Heidegger 1979; kritisch dazu: D. Thomä 1990]) „Leiblichkeit, Räumlichkeit, Sozialität und Geschichtlichkeit“ (C. F. Graumann 1992, S. 95), die *sowohl* Distanz gegenüber der Umwelt *als auch* Distanz zur eigenen leiblichen Mitte voraussetzen (vgl. H. Plessner 1975, S. 290, S. 292, S. 299), definiert; das macht gerade seine Ausnahmestellung unter den Lebewesen und seine Weltoffenheit, aber auch seine „Geworfenheit“ (Heidegger) und ständige existentielle Gefährdung aus.

Die beiden Grundannahmen der Humanökologie bzw. Ökopsychologie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

„Menschen verhalten sich zu ihrer Umwelt so, wie sie sie erleben, vor allem wahrnehmen, nehmen sie aber nur innerhalb der Grenzen wahr, die ihnen durch ihre eigene psychophysische Kompetenz und ihre momentane Verfassung gezogen sind“ (C. F. Graumann 1992, S. 97).

„Die zweite Annahme, die in der Ökopsychologie aus einer ursprünglich allgemeinbiologischen entwickelt worden ist, betrifft die Art des Verhältnisses von Mensch und Umwelt. Es muß, so wird postuliert, eine Art wechselseitige Angemessenheit, Anpasstheit (Passung) bzw. eine >Kongruenz< geben zwischen dem, was der Mensch aus seiner Eigenart heraus braucht und kann, und dem, was die jeweilige Umwelt ihm bietet an Anreize und Erfüllungsmöglichkeiten... es bleibt für unsere Fragestellung der Hinweis, daß es... eine optimale Schwankungsbreite gibt, innerhalb derer alleine seelische Gesundheit erhalten bleibt“ (C. F. Graumann 1992, S. 97).

Diese dialektische Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung, die sich nur innerhalb einer bestimmten „Schwankungsbreite“ (Graumann) adäquat zu vollziehen vermag, kann sich auf den unterschiedlichsten Ebenen abspielen: auf >mikrosoziologischer< Ebene innerhalb der eigenen vier Wände oder in dem Mikrokosmos eines Pflegeheims, auf >makrosoziologischer< innerhalb eines Viertels oder einer Stadt, innerhalb eines Landes oder gar eines Kulturkreises. Innerhalb dieser verschiedenen „Funktionskreise“ (v. Uexküll) gibt es wiederum unterschiedliche Umwelt-„Objekte“, auf die das jeweilige Individuum differenziert zu reagieren hat: *instrumentell* gegenüber Dingen/unbelebten Objekten, *dialogisch* gegenüber Mitmenschen, *ästhetisch-expressiv* gegenüber Kunstwerken, der Natur, Landschaften usw. Die Bandbreite der menschlichen Intentionalität (des aufmerksamen „Gerichtet-sein-auf-etwas/jemand“) ist groß und ausgesprochen differenziert (vgl. A. Schütz 1991).

Ferner muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die subjektive Reaktion auf objektiv gleich Umwelten völlig unterschiedlich sein kann und dies wiederum mit der Vorgeschichte, aber auch der augenblicklichen Lebenssituation der betreffenden Personen unmittelbar zusammenhängt. Ein und dieselbe Altenwohnanlage kann beispielsweise von einem Bewohner als „gelungen“, von einem Zweiten als „unübersichtlich“ und von einem Dritten als „zu anonym“ beurteilt werden (vgl. H.-W. Wahl 1992, S. 104).

Speziell alte Menschen sehen sich oft einschneidenden Veränderungen oder schleichenden Entwicklungen in Richtung Perspektivenverengung gegenüber. Der plötzliche Verlust des Lebenspartners, das verstärkte Bedürfnis nach jederzeit verfügbarer Hilfe für den „Fall des Falles“, das aus den verschiedensten Gründen von den erwachsenen Kindern/sonstigen Angehörigen nicht mehr oder nicht ausreichend befriedigt werden kann, der gesundheitlich oder wegen wachsender Gebrechlichkeit erzwungene Umzug von der eigenen Wohnung in ein Alten- oder Pflegeheim usw. stellen für den alten Menschen Herausforderungen und Umstellungen dar, die oft selbst junge Menschen überfordern würden, stünden sie in der gleichen Situation. Diese oft massiven psychosozialen Belastungen und schwierigen Lebenslagen werden zudem durch das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit und Sterblichkeit „ergänzt“, das sich mit steigendem Alter verschärft in den Vordergrund schiebt (vgl. H.-W. Wahl 1992, S. 105).

Als illustrative Beispiele für solche Vermischungen aus existentiellen Gestimmtheiten und objektiven Lebenslagen sollen hier zwei Forschungsergebnisse referiert werden, die sich mit

den Haltungen älterer und alter Menschen zu ganz bestimmten Lebenssituationen beschäftigt haben: die Bonner Längsschnittstudie (vgl. U. Lehr/H. Thomae 1987; dies. 1991) erforschte die Lebensthematiken, mit denen sich ein und dieselben Teilnehmer/innen der Studie zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem Leben überwiegend befassten. Die Studie wurde im Wesentlichen zwischen 1965 und 1980 durchgeführt, die Teilnehmer/innen waren 1965 zwischen 60 und 75 Jahre, diejenigen, die noch lebten, dementsprechend 1980 zwischen 75 und 90 Jahre alt. Dabei zeigten sich in einigen Bereichen deutliche Verschiebungen der Lebensthematik im Verlauf der 15 Jahre, wie folgende Tabelle offenbart (die wichtigsten Thematiken stehen ganz oben, die weniger wichtigen dementsprechend weiter unten):

Tabelle 5: Rangplätze von Daseinsthemen laut BOLSA-Studie 1965/1980
(vgl. H. Thomae 1992, S. 31)

Teilnehmer 1965	Teilnehmer 1980 (identisch, soweit noch lebend)
Aufgreifen von Chancen	Genüge finden im Wechsel von Arbeit und Ruhe/Aufgreifen von Chancen
Bemühung um Erhaltung der Interessen	Bemühen um Erhaltung des sozialen Lebenskreises
Genüge finden im Wechsel von Arbeit und Ruhe	Bemühen um Erhaltung der Interessen
Bemühen um Erhaltung des sozialen Lebenskreises	Bestimmtheit von körperlichen Problemen
Bestimmtheit von Enttäuschungen	Bestimmtheit von Gedanken an Endgültigkeit der eigenen Situation
Bestimmtheit von Gedanken an Endlichkeit/mit religiösem Inhalt	Betroffensein von Einschränkungen des sozialen Lebenskreises
Bestimmtheit von körperlichen Problemen	Bezogenein auf früheren Beruf
Bemühen um Ausweitung des sozialen Lebenskreises	Bezogenein auf Familie/auf früheren sozialen Lebenskreis
Bezogenein auf Beruf	Bestimmtheit von Gedanken an Endlichkeit des Daseins
Bestimmtheit von Einschränkungen und fehlenden Möglichkeiten des Daseins	Bestimmtheit von Einschränkungen und fehlenden Möglichkeiten des Daseins
Bestimmtheit von Gedanken an Endgültigkeit der eigenen Situation	Bestimmtheit von Enttäuschungen
Betroffensein von Einschränkungen des sozialen Lebenskreises	Beschäftigung mit religiösen Inhalten
Bezogenein auf Familie	Bezogenein auf Heimat
Bezogenein auf Heimat	Bemühen um Ausweitung der Interessen/des sozialen Lebenskreises
Bezogenein auf früheren sozialen Lebenskreis	

Es ist verständlich, dass „Gedanken an die Endgültigkeit der eigenen Situation“ bei den 75jährigen bis 90jährigen einen höheren Stellenwert annehmen als bei den 60-75jährigen, da die Irreversibilität der eigenen Gebrechen noch offenkundiger geworden und das „Näherrücken“ an den Tod auch in der subjektiven Empfindung noch unerbittlicher geworden ist (vgl. H. Thomae 1992, S. 30).

Ebenso ist es nachvollziehbar, dass Gedanken und Sorgen mit wachsendem Alter zunehmen, die mit „körperlichen Problemen“ im engeren Sinne zu tun haben. Hier ist vor allem an sensorische und motorische Beeinträchtigungen zu denken, die das subjektive Wohlbefinden und Zufriedenheit in Mitleidenschaft ziehen (vgl. H. Thomae 1992, S. 32).

Unerwartet war, dass das „Bestimmtsein von Enttäuschungen“ mit höherem Alter in seiner Wichtigkeit abnahm. Laut Tismer (vgl. K. G. Tismer 1969) sind damit Gedanken und Gefühle gemeint „die auf zurückliegende Phasen der Lebensgeschichte bezogen sind, im Erleben des Individuums aber immer noch einen breiten Raum einnehmen“ (K. G. Tismer 1969, S. 80, zit. n. H. Thomae 1992, S. 32). Zum Zeitpunkt der BOLSA-Studie waren derartige Enttäuschungen bzw. negative Rückerinnerungen an frühere Phasen der Lebensgeschichte wohl in erster Linie mit Erlebnissen während des 2. Weltkrieges verbunden, und zum Zeitpunkt der letzten Erhebung 1980 schon 35 Jahre und länger her, so dass hier davon ausgegangen werden kann, dass die Erinnerungen zwar nicht verblasst, jedoch in ihrer z. T. heftigen emotionalen Bedeutung für die Kriegsgeneration im Laufe der Jahre an Wucht und Präsenz eingebüßt hatten (vgl. H. Thomae 1992, S. 32).

Auffallend ist weiter der starke Rückgang der Wichtigkeit der Kategorien „Ausweitung des Interessenhorizonts“ bzw. „Ausweitung des sozialen Lebenskreises“, wobei allerdings gesagt werden muss, dass diese bereits in der ersten Untersuchung von 1965 eine eher untergeordnete Rolle spielten. Ob sich die damalige mindere Bedeutung dieser Kategorien mit dem Erscheinen der „Neuen Alten“, die bis ins hohe Alter „fit“ und „rüstig“ sind, zugunsten dieser Kriterien in letzter Zeit geändert hat, ist zwar zu vermuten, soll aber an dieser Stelle nicht näher erörtert werden (vgl. H. Thomae 1992, S. 32).

Was jedoch besonders ins Auge sticht, ist die gleichbleibend hohe Bedeutung der Themen „Aufgreifen von Chancen und verbleibenden Möglichkeiten des Daseins“ sowie „Genügefunden im Wechsel von Arbeit und Ruhe“. „Aufgreifen von Chancen und Möglichkeiten“ bezieht sich vor allem auf die *Erhaltung* des bisherigen sozialen Lebenskreises und auf die offenkundige Fähigkeit betagter alter Menschen, sich auch an den „kleinen Dingen“ des Alltags zu erfreuen, wie z. B. einen schönen Spaziergang im Park, warme Sonnentage, ein kleines „Schwätzchen“ mit Nachbarn oder Angehörigen usw. Der hohe Rangplatz bzw. die hohe Wertschätzung, die solche anscheinenden „Kleinigkeiten“ bei alten Menschen einnehmen bzw. genießen, zeigt auf, dass rüstig und anpassungsfähig gebliebene Senioren und Seniorinnen bis ins hohe und höchste Alter hinein dazu in der Lage sind, sich von den wachsenden Widrigkeiten nicht unterkriegen zu lassen, sondern eine genussfähige und optimistische Grundeinstellung zu bewahren; eine solche Grundeinstellung scheint überhaupt eine wichtige Voraussetzung zum Erreichen einer langen Lebensspanne zu sein („sonniges Gemüt bis ins hohe Alter“) (vgl. H. Thomae 1992, S. 32). Eine optimistische Grundeinstellung muss dabei aber keineswegs immer einer objektiv günstigen Lebenslage entsprechen (vgl. H. Thomae 1992, S. 33).

Die Thematik „Genügefunden im Wechsel von Arbeit und Ruhe“ bzw. im Fall von Rentnern/Rentnerinnen, „Genügefunden im Wechsel von Tätigkeit und Ruhe im normalen Alltagsablauf“ ist, laut Tismer, „Ausdruck einer ausgewogenen Haltung, einer zufriedenen Einstellung gegenüber bestimmten Daseinsbereichen... einen wesentlichen Hinweis für ihr Vorhandensein stellt das Fehlen von Kritik und Korrekturwünschen am normalen Alltagsgeschehen dar, von Klagen über Langeweile, das Fehlen eines stärkeren Verlangens nach Abwechslung und neuen Erlebnissen“ (K. G. Tismer 1969, S. 30 f., zit. n. H. Thomae 1992, S. 32 f.).

Aus all diesen Befunden lässt sich schließen, dass es auch im Alter noch bei vielen Menschen eine lebenslang praktizierte Fähigkeit gibt, die man „Allgemeines Anpassungssyndrom“ nennen könnte, eine Kompetenz, die bis ins hohe Alter hinein eine adäquate Behandlung von Alltagsproblemen erlaubt (vgl. H. Thomae 1992, S. 35; U. Lehr/H. Thomae 1987). Erst wenn die altersbedingten Schwierigkeiten - sei es aus gesundheitlichen, sozialen oder psychologischen Gründen - ein bestimmtes Ausmaß, quasi einen kritischen Schwellenwert *überschreiten*, sind alte Menschen auf Hilfen angewiesen, die über private Unterstützung und Handreichungen hinausgehen und auf akute Pflegebedürftigkeit hinauslaufen. Wie aus anderen Befunden her-

vorgeht, sind alte Menschen in der praktischen Bewältigung von Alltagsproblemen in manchen Bereichen jüngeren sogar überlegen (vgl. A. Kruse 1995, S. 69).

Laut Kruse zeichnen sich ältere Menschen (hier dargestellt am Beispiel von „Senior-Managern“) vor allem durch folgende positive Eigenschaften aus:

- Planendes, kausales Denken
- Suche nach zuverlässigen Informationen
- Synthetisches Denken (Organisation von Informationen)
- Ausübung von Einfluss auf andere Menschen und Gruppen
- Wahrnehmung von Vorbildfunktionen
- Selbstvertrauen und Selbstsicherheit (vgl. A. Kruse 1995, S. 70).

Auch nehmen sie psychische „Neubewertungen“ ihrer existentiellen Situation vor, die sich vorwiegend durch folgende vier Eigenschaften auszeichnen:

- Veränderung des Anspruchsniveaus und des Vergleichsmaßstabs: Die Kriterien für ein gelungenes oder zumindest zufriedenstellendes Leben werden so modifiziert, dass sie sich ggf. an die neuen, eingeschränkten Möglichkeiten älterer Menschen anzupassen vermögen.
- Positive Aspekte der persönlichen Lebenssituation werden gegenüber negativen eher betont.
- Die Fähigkeit zur Kompensation physischer oder kognitiver Einschränkungen sowie der adäquaten Verarbeitung belastender Situationen oder Gegebenheiten wird besonders hervorgehoben, so dass die Überzeugung, auch in existentiellen Grenzsituationen nicht zu „versagen“, aufrechterhalten werden kann.
- Die eigene Situation wird mit der anderer Menschen verglichen, die in einer gleichen oder ähnlichen Lage sind. Gegebenenfalls wird dann eine Neubewertung dahingehend vorgenommen, dass der alte Mensch seine eigenen bisherigen Einstellungen und Anspruchsniveaus korrigiert und sich die Kriterien der „Leidensgenossen“ zum Vorbild nimmt (vgl. A. Kruse 1995, S. 71).

Allerdings darf dabei auch nicht übersehen werden, dass besonders alte Menschen mitunter der Versuchung erliegen, ihre Anpassungsbereitschaft zu übertreiben und sich ihre Situation „schöndenken“ und „schönreden“ (vgl. H.-W. Wahl/H. Mollenkopf/F. Oswald 1999, S. 65).

Als zweites Beispiel aus der ökologisch und Lebenswelt-orientierten Gerontopsychologie und zum Abschluss dieses Abschnitts sei hier noch kurz ein Schema angeführt, das Kruse „Bewältigungsstile von Schlaganfallpatienten“ nennt:

Tabelle 6: Vier Bewältigungsstile in einer Gruppe von Schlaganfallpatienten

(vgl. A. Kruse 1995, S. 72 f.)

(I) Intensives Bemühen um Verbesserung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation	Die Patienten befolgen ärztliche Therapievorschläge und setzen die in der Rehabilitation gelernten Übungen selbständig weiter ein. Sie bemuhlen sich, möglichst viele Aktivitäten des Alltags selbständig auszuführen und versuchen, den Kontakt zu Angehörigen und Freunden aufrechtzuerhalten. – Bei manchen Patienten jedoch ist eine Tendenz zur Leugnung und Verdrängung der Krankheitssymptome unverkennbar.
(II) Bemuhlen um eine Neubewertung der Situation und um Hin- bzw. Annahme der Krankheitsfolgen, bei einigen Patienten verbunden mit dem Bemuhlen um weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes	Im Vordergrund steht die gedankliche Auseinandersetzung mit der Situation. Bei einem Teil der Patienten ist auch eine aktive Auseinandersetzung mit und ein Bemuhlen um die weitere Verbesserung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation erkennbar, jedoch dominiert auch bei diesen die gedankliche Auseinandersetzung mit der Krankheit. Die Patienten betonen, dass trotz unleugbarer Einbußen bestimmte Funktionen und Fertigkeiten eben nicht reduziert seien und dass es ihnen – im Vergleich mit Anderen – relativ gut gehe. Des weiteren heben sie positive Aspekte ihrer Lebenssituation hervor, wie ihre gute Ehe, den erfolgreichen Lebensweg der Kinder, den immer noch großen Freundeskreis, etc.
(III) Ausgeprägte Tendenz zur Resignation und Passivität, geringe Aktivität bei der Alltagsgestaltung, geringes Engagement in sozialen Rollen	Es herrscht die Überzeugung vor, die eingetretene Situation durch eigenes Handeln nicht mehr groß beeinflussen zu können. Die Bereitschaft, den ärztlichen Therapieratschlagen zu folgen („Compliance“), ist eher gering ausgeprägt. Die Patienten sind resigniert, ihre Aktivitäten gering, der Kontakt zu anderen Menschen wird gescheut. Im Erleben dominieren die mit der Krankheit verbundenen Behinderungen und Symptome. Erhaltene Funktionen und Fähigkeiten werden kaum noch wahrgenommen. Die eigene Zukunft wird eher düster gesehen, dementsprechend erwarten diese Patienten eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.
(IV) Starke Aggressionen gegen andere Menschen (vorwiegend gegen Angehörige), intensive Konflikte in den sozialen Beziehungen dominieren das Selbstbild der Patienten	Die Patienten empfinden ihr Schicksal als „ungerecht“, sie hadern damit. In den sozialen Kontakten mit Angehörigen, Freunden, Ärzten und Pflegepersonal sind sie ausgesprochen aggressiv und gereizt und reagieren oft „sauer“. Den Ärzten werden mangelnde Kompetenz und ausbleibende Therapieerfolge vorgeworfen. Die Patienten betonen fast ausschließlich die eingetretenen Einbußen und sind der felsenfesten Überzeugung, aus eigener Kraft nichts mehr bewirken zu können, obgleich dies in vielen Fällen mit der objektiven Situation nicht übereinstimmt. Entsprechend werden an die Angehörigen hohe, oft völlig überzogene Erwartungen gerichtet. Bleiben die Hilfen aus, so reagieren die Patienten erst recht gereizt und aggressiv.

3.2.2 Zusammenfassung

Die wichtigste Erkenntnis, die aus dem zuvor Erörterten zu gewinnen ist, ist wohl die, dass vor allem alte Menschen jenseits der Achtzig auf Hilfe und Zuwendung angewiesen sind, vor allen Dingen deshalb, weil in diesem Alter die Gebrechlichkeiten und gesundheitlichen Ausfallerscheinungen deutlich zunehmen. Vor allem wäre hier ein *Ausbau der institutionellen Altenhilfe und -pflege* dringend vonnöten, weil Angehörige oft mit der Pflege solch extrem gebrechlicher oder auch dementer Menschen völlig überfordert sind. Nichtsdestotrotz behalten viele alte Menschen bis ins hohe Alter hinein eine „pragmatische“ Einstellung zu ihren verbliebenen Lebensmöglichkeiten und -chancen und eine hohe soziale Kompetenz; im Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit und des nahenden Todes werden Enttäuschungen aus dem früheren Leben weniger wichtig, eine „abgeklärte“ Haltung gewinnt die Oberhand.

3.3 Grundrechte Behinderter bzw. Pflegebedürftiger

3.3.1 Reichen liberale Grundrechte aus?

In dem Maße, in dem Politik im herkömmlichen Sinne in Misskredit gerät, tauchen in den letzten Jahren verstärkt theoretische wie praktische Ansätze auf, die >Zivil-< bzw. >Bürgergesellschaft< zu reaktivieren respektive überhaupt erst zu schaffen, die die Lücke, die der Rückzug des (Sozial-)Staates hinterlassen hat, auffüllen soll. Die Konzeption der „Bürgergesellschaft“ korrespondiert dabei einer liberalen Auffassung von Staat, die ihre geistesgeschichtlichen wie sozialhistorischen Wurzeln im 19. Jahrhundert hat und die von dem italienischen Rechts- und Sozialphilosophen Norberto Bobbio wie folgt umschrieben wird:

„In der liberalen Auffassung des Staates wird schließlich die Gegenüberstellung und Demarkationslinie zwischen Staat und Nicht-Staat bewußtgemacht und konstitutionalisiert, d. h. in Grundregeln gekleidet. Unter Nicht-Staat sind religiöse Gemeinschaften und ganz allgemein das geistige und moralische Leben von Individuen und Gruppen zu verstehen und der Bereich des gesellschaftlichen Lebens, der im marxistischen Sinn als ökonomische Beziehungen gilt. Der doppelte Prozeß der Herausbildung des liberalen Staates läßt sich *einerseits als Emanzipation der politischen von der religiösen Macht beschreiben (laizistischer Staat), andererseits als Emanzipation der ökonomischen Macht von der politischen (Staat der freien Marktwirtschaft)*... Der liberale Staat hat mit der Gewährung der Bürgerrechte, an erster Stelle der Religions- und Meinungsfreiheit, den Verlust des ideologischen Machtmonopols akzeptiert, mit der Gewährung ökonomischer Freiheit dagegen den Verlust des ökonomischen Machtmonopols“ (N. Bobbio 1988, S. 122 f.).

Das Dilemma des „klassischen“ wie des Neoliberalismus ist es, dass er lediglich eine *Negativdefinition* des Staates enthält: dieser ist in liberaler Anschauung vorwiegend auf Ordnungs-, Rechtssicherheits- und Repressionsfunktionen beschränkt, das Individuum hat ihm gegenüber in erster Linie *Abwehrrechte*. „*Freiheit von*“, nicht „*Freiheit zu*“ ist die unausgesprochene Leitlinie des Liberalismus, sowohl in seiner herkömmlichen wie in seiner „Neo“-Variante (vgl. N. Bobbio 1988, S. 123). Das aber ist als politische Programmatik *in the long run* reichlich „dünn“ und kann den Herausforderungen der Gegenwart nur noch sehr bedingt gerecht werden.

Bezogen auf das Grundrechtethema kann dies nur bedeuten, dass die liberalen Grundrechte, wie sie in ihren wesentlichen Grundzügen im Folgenden kurz zitiert werden sollen, speziell für Behinderte lediglich ein absolutes *Minimalprogramm* darstellen, das real nur bedeutet, dass sie „am Leben gelassen werden“, im Gegensatz zum Nationalsozialismus, wo sie – neben Juden, Homosexuellen und anderen Minderheiten – dem Massenmord (im Falle der Behinderten in Form der *Euthanasie*) der Nazis zum Opfer fielen. Das stellt natürlich gegenüber der absoluten Barbarei des Nationalsozialismus einen „Fortschritt“ dar, aber einen – wenn man es genau nimmt – doch reichlich „minimalistischen“ und dürftigen. *Daraus kann nur die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es zusätzlicher sozialer Grundrechte bedarf, die die liberalen Rechte ergänzen und erweitern, um besonders die rechtliche Situation von Behinderten zu verbessern.*

Besonders Behinderte, *die in Heimen leben*, können Einschränkungen ihrer Grundrechte erfahren, wie aus einer Erläuterung zum Heimgesetz ersichtlich wird (vgl. O. Dahlem et al. 1997). Über den *Zweck* des Heimgesetzes heißt es dort:

„Der allgemeine *Zweck des HeimG* ist der Schutz und die Verbesserung der Rechtsstellung der alten, pflegebedürftigen oder behinderten volljährigen Personen, die auf die Betreuung und Pflege in einer ihre allgemeinen und besonderen Lebensbedürfnisse sichernden Einrichtung angewiesen sind. Diesen Zweck sucht das Gesetz durch ein umfangreiches Instrumentarium der Mindestanforderungen an die Einrichtungen und das Personal, der Aufsicht über die Träger und ihre Beratung und der Verbesserung der Rechtsstellung der Heimbewohner in der Einrichtung und ihrer Sicherung vor finanzieller Übervorteilung zu erreichen.

Bei der institutionellen Absicherung der verbesserten heimrechtlichen Stellung der Heimbewohner ist der Bundesgesetzgeber doppelspurig verfahren: Er hat die Länder zur Bestimmung von Heimaufsichtsbehörden für die Durchführung des Heimgesetzes verpflichtet (Außenstabilisierung, vgl. § 18) und zugleich durch die Mitwirkungsrechte der Heimbewohner und die Pflicht zur Bildung eines Heimbeirates (Vgl. § 5 i. V. m. der Heim-MitwirkungV, C III) auch Ansatzpunkte für eine innerbetriebliche Verbesserung der Stellung des Heimbewohners gesucht (Innenstabilisierung)“ (O. Dahlem et al. 1997, S. 2 f.).

In einem anderen Kommentar heißt es, dass das Heimgesetz vor allem ein *Schutzgesetz* sei, um die dauerhaft in Heimen und sonstigen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen Lebenden vor übermäßiger *Abhängigkeit* zu bewahren, „so daß das bürgerlich-rechtliche Modell der Autonomie der Vertragspartner, das das HeimG unberührt läßt und bestätigt (vgl. § 4), im Bereich der mit dem HeimG erfaßten Einrichtungen nur über die gesetzgeberische Intervention zu Gunsten der Heimbewohner und Heimplatzbewohner und ein öffentlich-rechtliches Aufsichts- und Schutzinstrumentarium erhalten bleiben kann“ (O. Dahlem et al. 1997, S. 3). Die staatliche Aufsicht ist also in dieser Auslegung in erster Linie dazu da, die Autonomie des Heimbewohners im Sinne der liberalen Rechtsauffassung gegebenenfalls *von außen* zu sichern und aufrechtzuerhalten. Die liberalen Grundrechte, die ansonsten im Wesentlichen Abwehrrechte *gegen* den Staat sind, werden im Falle behinderter oder pflegebedürftiger Heimbewohner vom Staat *garantiert* – eine etwas seltsame Konstruktion, die m. E. problematisch ist und – ob bewusst oder unbewusst – ein *Ausnahmerecht für Behinderte* schafft, das die eigentliche „Logik“ der liberalen Grundrechte auf den Kopf stellt.

Als besonderes Ziel des Schutzes der Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohnern wird die Wahrung ihrer Selbständigkeit und Selbstverantwortung der Heimbewohner genannt (vgl. O. Dahlem et al. 1997, S. 4). Damit werde das Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) auf Heimebene durch das Heimgesetz sichergestellt – wiederum als Schutzrecht. Dies betreffe besonders die Praxis bzw. die Umsetzung der *Heimordnungen*, „die für den Heimträger, den Heimleiter oder bestimmte Beschäftigte (Hausmeister o. a.) allgemeine Befehls- und Anordnungsgewalt statuieren; Besuche oder Verlassen des Heims oder den Besitz persönlicher Gegenstände untersagen oder ungerechtfertigt beschränken oder in anderer Weise die Selbstbestimmung und persönliche Freiheit behindern“ (O. Dahlem et al. 1997, S. 4; vgl. auch: T. Klie 1986; T. Klie 1989).

Das Heimgesetz bietet auch hinsichtlich der *Bedürfnisse* der Heimbewohner lediglich die Abdeckung der *Grundbedürfnisse* (Wohnen, Essen und Trinken, Möglichkeiten des Alleinseins und der Geselligkeit) sowie Mindeststandards an medizinischer, psychologischer und psychosozialer Behandlung bzw. Betreuung (O. Dahlem et al. 1997, S. 5).

Zusammenfassend kann man sagen, dass liberale Grundrechte eine *positive* Ausgestaltung der Grundrechte vermissen lassen; sie beschränken sich zumeist auf eine Negativdefinition des-

sen, was *nicht* geschehen soll und auf *Mindestanforderungen*, die nicht unterschritten werden dürfen.

3.3.2 Werden soziale Grundrechte benötigt?

Im Prinzip sind sie schon vorhanden, denn Artikel 20 (1) GG lautet „Die Bundesrepublik ist ein demokratischer *und sozialer* Rechtsstaat“. Im Prinzip, denn in Verfassungen niedergelegte Staatsziele haben es oft an sich, hehr, aber auch interpretationsoffen und unverbindlich zu sein: Papier ist bekanntlich geduldig (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 12 f.). Schon in den 50er Jahren gab es eine berühmt gewordene Kontroverse zwischen den Juristen Forsthoff und Abendroth über den Status von Artikel 20 (1) GG, ob dieser ein „Sahnehäubchen“ oder tief in den verfassungsmäßigen Strukturen verankert sei (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 12). An dieser Kontroverse hat sich bis heute nichts geändert; noch immer stehen sich dort zwei Rechtsschulen relativ unversöhnlich gegenüber, die über die Berechtigung bzw. Legitimität von sozialen Grundrechten streiten. Fest steht allerdings, dass die Verfassung der viel gescholtenen Weimarer Republik noch weit mehr sozialstaatliche Elemente enthielt als das Grundgesetz von 1949, dessen Sozialstaatsfixierung sich im Grunde in diesem dünnen Artikel erschöpft. Dass die Sozialstaatsziele der Weimarer Verfassung nicht adäquat umgesetzt werden konnten, hat natürlich in erster Linie mit der verheerenden ökonomischen wie finanziellen Situation unmittelbar nach dem 1. Weltkrieg und den Reparationsforderungen der Siegermächte, die im Versailler Vertrag niedergelegt wurden, zu tun (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 12).

Man könnte dem entgegenhalten: zwar hat sich in den letzten Jahren ein gewisser Sozialabbau vollzogen, zweifelsohne, der mit der etwas euphemistischen Vokabel „Umbau des Sozialstaates“ belegt wird – zumindest in der offiziellen Sprachregelung. Aber nichtsdestoweniger gibt es noch immer ein sehr dicht ausgebautes soziales Netz, einem System aus Sozial-, Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung sowie der Sozialhilfe. Dies scheint die Ausgestaltung eines sehr weit fortgeschrittenen Wohlfahrtssystems zu sein, das seinen Ausgangspunkt in der Erhard'schen „Sozialen Marktwirtschaft“ der 50er Jahre hat und das im völligen Gegensatz zu den dünnen Worten des Grundgesetzes im Prinzip nichts zu wünschen übrig lässt (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2000).

Aber in diesem System gab es *von vornherein* einige Webfehler, auch wenn hier nicht bestritten werden soll, dass der „rheinische Kapitalismus“ wesentlich sozialer ausgerichtet ist als das konkurrierende Modell des „angelsächsischen Kapitalismus“ (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 27 ff.). Das Sozialsystem der Sozialen Marktwirtschaft/des Rheinischen Kapitalismus beruht im Wesentlichen auf drei Säulen (vgl. A. Gröbel 1989, S. 46 ff.):

- Versicherungsprinzip – Sozialversicherung
- Versorgungsprinzip – Versorgungskassen
- Fürsorgeprinzip – Sozialhilfe

1.) *Versicherungsprinzip (do-ut-des-Prinzip)*: Der Anspruch auf *Leistungen* leitet sich hier daraus ab, dass man in die Versicherung *Beiträge* einzahlt; der Anspruch auf Leistungen entsteht dann, wenn der „Versicherungsfall eintritt“ (z. B. wenn man krank wird, ins Rentenalter kommt usw.). Die Summe im Versicherungsfall entspricht jedoch nicht der Höhe der individuell geleisteten Beiträge. Dies wird dadurch möglich, dass es einen *Risikoausgleich* gibt, d. h. dass individuell unkalkulierbare Risiken von der gesamten Versicherten-gemeinschaft getragen werden. „Die Versicherung ist somit eine auf *Gegenseitigkeit* beruhende wirtschaftliche Veranstaltung zur Deckung zufälligen, aber schätzbaren Vermögensbedarf. Beitragszahlung und Versicherungssumme sind dem Grunde nach gekoppelt (Anspruchserwerb), jedoch nicht der Höhe nach“ (A. Gröbel 1989, S. 49).

Bei einer *Individual-(Privat-)Versicherung* ist die Beitragszahlung dem individuellen Risiko des Versicherungsnehmers angepasst; das nennt man das versicherungstechnische *Äquivalenzprinzip*. Bei der *gesetzlichen Sozialversicherung* ist dieses Äquivalenzprinzip sozialethisch erweitert zum *Solidarprinzip*, d. h. es entfallen die individualisierten Risikozuschreibungen (wie z. B. individuelle Krankheitsanfälligkeit, Alter etc.) und es ist jedermann gleichermaßen gegen bestimmte Risiken versichert. Das Solidarprinzip enthält dementsprechend Momente von *Umverteilung*, weil Einkommensstarke und Einkommensschwache gleich behandelt werden (vgl. A. Gröbel 1989, S. 50).

2.) Das *Versorgungsprinzip* leitet sich vorwiegend aus Ansprüchen gegen den Staat ab, weil man für diesen Dienste bzw. Leistungen erbracht hat (das gilt besonders für Beamte, Wehrdienstleistende und sonstige Staatsdiener). Die Kosten übernimmt der Steuerzahler, d. h. das Versorgungsprinzip ist *etatisiert* und folgt gleichfalls dem Solidargedanken.

Dieses System wird in der BRD praktisch nur in Sonderversorgungseinrichtungen wie den Beamtenpensionen praktiziert, im Gegensatz zu Ländern wie Schweden und früher Großbritannien, wo fast sämtliche Sozialleistungen nach diesem Prinzip organisiert waren und teilweise noch sind. Die Grenzen zum Fürsorgeprinzip sind fließend (vgl. A. Gröbel 1989, S. 51).

- 3.) Das *Fürsorgeprinzip* funktioniert nach dem Modell der *Individualisierung von Hilfe*, d. h. es richtet sich nicht nach den *Interessen* der Betroffenen, sondern nach deren *Bedürfnissen*. Fürsorge wird nach dem *Subsidiaritätsprinzip* gewährt, d. h. sie ist *nachrangig* zu anderen Unterhaltsleistungen. Das Subsidiaritätsprinzip wiederum besagt, dass der Einzelne erst alles in seiner Macht Stehende getan bzw. versucht haben muss, bevor ihm Hilfe gewährt wird. Die Sozialhilfe, die in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Fürsorgeprinzip organisiert ist, ist das letzte Auffangbecken, wenn alle anderen sozialen Sicherungssystemen nicht mehr zuständig sind (vgl. A. Gröbel 1989, S. 52; s. auch: O. Mergler 1991).

Das deutsche Sozialversicherungssystem (z. B. die gesamte Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen [vgl. G. Cloerkes 1997, S. 33 ff.]) ist *arbeitszentriert* (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 15 ff.), d. h. es in erster Linie auf die *Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit* ausgerichtet („Wiedereingliederung vor Rente“). Alle, die den Kriterien der Arbeitsfähigkeit auf Dauer bzw. lebenslang nicht (mehr) entsprechen können oder diejenigen, die nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (z. B. Hausfrauen), fallen aus dem Versicherungssystem entweder ganz heraus oder sind „Anhängsel“ der weiterhin Arbeitsfähigen oder wieder arbeitsfähig Gemachten. Diejenigen, die ganz herausfallen (die „Ausgesteuerten“, wie man auch sagt), sind dann als Folge auf die „Almosen“ des Fürsorgesystems angewiesen oder erhalten Erwerbsunfähigkeitsrente, die meist so gering ist, dass ergänzende Sozialhilfe beantragt werden muss. Zwar wurde das Fürsorgeprinzip für auf Dauer Arbeitsunfähige durch die Einführung der Pflegeversicherung teilweise durchbrochen, aber auch die Pflegeversicherung steht unter einem Spardiktat, wie wir in dieser Arbeit noch sehen werden (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 16 und S. 21 ff.).

Leitbild des deutschen Sozialversicherungssystems war und ist der *gesunde Arbeitnehmer*; unser „soziales Netz“ ist einem nach außen umgestülpten Netz vergleichbar, wo ausgerechnet diejenigen am ehesten herausfallen, die Hilfe am meisten nötig hätten (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 22). Oder anders gesagt: „ganz unten“ ist das soziale Netz am löchrigsten und weitmaschigsten.

Selbst wenn man konzidiert, dass das deutsche Sozialversicherungssystem im Vergleich zu anderen Ländern noch eher moderat abgebaut wurde und die wesentlichen „Stützpfiler“ (noch) halten, so muss man um die Zukunft doch besorgt sein. Die starke Abhängigkeit des Sozialstaats- und Sozialversicherungssystems von ökonomischen Entwicklungen (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 39), die wachsende Überschuldung des Staates bei gleichzeitig wachsenden Aufgaben etc. lassen befürchten, dass auch bei uns früher oder später massive Verarmungsphänomene eintreten könnten – die wachsende Anzahl Obdachloser und Bettelnder in den Straßen von Großstädten, die wachsende Anzahl von Sozialhilfeempfängern, steigende Kriminalität etc. sind schon deutliche Indizien dafür, dass in Zukunft die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinanderklaffen wird (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 36 f.). Mit der weiteren Integration der EU und der damit verbundenen zwangsläufigen Angleichung der Sozialgesetzgebung der EU-Länder ist zudem mit einer zusätzlichen „Harmonisierung nach unten“ zu rechnen (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 38). Denn die EU ist primär Wirtschafts- und erst in zweiter Linie Sozialunion (vgl. H. Boldt 1995, S. 43-45).

Wie wird es weitergehen und welche Folgerungen/Forderungen sind daraus zu ziehen/zu stellen? Wolf-Dieter Narr geht davon aus, dass der Sozialstaat zwar nicht radikal und „mit einem Schlag“, aber doch langsam *erodieren* wird (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 46). Deshalb ist seine Forderung nach sozialer Teilhabe und dem Ausbau der sozialen Rechte als *aktiven Bürgerrechten*, die *Mitwirkung* und *Mitbestimmung* erfordern, zwar mehr als berechtigt, klingt allerdings angesichts der realen gesellschaftlichen Entwicklung etwas hilflos und wie ein ohnmächtiger Appell (vgl. W.-D. Narr 1999, S. 47 ff.).

3.4 Exkurs: Der Jugendlichkeitskult und die Endlichkeit des Lebens

Es wird oft gesagt, wir lebten in einer Gesellschaft des *Jugendlichkeitswahns*, wobei damit gemeint ist, dass die Gesellschaftsmitglieder sich weigern, zur Kenntnis zu nehmen, dass sie altern und physiologischen wie mentalen Abbauprozessen unterworfen sind. Endlichkeit und Sterblichkeit würden ignoriert und die Fiktion krampfhaft aufrechterhalten, dass es unter allen Umständen erstrebenswert sei, bis ins hohe Alter hinein jung, fit und leistungsfähig zu erscheinen. Das moderne Leitbild der „Neuen Alten“, das auch von der Gerontologie immer mehr favorisiert werde, leiste dieser sozialpsychologischen Entwicklung hin zur Ideologie vom „ewigen Jungbrunnen“ und von „immerwährender Jugend“ zusätzlich Vorschub (vgl. U. Lehr 1976, S. 65-67; dies. 1978; dies. 1979; dies. 1980; dies. 1981; dies. 1987; usw. Kritisch dazu: C. Carls 1994).

Jugendlichkeitskult bedeutet eben gerade *nicht*, dass Jugend als *faktisches* soziales Phänomen eine große Wertschätzung genösse; die Art und Weise, wie Kinder und Jugendliche von Erwachsenen im alltäglichen Umgang real behandelt werden, lässt jedenfalls keineswegs den Rückschluss zu, dass die soziale Stilisierung von Jugendlichkeit als Selbstzweck automatisch auch eine Anerkennung von und adäquate Beziehung zu Kindern und Jugendlichen von Seiten der Erwachsenen nach sich zöge; eher ist das glatte Gegenteil der Fall (vgl. E. Jungjohann 1991; D. Schnack/R. Neutzling 1991; A. Miller 1983). Kinder und Jugendliche dienen nur allzu oft als bloße *Projektionsfläche* für verdrängte Sehnsüchte und Konflikte der Erwachsenen, und wenn von „Jugendproblemen“ wie dem derzeit grassierenden Rechtsextremismus, Skinhead-Gruppen, wachsender Jugendkriminalität etc. gesprochen wird, so agieren oft die Kinder und Jugendlichen das *stellvertretend* aus, was die Erwachsenen bloß denken, aber nicht offen zu tun wagen (vgl. E. Heinemann/U. Rauchfleisch/T. Grüttner 1992; H. Stierlin 1992, S. 123 ff. und 209 ff.).

Die Inkongruenz von Jugendlichkeitskult und realer Einstellung gegenüber Kindern und Jugendlichen im Alltag ist aber bloß *die eine Seite* des „Infantilismus“ der Erwachsenen. An dieser Stelle muss ein bekanntes Max Horkheimer-Zitat paraphrasiert werden: **„Wer von Jugendlichkeitskult spricht, darf vom Kapitalismus nicht schweigen.“** M. a. W.: *der Jugendlichkeitswahn vieler Erwachsener in den fortgeschrittenen westlichen Industriegesellschaften (am krassesten in den USA) hängt aufs Engste mit den verschärften kapitalistischen Wettbewerbsbedingungen in der Ära der Globalisierung zusammen.* In der postfordistisch-neoliberalen Ära wird das Individuum immer mehr zum „Unternehmer seiner selbst“, ist zunehmend gezwungen, sich zu stilisieren und seinen „Lifestyle“ zu ästhetisieren, um den neuesten Erfordernissen auf den Arbeitsmärkten gewachsen zu sein:

„Indem der Staat von einer Nachfrage- zu einer Angebotsagentur der Ware Arbeitskraft wird, wandeln sich die Anforderungen an die Individuen: von konformistischen KonsumentInnen und braven, untertänigen ArbeiterInnen, denen ihre geleistete und vom Nachfragestaat als wertvoll gesicherte Arbeit als Beweis und Argument ihrer Zugehörigkeit zum Verteilungsaspekt hinreichte, zu *Veredelungsakteuren ihrer eigenen Ware Arbeitskraft* (Hervorhebung v. V.). Die Selbsterhaltung wird darin zu einem besonderen Auftrag, und je vortrefflicher sie gelingt zur Adellung des wahren und aktiven Staatsbürgertums. Das Denken und Handeln der Individuen tendiert dazu, *vollständig zum Organ ihrer Selbstverwertung zu werden* (Hervorhebung v. V.), die zugleich... wesentliche Aspekte der Staatsbürgerlichkeit integriert. Das Persönliche entfaltet sich darin als außerordentlich politisch“ (P. Pirker 2000, S. 5).

Die „Selbstveredelungsstrategien“ (Pirker), der marktvermittelte Zwang zu Selbsterhaltung und Selbstverwertung, sind mithin also die wahre Ursache für die z. T. grotesken Zeitgeister-

scheinungen der „Event“- und „Risiko“-Gesellschaft, zu denen zweifelsohne auch der Jugendlichkeitskult sich selbst stilisierender (arbeitsfähiger) Erwachsener gehört.

Es gibt auch eine dunkle und verdrängte Seite des Jugendlichkeitskultes, die es gleichfalls zu thematisieren gilt: die *Leugnung von Endlichkeit, Hinfälligkeit, Sterben und Tod in der modernen Industrie- und Informationsgesellschaft*. Wenn man sich auf fast schon gewaltsame Weise auf jugendlich trimmt, strapaziöse Schönheitsoperationen über sich ergehen und „liften“ lässt, um Falten zu beseitigen usw., verleugnet man nicht nur, dass man unweigerlich altert, sondern in bestimmten zugespitzten Formen leugnet man, *dass man überhaupt sterblich ist*. Der geheime Wunsch nach Unsterblichkeit zieht sich zwar durch die gesamte bekannte Kulturgeschichte (vom Totenkult im alten Ägypten bis hin zum konservierenden Einfrieren von Leichen im heutigen Nordamerika, das von den Verstorbenen zu Lebzeiten verfügt wird, in der Hoffnung, sie würden in einem späteren Zeitalter, das die Krankheit, an der sie gestorben sind, heilen kann, dereinst wieder „aufgetaut“ und reanimiert), aber die Stilisierung von Unsterblichkeit im Diesseits des „Hier und Jetzt“ ist gewiss ein neuzeitliches bzw. modernes Phänomen. Der berühmte französische Historiker Philippe Ariès, der zwei monumentale Studien über die „Geschichte der Kindheit“ und über die „Geschichte des Todes im Abendland“ verfasst hat, konstatiert in seinem Buch *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*, einem Ergänzungsband zur *Geschichte des Todes*, dass in der modernen Gesellschaft von heute der Tod mit ähnlichen Tabus belegt sei wie früher die Sexualität (vgl. P. Ariès 1981, S. 150 ff.); es sei peinlich und unangenehm, über ihn überhaupt nur zu sprechen, sei es von Seiten der Angehörigen der Sterbenden, von Seiten der Mediziner oder sogar den Sterbenden selbst. Der Tod werde zunehmend aus der Gesellschaft ausgegrenzt und verschwiegen, er sei ein Skandal, der möglichst lange vertuscht und verheimlicht werden müsse; es werde sogar den Sterbenden und Todkranken selber – etwa von den behandelnden Ärzten im Krankenhaus – die Information *vorenthalten*, dass sie bald sterben müssten, bis zu dem Zeitpunkt, wo es so offensichtlich ist, dass es nicht mehr verschwiegen werden kann. Man könnte auch das Paradox formulieren, *dass die moderne Gesellschaft dem Tod den Tod wünscht*. Oder, noch präziser: nicht der Tod an sich ist das Skandalon, sondern der *Prozess des Sterbens* und die Tatsache, dass wir Menschen als lebendige Wesen immer vom Tod „umgeben“ sind.

Die moderne Gerätemedizin erlaubt eine künstliche Verlängerung des Lebens und eine Verzögerung des Sterbens weit über den Zeitpunkt hinaus, wo der Organismus noch leben würde,

ließe man dem „Gang der Natur“ seinen Lauf. Der Fortschritt der medizinischen Technik ist eine überaus ambivalente Angelegenheit: einerseits erlaubt sie es, viele Menschen wieder „ins Leben zurückzuholen“, die früher unweigerlich gestorben wären, andererseits kann sie auch zur pervertierten Form einer künstlichen Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen bei Menschen führen, die absehbar nie wieder das Bewusstsein erlangen werden, etwa bei bestimmten Komapatienten und klinisch Hirntoten (vgl. A. Skiba 1996, S. 121-123). Es gibt in diesem Zusammenhang keine Patentrezepte, wie damit umzugehen ist, letztlich muss immer im Einzelfall entschieden werden, ob es sinnvoll ist, die lebenserhaltenden Geräte abzuschalten oder nicht.

Allerdings gibt es auch Gegentendenzen zur Verleugnung und Verdrängung des Todes in der modernen Industriegesellschaft, die Situation ist mithin nicht zur Gänze „Schwarz in Schwarz“ zu malen. In den letzten Jahren sind beispielsweise in Deutschland gezielt Hospize errichtet worden, um todkranken Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Im Bereich der *heilpädagogischen Geragogik* (vgl. A. Skiba 1996, S. 122) gibt es verstärkte Bemühungen, eine angemessene Sterbebegleitung auf professioneller Basis sicherzustellen. Überhaupt gibt es insofern eine Trendwende, als in letzter Zeit wieder erkannt wird, wie wichtig – auch für die überlebenden Angehörigen, gleichfalls für Ärzte und für das Krankenhaus – wie für das Pflegepersonal in Altenheimen – es ist, sich angemessen mit dem Thema Sterben und Tod zu beschäftigen; der Abschied von dem/r Sterbenden, die Trauerarbeit, würdige Beerdigungsriten, überhaupt die für die „Psychohygiene“ wichtige symbolische Ritualisierung der „letzten Reise“ für den Sterbenden wie für die Angehörigen – all dies kann, wenn gewünscht, durch professionelle sog. „Sterbebegleiter“ (Sozialarbeiter/innen, Seelsorger, Ehrenamtliche) flankiert werden (vgl. E. Albrecht 1995; K. Löschner/H. Wätzig/C. Standtke 1992). Jedenfalls sind dies ermutigende Bestrebungen, die Verleugnung und Verdrängung von Sterben und Tod in der zeitgenössischen westlichen Kultur aufzubrechen und neue Formen von Trauerarbeit und menschengemäßigem Ableben zu institutionalisieren (vgl. J. Hübner 1995).

Ein Beitrag zur Re-Integration von Sterben und Tod in die moderne Alltagskultur stellt ebenso die *Sterbeforschung* dar, die die Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Sterben und Tod, vor allem *im Sterbeprozess selbst* einer wissenschaftlichen Betrachtung unterzieht. Daraus sind – idealtypisch – fünf mögliche Verlaufsformen des Sterbeprozesses herausdestil-

liert worden, die hier kurz in einem Schema dargestellt werden sollen (vgl. A. Kruse 1995, S. 76 f.):

Tabelle 7: Fünf mögliche Verlaufsformen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

(I) Akzeptanz des Sterbens und des Todes bei gleichzeitiger Suche nach den Möglichkeiten, die das verbleibende Leben noch bietet	Im Lauf der Zeit nimmt die Bereitschaft des Patienten zu, Krankheit und sich ankündigenden Tod zu akzeptieren. Auf der Grundlage dieser Akzeptanz wächst auch die Fähigkeit, jene Möglichkeiten noch aufzugreifen, die das Leben noch bietet.
(II) Zunehmende Resignation und Verbitterung, die dazu beitragen, das Leben nur noch als Last zu empfinden und die Endlichkeit des eigenen Lebens immer mehr in den Vordergrund des Erlebens zu stellen	Die Patienten werden im Lauf der Zeit zunehmend verbittert, sie erleben das Leben nur noch als Last und fühlen sich von den anderen Menschen abgelehnt. Die physischen Schmerzen treten im Erleben der Patienten in den Vordergrund.
(III) Linderung der Todesängste durch die Erfahrung eines neuen Lebenssinns und durch die Überzeugung, im verbleibenden Leben noch wichtige Funktionen wahrnehmen zu können	Das Erleben des Patienten ist zunächst durch Schmerzen und Ängste bestimmt. Jedoch gelingt es ihnen allmählich wieder, sich zu öffnen, an gemeinsamen Unternehmungen mit Anderen teilzunehmen und das Leben als „Aufgabe“ zu betrachten. Sie fühlen sich für den weiteren Lebensweg des Ehepartners und der Kinder/der Enkel verantwortlich. Außerdem werden sie sich der gemeinsamen Lebensgeschichte mit ihrem Ehe-/Lebenspartner bewusst und erblicken darin eine Herausforderung, auch die gegenwärtige und zukünftige Situation gemeinsam zu gestalten. Auch die Religiosität dieser Patienten nimmt im Laufe der Zeit zu.
(IV) Bemühen, die Bedrohung der eigenen Existenz nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen	Die Patienten scheuen eine bewusste Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod. Diese Tendenz zum Nicht-wahrhabenwollen ist schon in früheren Abschnitten der Krankheit erkennbar und nimmt mit der Schwere der Krankheit zu. In den letzten Lebensmonaten finden sich jedoch immer wieder vorsichtige Andeutungen, die auf ein – allerdings nicht voll bewusstes – Wissen um die Bedrohung der eigenen Existenz hindeuten. Jedoch steht die (vage) Hoffnung auf baldige Restitution weiterhin im Vordergrund.
(V) Durchschreiten von Phasen tiefer Depression zur Hinnahme des Todes	Zunächst reagieren die Patienten depressiv, sie ziehen sich immer mehr von ihren Angehörigen und Freunden zurück. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Schmerzen und der herannahende Tod bestimmen zu Beginn ganz das Erleben, positive Erlebnisse und Erfahrungen werden nicht erwähnt. Allmählich jedoch wandelt sich die Situation. Die Patienten öffnen sich wieder verstärkt gegenüber ihren Angehörigen und Freunden, sie äußern wieder häufiger den Wunsch, Besuche zu empfangen. Darüber hinaus sprechen sie offen über den nahen Tod und betonen, ihr Schicksal nun eher hinnehmen zu können.

3.5 Die soziale und rechtliche Situation älterer Behinderter und Pflegebedürftiger

3.5.1 Gesellschaftliche Veränderungsprozesse und die sozialen Folgen

Zu diesem Thema ist in den vorangegangenen Abschnitten und in Kapitel 2 schon Einiges gesagt worden, deshalb sei hier nur noch einmal das Wichtigste zusammengefasst.

Es ist eindeutig nachgewiesen, dass Behinderung und sozioökonomische Benachteiligung miteinander zusammenhängen, wobei viele soziale Behinderungen eine *Kombination* der „ursprünglichen“ körperlichen/geistigen/psychischen Behinderung mit sozialen *Sekundäreffekten* wie Stigmatisierung und Diskriminierung darstellen (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 68). Es ist also eine *doppelte* Beeinträchtigung, unter der die Behinderten zu leiden haben: neben ihrer eigentlichen körperlichen/geistigen/psychischen Behinderung müssen sie noch zusätzlich mit sozialen Schwierigkeiten fertig werden.

Der Zusammenhang zwischen sozialer *Herkunft* und Behinderung zeigt sich vor allem auf folgenden Feldern:

- In den unteren Sozialschichten ist eine signifikant höhere Krankheitsanfälligkeit festzustellen.
- Die ärztliche Versorgung lässt in den unteren Schichten zu wünschen übrig.
- Das Verhältnis von Unterschichtangehörigen zu Gesundheitsdiensten, Ämtern und Behörden ist eher als problematisch anzusehen. Es existieren sprachliche Barrieren und eine allgemeine Unfähigkeit, gesellschaftliche Hilfsangebote, die vorhanden sind, auch in Anspruch zu nehmen.
- Unser liberales System benachteiligt Bevölkerungsteile, die es nicht gelernt haben, sich kompetent auszudrücken bzw. durchzusetzen. Das hat auch wiederum mit gesellschaftlich produzierten Bildungsdefiziten zu tun (vgl. G. Cloerkes 1997, S. 68; A. Eggert/K. H. Maywirth/I. Titze 1980; W. Thimm 1975; W. Thimm 1977).

Als weiteres Beispiel für die Ungereimtheiten in der Alten- und Rentenpolitik sei hier die beabsichtigte bzw. mancherorts diskutierte Erhöhung des Verrentungsalters – manche Vorschlä-

ge reichen bis 70 Jahre - genannt, um so angeblich die durch den demographischen Wandel absehbare Finanzierungslücke in der Rentenversicherung zu schließen. In Wirklichkeit handelt es sich hier nicht um eine reale Entlastung, sondern – besieht man es genau – lediglich um eine Verschiebung der Kosten von einer öffentlichen Kasse zur anderen oder um eine Abwälzung derselben auf die betroffenen Individuen selbst¹¹, weil nicht zuletzt mit einer wirklich spürbaren Senkung der Arbeitslosigkeit wegen der technologischen Entwicklung wohl nicht mehr gerechnet werden kann:

„Die Verschiebung der Altersgrenzen bedeutet heute eine Umverteilung der (finanziellen) Risiken, von der Rentenversicherung auf das beschäftigte Individuum – in Form höherer Beiträge und geringerer Leistungen – oder auf die Arbeitslosenversicherung bzw. Sozialhilfe, da von einem hinreichenden Arbeitsangebot immer weniger gesprochen werden kann“ (G. M. Backes 1997, S. 335).

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung der Gesellschaft können ferner folgende Faktoren für eine zukünftige *Altenhilfepolitik* von entscheidender Relevanz sein:

- Erhöhung der absoluten Zahl alter Menschen, insbesondere Hochbetagter.
- Weitere Ausdifferenzierung der unterschiedlichsten Gruppen älterer und alter Menschen mit den verschiedensten *Anforderungsprofilen* an die Altenhilfe: Hochaltrige mit akuten sozialen und /oder gesundheitlichen Problemen und „Junge Alte“ mit oder ohne Beschäftigung und soziale Einbindung deuten die Spannweite, die zukünftig Altenhilfe zu bewältigen hat, nur an. Besondere soziale Problemgruppen rekrutieren sich vor allem aus den Bereichen alleinlebender, sehr alter Frauen ohne ausreichendes Alterseinkommen, mit gesundheitlichen/sozialen Beeinträchtigungen und ohne familiäres Netz im Hintergrund. Daneben zeichnen sich jedoch auch neue soziale Problemgruppen im Bevölkerungssektor der „Neuen Alten“ ab, die sich bislang nicht in ausreichendem Maße auf ihre Rolle als Pensionäre/Rentner vorbereitet haben.
- Veränderung der Lebensbedingungen allgemein mit Auswirkungen auf die Lebenssituation älterer und alter Menschen, besonders der behinderten/pflegebedürftigen (dabei ist an Transformationen in folgenden Bereichen zu denken: Familie, Mobilität der Kinder, Anzahl und Wohnort von Kindern und Enkeln, von Freunden und Bekannten, „Verflüssigung“ sozialer Beziehungen, Eingebundensein in Gemeinschaft und Nachbarschaft, allgemeinen Verschärfung des sozialen Klimas, Sozialabbau usw.).

11 Was dann, im Jargon von Politikern und Managern, „Eigenverantwortung“ genannt wird.

- Soziale Probleme wie Armut und Pflegebedürftigkeit treten nicht selten zusammen mit psychosozialer Notlage auf (Alleinleben, kaum soziale Kontakte, kaum private Versorgungs- oder Betreuungsmöglichkeiten, kaum Anbindung ans soziale Leben draußen usw.). Diese ganzen Probleme und Notlagen kumulieren und spitzen sich bei den Hochbetagten weiter zu. Speziell diese Schwierigkeiten stellen eine quantitative und qualitative Herausforderung für die Altenhilfe dar.
- Andere soziale Probleme wie die Folgen von plötzlicher Beschäftigungslosigkeit und einem unvorbereiteten, nahezu übergangslosen Ende der Erwerbsarbeit erzeugen Sinnlosigkeits- und Überflüssigkeitsgefühle bei den Betroffenen und werden in Zukunft wohl eher noch zunehmen.
- Zunahme der Häufigkeit und Dauer der Pflege.
- Erweiterung des Pflegespektrums (z. B. psychische und Demenzerkrankungen).
- Wachsende Schwerstpflegebedürftigkeit.
- Zunahme von Sozialhilfebezug im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Hochbetagter, wobei die Pflegeversicherung aufgrund des „Deckungsprinzips“ nur teilweise die Kosten zu decken vermag, verbunden mit einer zumindest indirekten Abhängigkeit von den Kindern.
- Nicht-Gelingen einer auf diese Probleme adäquat ausgerichteten Sozial- und Gesundheitspolitik (vgl. G. M. Backes 1997, S. 342 ff. und S. 349).

Besonders die heutigen Anforderungen an die *intergenerationale Solidarität* sind ungleich schwerwiegender, als dies früher der Fall war. Die Methoden, die Familien zu *entlasten*, wenn man gleichzeitig von Seite der Politik her die Zahl alter Menschen, die ins Heim müssen, möglichst klein halten will, sind unzureichend und stückwerkhaft. Man kann nicht einerseits die Familie ideologisch abfeiern, wenn man sie andererseits nicht ausreichend materiell ausstattet, um sie für ihre schwieriger werdenden Aufgaben auch „fit“ zu machen. Die Altenpolitik verstrickt sich zunehmend in Selbstwidersprüche und wird desto unglaubwürdiger, je mehr sie die Lösung der Herausforderungen auf die lange Bank schiebt und lediglich es bei Absichtserklärungen und Sonntagsreden belässt (vgl. G. M. Backes 1997, S. 349 ff. und S. 351 ff.). Denn eines dürfte sicher sein: „Wir stehen am *Übergang von zugeschriebenen zu erworbenen Generationenbeziehungen*“ (G. M. Backes 1997, S. 351; im Original hervorgehoben), die ständig neu auszuhandeln und nicht ein für alle Mal fix und fertig „festgezurr“ sind. *Diese Aushandlungsprozesse sind die Aufgabe der Zivilgesellschaft, währenddessen der Staat für*

die Rahmenbedingungen zu sorgen hat; auch der „Dritte Sektor“ der sog. *personenbezogenen Dienstleistungen* als *Vermittler zwischen Markt und Staat* hat in diesem Sektor eine wichtige Pufferfunktion zu leisten (vgl. J. Nielandt/M. Brodkorb 2000). Im Spannungsfeld zwischen privater Lebenswelt, personenbezogenen Dienstleistungen und institutioneller Einbettung staatlicher Alten- und Sozialpolitik gilt es, die sozialen Kräfte neu auszubalancieren, freilich aber auch die dazu notwendigen materiellen Ressourcen ohne Wenn und Aber zur Verfügung zu stellen.

3.5.2 Das „Deckelungsprinzip“ in der Pflegeversicherung

Im Kontext dieser Arbeit kann unmöglich auf alle Einzelheiten der Mitte der 90er Jahre neu eingeführten Pflegeversicherung eingegangen werden. Die folgenden Ausführungen können deshalb nur kursorischen Charakter haben.

In der Alten- und Pflegepolitik ist unübersehbar geworden, dass der sozialpolitische Kurs dahingehend beurteilt und „evaluiert“ wird, inwieweit er zur „*Kostendämpfung*“ beizutragen vermag. Die Diskussionen um die neu ausgerufene „Bürgergesellschaft“ und die „Neuen Freiwilligen“ (vgl. G. Notz 1999) zielen in eine ähnliche Richtung: wie lassen sich Kosten einsparen, bei gleichzeitiger Wahrung der erreichten alten- und pflegepolitischen Standards? Dass dabei Zielkonflikte und unvereinbare politisch-ethische und ökonomische Imperative miteinander „im Clinch liegen“, ist nicht zu vermeiden; allerdings kann man sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren, dass diese „Diskurse“ auf dem Rücken der davon Betroffenen ausgetragen werden – der Alten und Behinderten selbst, aber auch der professionellen Helfer/innen und nicht zuletzt der Angehörigen.

Obendrein betrifft der öffentliche Diskurs über die Pflege vor allem die „handwerklichen“ Aspekte derselben:

„Die Problematik der Sprachregelung bei der Sorge für und um (alte) Menschen hat dazu geführt, daß der >handwerkliche< Aspekt von Pflege dominiert. Der oft viel schwieriger zu bewältigende kommunikative, aber auch der sozialpflegerische Aspekt tritt in den Hintergrund, obwohl dies nicht selten der eigentliche Belastungsfaktor in der Altenpflege ist. Das gilt für Angehörige und für professionell Pflegende“ (I. Lüders 1994, S. 168).

Des oben Gesagten eingedenk, muss vor diesem Hintergrund auch die umstrittene Diskussion um die „*Kostendämpfung*“ und das „*Deckelungsprinzip*“ gesehen werden.

Die Diskussionen um die Einführung einer *Pflegeversicherung* haben eine lange Geschichte (vgl. B. Dietz 1995; A. Jürgens 1995). Bereits Mitte der 70er Jahre wurde in der Bundesrepublik Deutschland eine soziale Absicherung gegen Pflegebedürftigkeit als Teil des Gesundheitssystems gefordert (vgl. Deutscher Bundestag 1992; s. auch: B. Dietz 1995, S. 68). Seit 1984 wurde über ein Modell zur Verbesserung der Situation in der Pflege nachgedacht (vgl. Deutscher Bundestag 1984). Was weiter geschah, schildert Berthold Dietz:

„1992 begann schließlich die Arbeit an einem Gesetzentwurf, der auf dem für die Bundesrepublik üblichen Modell des Sozialversicherungssystems aufbauen sollte und über gesetzliche Versicherungspflicht und mit anteiligen Beitragszahlungen das Pflegerisiko mit erhöhten Leistungen gegenüber dem bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungssystem abfedern sollte. Das fertige >Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit< wurde nach seiner Verabschiedung im April 1994 als Elftes Buch dem Sozialgesetzbuch angefügt“ (B. Dietz 1995, S. 68).

Sehr bald geriet das Gesetz in die Schusslinie parteipolitischer Auseinandersetzungen um die Frage der Finanzierung der Leistungen.

„Im Ergebnis stellt das Gesetz ein absolutes Novum dar, nicht nur, weil es europaweit das erste seiner Art ist, sondern weil es zum ersten Mal die Arbeitgeber der Versicherungspflichtigen aus der Beitragspflicht entläßt und so oder so den Beschäftigten die volle Beitragslast aufzwingt. Auf diesem Konsens der gleichteiligen Belastung von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden beruht das gesamte übrige deutsche Sozialversicherungssystem“ (B. Dietz 1995, S. 68).

Der Umstand, dass die Arbeitnehmer *allein* für die Beiträge zur Pflegeversicherung aufzukommen haben, kann als *Einschnitt* und *Sollbruchstelle* im deutschen Sozialversicherungssystem aufgefasst werden; die 50:50-Aufteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist damit definitiv aufgekündigt worden (vgl. Anonym 1994). Dieser Bruch mit dem „Fifty-fifty“-Prinzip soll offenbar als Beitrag zur Senkung der Lohnnebenkosten verstanden werden und gilt deshalb als Prototyp für den „Umbau des sozialen Netzes“ (Anonym 1994, S. 88 f.).

Die Einführung der Pflegeversicherung sollte laut dem damaligen Sozial- und Arbeitsminister Norbert Blüm die „Versorgungslücke“ in der Sozialversicherung schließen (vgl. Anonym 1993, S. 89). Allerdings bestand diese „Versorgungslücke“ in dem Sinne gar nicht, denn für die Aufwendungen, die seit 1994 die Pflegeversicherung trägt, kamen vorher anteilig die Sozialämter und die Krankenkassen auf (vgl. Anonym 1994, S. 89). Früher waren beispielsweise folgende BSHG-Bestimmungen¹² für die Kranken-, Behinderten- und Altenhilfe zuständig:

- Vorbeugende Gesundheitshilfe: § 36 BSHG

12 BSHG = Bundessozialhilfegesetz

- Krankenhilfe: §§ 37 und 37 a BSHG
- Eingliederungshilfen für Behinderte: §§ 39, 40, 43, 44, 46 und 47 BSHG
- Hilfe zur Pflege: §§ 68 und 69 BSHG
- Altenhilfe: § 75 BSHG
- Sonderbestimmungen zur Sicherung der Eingliederung Behinderter: §§ 123 bis 126 b BSHG.

Diese kurze Aufzählung sollte verdeutlichen, dass von einer „Versorgungslücke“ bzw. Unterversorgung vor Einführung der Pflegeversicherung keine Rede sein kann. Die wahren Motive für die Einführung der PV müssen also woanders gesucht werden – und können in einer Aussage aus der *Woche im Bundestag* von 1993 gefunden werden:

„Die Urheber des Gesetzentwurfs (zur Pflegeversicherung, d. V.) gehen davon aus, daß wegen des Übergangs der Leistungen zur häuslichen Pflegehilfe auf die Pflegeversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1994 Ausgaben in Höhe von rund 4 Mrd. DM eingespart werden. Durch Umwidmung und Abbau von heute mit Pflegebedürftigen fehlbelegten Krankenhausbetten würden darüber hinaus rund 2,7 Mrd. DM eingespart. Länder und Gemeinden würden als Träger der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung ab 1996 schätzungsweise in Höhe von 7 bis 8 Mrd. DM entlastet“ (Woche im Bundestag 1993).

Zur Begründung der Einführung der Pflegeversicherung wurde zudem angeführt:

„Rund 90 v. H. der lebenden pflegebedürftigen Menschen werden von Familienangehörigen versorgt. Damit ist die Familie nach wie vor der >größte Pflegedienst der Nation<.

Die Pflege durch die Familie wird aber durch folgende Entwicklungen zunehmend gefährdet:

Immer weniger Menschen der älteren Generation haben Nachkommen im mittleren Lebensalter, die die Pflege der Eltern übernehmen können;

Die hohe Lebenserwartung der älteren Menschen in Kombination mit einer geringen Kinderzahl führt häufig dazu, daß eine Pflegeperson die eigenen Eltern oder die des Ehepartners nacheinander oder gleichzeitig pflegen muß.

Immer mehr alte Menschen leben nach dem Tod des Ehegatten oder wegen Ehelosigkeit oder Scheidung allein...

Berufstätigkeit und gleichzeitige Pflege von Angehörigen führen auf Dauer zu einer kaum tragbaren Belastung der Frauen;

Der Arbeitsmarkt verlangt eine hohe Mobilität der Arbeitnehmer. Mögliche Pflegepersonen aus dem Kreis der Familie leben deshalb häufig räumlich getrennt von ihren pflegebedürftigen Angehörigen und fallen für die Pflege ganz aus.

Viele Wohnungen sind für die Versorgung Pflegebedürftiger nicht geeignet. Entweder steht für die Pflege eines alten Menschen kein geeigneter Raum zur Verfügung, die Miete

geeigneter Räume ist wegen der angespannten Lage auf dem Wohnungsmarkt zu teuer oder die vorhandenen Räume... lassen sich nicht pflegegerecht umbauen.“ (BT-Drucksache 1993).

Diese Situation hätte, wenn Angehörige pflegen, ihrerseits gehörige Auswirkungen auf die Angehörigen selbst - im Hinblick auf *ihre* Sozial- und Alterssicherung:

„Der Pflegebedürftige selbst ist bei lebensnotwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen. Wenn seine Angehörigen diese Hilfeleistungen ganz oder teilweise erbringen, verlangt dies von ihnen erhebliche persönliche Opfer, auch in finanzieller Hinsicht. Häufig müssen die Pflegepersonen wegen des zeitlichen Aufwandes für Pflege eine Erwerbstätigkeit einschränken oder aufgeben. Damit erleiden sie auch Einbußen bei ihrer sozialen Absicherung, nicht zuletzt in ihrer Alterssicherung“ (BT-Drucksache 1993).

Gleichwohl ist im Pflegeversicherungsgesetz festgeschrieben, dass – trotz der auch von Regierung und Parlament zugestandenem chronischen Überlastung der Angehörigen sowohl in psychosozialer als auch finanzieller Hinsicht – die häusliche Pflege *Vorrang* vor stationärer Pflege haben soll (vgl. B. Dietz 1995, S. 68). Damit sind allerdings auch einige definitive Neuerungen verbunden: so sollen die Pflegezeiten der Angehörigen als anrechenbare Arbeitszeiten den Rentenanspruch erhöhen (vgl. § 44, PflegeVG), wobei jedoch die dabei entstehenden Rentenansprüche in etwa dem Bruttolohn einer unqualifizierten Nebentätigkeit entsprechen (vgl. B. Dietz 1995, S. 68 f.). Ferner wurde die Einbeziehung der Pflegepersonen in die gesetzliche Unfallversicherung und eine Aufforderung an die Pflegekassen, Pflegekurse anzubieten, eingeführt, Letzteres allerdings nur als „Soll“-Bestimmung (vgl. B. Dietz 1995, S. 68).

Die Leistungen der PV sind, wie schon erwähnt, in drei Stufen untergliedert¹³ und differenzieren sich nach Geld- und Sachleistungen. Geldleistungen sind Entgelt für selbstbeschaffte Pflegehilfen (vgl. B. Dietz 1995, S. 69), Sachleistungen, professionelle Pflegehilfen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. B. Dietz 1995, S. 69). Mit der ersten Stufe der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde die Staffelung – je nach Pflegestufe - bei den Geldleistungen auf 400 DM, 800 DM und 1300 DM und bei den Sachleistungen auf 750 DM, 1.800 DM bzw. 2.800 DM festgelegt (vgl. B. Dietz 1995, S. 69). Die *Mindestarbeitszeit* pro Tag, um in die unterste Pflegestufe I aufgenommen zu werden, beträgt 1 ½ Stunden (3 Stunden in Stufe II und 5 Stunden in Stufe III), nachdem zuvor noch bei den Beratun-

13 Siehe dazu auch Kap. 3.2

gen des Gesetzes von einer Mindestpflegezeit auf der untersten Stufe von nur einer Stunde die Rede gewesen war; also eine klare Benachteiligung der Pflegenden (vgl. B. Dietz 1995, S. 71).

Die Kostenkalkulation ist sehr eng gesteckt und wird von Gutachtern vom MDK, dem *Medizinischen Dienst der Krankenkassen*, vorgenommen. „Üblicherweise besteht die Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Strichlisten, mit denen die Bedürftigkeit anhand von Kriterien der Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens (z. B. Körperpflege, Mobilität, Sinnesbeeinträchtigungen usw.) erfragt wird“ (B. Dietz 1995, S. 70). Externe Gutachter, wie z. B. die Hausärzte, die ja mit den Pflegebedürftigen als „ihren“ Patienten am Besten vertraut sind, wurden von vornherein abgelehnt, weil unterstellt wurde, diese würden „Gefälligkeitsgutachten“ erstellen. Dieses Misstrauen gegen die Hausärzte wurde vom Berufsverband der Praktischen und Allgemeinärzte schon frühzeitig heftig kritisiert (vgl. B. Dietz 1995, S. 70).

Neben dem MDK treten auch noch andere Beteiligte auf den Plan: Dominant sind dabei das Bundesarbeitsministerium, die Pflegekassen und die Bundesländer. Bei den Entgeltverhandlungen spielen die Sozialhilfeträger die Rolle von „grauen Eminenzen“ im Hintergrund. Geringeren Einfluss als früher haben nunmehr das Bundesseniorenministerium, die Freie Wohlfahrtspflege und die Kommunen (vgl. W. Rückert 1999, S. 334; R. Borosch/G. Naeglele 1998).

Das SGB XI strebt einen „pluralen“ Pflegemarkt an mit gleichen Marktchancen für alle Leistungsanbieter. Freigemeinnützigen und privaten Trägern wird der Vorrang vor öffentlichen Trägern gewährt, der frühere Vorrang der freien Wohlfahrtspflege aufgegeben (vgl. W. Rückert 1999, S. 333), wiewohl diese immer noch einen großen, für Viele einen *zu großen* Einfluss ausüben. Außerdem soll die „Kundenrolle“ der Leistungsempfänger/innen gestärkt werden; dazu dienen beispielsweise Preisvergleichslisten und die Einführung von „Ombudsmännern“ und Vertrauenspersonen bei den Pflegekassen (vgl. W. Rückert 1999, S. 334). Was freilich die Gewährleistung der *Qualitätssicherung* der pflegerischen Standards anbetrifft, so liegt in diesem Bereich noch so Manches im Argen (vgl. G. Igl 1999). Zwar gibt es eine zwingende gesetzliche Vorschrift, dass sich die Pflegeeinrichtungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung aktiv beteiligen sollen, allerdings scheint sich „die Verankerung der Verantwortung für

Qualitätssicherung auf der *Leitungsebene* (Hervorhebung v. V.) der Pflegebetriebe... noch nicht durchgesetzt zu haben“ (G. Igl 1999, S. 319).

In der PV wird ferner zwischen *Grund-* und *Behandlungspflege* unterschieden (vgl. G. Igl 1999, S. 322 ff.); sie bilden „die Pole eines Kontinuums“ (G. Igl 1999, S. 322). Dabei steht die Behandlungspflege dem Pol der medizinischen Intervention (Krankenhausaufenthalt, ärztliche Versorgung) sehr nahe. Sozialrechtlich gehört damit die Behandlungspflege in den Zuständigkeitsbereich der *Krankenversicherung*; dies betrifft ebenso die *häusliche Krankenpflege* (Krankenhausersatz- bzw. Sicherungspflege lt. § 37 SGB V). Der andere Pol, die Grundpflege, steht der *Laienintervention* (z. B. durch Angehörige) nahe oder wird für sie begrifflich synonym benutzt. Zwischen diesen beiden Polen wird die sog. *einfache Behandlungspflege* angesiedelt, die keine besondere Fachkenntnisse erfordert (vgl. G. Igl 1999, S. 322). Eine Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege ist allerdings im Alltag nicht immer möglich, z. B. wenn ein Laie sich die erforderlichen Kenntnisse angeeignet hat, um auch eine Behandlungspflege durchzuführen. Damit ist gesichert, dass weder bei Grund- noch bei Behandlungspflege die Fachlichkeit der Leistungserbringung ausschließliches Kriterium der Leistungsvoraussetzung ist. Erst wenn Leistungen der Grund- oder Behandlungspflege im Wege der *Sachleistung* erbracht werden, ist die Fachlichkeit tatsächliche Leistungsvoraussetzung (vgl. G. Igl 1999, S. 322).

Auf Ungereimtheiten in der sozialleistungsrechtlichen Behandlung der Angehörigenpflege muss allerdings auch hingewiesen werden:

„Die intervenierenden Laien sind als Angehörige nur nach den Vorschriften des Unterhaltsrechts zur Pflege verpflichtet. Weder das Krankenversicherungsrecht (§ 37 Abs. 3 SGB V) noch das Recht der Pflegeversicherung (§ 4 Abs. 2 SGB XI) erweitern diese unterhaltsrechtlichen Maßgaben. Das Sozialleistungsrecht knüpft aber nicht an der unterhaltsrechtlichen Verpflichtung pflegender Angehöriger an, sondern an der faktischen Pflege und Versorgung. Das Sozialleistungsrecht kann nicht neue Unterhaltspflichten schaffen. Unterhaltsrechtlich bestehen zumindest erhebliche Zweifel, ob Familienangehörige zu mehr als der üblichen Pflege bei Krankheit eines Familienmitglieds verpflichtet sind. Wenn aber Familienangehörige in einer die Unterhaltsverpflichtung überschießenden Weise tätig werden, bringt dies in der häuslichen Krankenpflege einen Anspruchsausfall (§ 37 Abs. 3 SGB V). In der Pflegeversicherung bleibt dagegen der Anspruch auf häusliche Pflege als Geld- oder als Sachleistung unabhängig davon bestehen, ob ein Angehöriger in dieser Weise pflegt oder nicht – es muß nur die Pflege zuhause möglich sein (§§ 36 f. SGB XI). Diese unterschiedliche sozialleistungsrechtliche Behandlung in Situationen der Angehörigenpflege je nachdem, ob es um Behandlungs- oder Grundpflege geht, reißt die Kluft in der rechtlichen Unterscheidung zwischen Grund- und Behand-

lungspflege noch weiter auf. Für die betroffenen Versicherten und ihre Angehörigen ist dies kaum nachvollziehbar“ (G. Igl 1999, S. 322 f.; vgl. auch E. Müller 1998).

Das Selbstverständnis der Pflege nach dem SGB XI wird auch durch die unterschiedlichen Kriterien im Leistungsrecht von Kranken- und Pflegeversicherung beeinträchtigt oder zumindest verunsichert (vgl. G. Igl 1999, S. 325). Das Leistungsrecht der Krankenversicherung ist (z. B. bei ärztlicher oder Krankenhausbehandlung) durch *offene Leistungsnormen* geprägt, dasjenige der Pflegeversicherung hingegen durch *geschlossene*. Offene Leistungsnormen lassen für den Arzt große Einschätzungs- und Handlungsspielräume bestehen; dadurch ist zumindest die Voraussetzung einer *ganzheitlichen*, auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittenen Behandlung durch den Arzt geschaffen. In der Pflegeversicherung ist die Begutachtung einer speziellen Institution, dem schon erwähnten *MDK*, überlassen, an dessen – im Vergleich zum Arzt bürokratisch starren – individuellen Pflegeplan die Leistungserbringer, auch im Ablauf des täglichen Lebens und in der hauswirtschaftlichen Versorgung, gebunden sind; darauf ist die Leistungserbringung der Pflegeversicherung – auch im Sinne der „Deckelung“ bzw. Eingrenzung der Kosten – *explizit begrenzt*. *Damit wird jedoch ein ganzheitlicher Pflegeansatz, wie er beim Arzt in der Krankenbehandlung möglich ist, faktisch unmöglich gemacht* (vgl. G. Igl 1999, S. 325 f.).

Ein weiterer Pferdefuß für die Pflegeversicherung stellt dar, dass ältere Menschen erst dann in den „Genuss“ ihrer Leistungen kommen, wenn sie auch Mitglieder in der GKV, der Gesetzlichen Krankenversicherung, *sind* – mit Ausnahme der Beamten, die nach dem schon erwähnten Versorgungsprinzip durch allgemeine Steuermittel sozial abgesichert sind (vgl. B. Dietz 1995, S. 73). Bei Menschen, die *nicht* Mitglied der GKV sind, müssen auch weiterhin die kommunalen Sozialämter die Kosten der Pflege nach §§ 27, 69 und 69 BSHG übernehmen (vgl. B. Dietz 1995, S. 73). Zusätzlich müssen die Kommunen in allen Fällen zahlen, in denen die Pflegesachleistungen der PV nicht ausreichen und durch zusätzliche Sozialleistungen ergänzt werden müssen; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Mittel des zu Pflegenden nicht ausreichen und auch Regressansprüche an Kinder und andere Unterhaltsverpflichtete nicht geltend gemacht werden können (vgl. W. Rückert 1999, S. 341). Auf ergänzende Sozialhilfe sind vor allem *Heimbewohner/innen* angewiesen (vgl. W. Rückert 1999, S. 341). Das paradoxe Ergebnis ist, „daß das finanzpolitische Ziel einer möglichst hohen Entlastung der Sozialhilfeträger in weit höherem Maße erreicht wurde als das sozialpolitische Ziel, möglichst viele Pflegebedürftige aus ihrer Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen“ (W. Rückert 1999, S. 341).

Zum Schluss dieses Abschnitts noch einige statistische Angaben zum Leistungsbezug aus der sozialen Pflegeversicherung (vgl.: dazu Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe 1997; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung¹⁴ 1998).

Mitte des Jahres 1997 (Stichtag: 30. 6. 1997) erhielten insgesamt 1.596 Mio Personen aller Altersstufen Leistungen der PV, davon 1.166 Mio ambulant und 430.000 stationär. Hinzurechnen muss man noch die Leistungsempfänger/innen der privaten Pflicht-Pflegeversicherung, deren Zahl Ende 1996 mit 66.000 im ambulanten und mit 23.000 im stationären Bereich angegeben wurde, so dass im Jahre 1997 insgesamt rd. 1.685 Mio Menschen Leistungen der PV erhielten (vgl. BMA 1998, S. 63; W. Rückert 1999, S. 334). Differenziert nach Pflegestufen ergibt sich folgendes Bild für 1996/97:

Tabelle 8: Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung 1996/97
(vgl. W. Rückert, 1999, S. 335)

	Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe III	Pflegestufe I-III	Pflegestufe I-III
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ambulant	558.451	80 %	515.972	73 %	157.465	56 %	1.231.888	73 %
Stationär	139.664	20 %	188.392	27 %	124.759	44 %	452.825	27 %
Insgesamt	698.115	100 %	704.364	100 %	282.224	100 %	1.684.703	100 %
%	41 %		42 %		17 %		100 %	

Bezogen auf rund 82 Mio. Gesamtbevölkerung haben mithin also 2, 1 % davon - ca. jeder 50. - 1997 Leistungen der PV bekommen. Fast drei Viertel davon lebten in Privathaushalten, 27 % in vollstationären Einrichtungen. Der Anteil derjenigen, die im Heim leben müssen, steigt - wie zu erwarten war - mit höherer Pflegestufe an:

- Pflegestufe I: 20 % im Heim;

- Pflegestufe II: 27 % im Heim;
- Pflegestufe III: 44 % im Heim.

Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass 1997 selbst bei Pflegestufe III immerhin noch 56 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten (bei Angehörigen oder in der eigenen Wohnung) lebten (vgl. W. Rückert 1999, S. 335). Schlüsselte man nach Geschlecht auf, so zeigt sich, dass 2,8 % der Frauen, jedoch lediglich 1,3 % der Männer Leistungen von der PV bezogen.

Nur 0,32 % der 25-30jährigen erhalten Leistungen der PV; dann steigt der Anteil der PV-Empfänger/innen kontinuierlich an; ab dem 60. Lebensjahr erhalten etwas mehr als 1 % PV-Leistungen. Bei den Heimbewohnern steigt der Anteil der PV-Bezieher/innen erst in der Alterskohorte 75-80 Jahre deutlich an, mit einem Anteil von 2,09 % stationär versorgter Leistungsempfänger/innen. Bei den über 90jährigen erhalten 60 % dieser Alterskohorte Leistungen der PV (vgl. W. Rückert 1999, S. 335).

In Bezug auf die *Finanzentwicklung* der PV muss man bei einem Vergleich der Jahre 1996/97 berücksichtigen, dass die zweite Stufe der Pflegeversicherung erst ab dem 1. 6. 1996 Leistungen für vollstationäre Pflege erbrachte. Ein reeller Jahresvergleich war also erst für die Jahre 1997/98 möglich (vgl. BMA 1998, S. 64).

Im Jahre 1997 wurden 12,3 Mrd. DM für die vollstationäre Pflege ausgegeben, das sind 45 % der Gesamtausgaben der PV. An Pflegegeld für zu Hause lebende Leistungsempfänger/innen wurden 8,5 Mrd. DM aufgewandt, das sind 31 % der gesamten Pflegeaufwendungen; von diesem wiederum 3,38 Mrd. für Pflegesachleistungen, das sind etwas weniger als 40 % der 8,5 Mrd. DM. Die viertgrößte Ausgabenposition waren mit 2,14 Mrd. DM die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung, mit deren Hilfe die pflegenden Angehörigen später Rentenansprüche erwerben können (vgl. W. Rückert 1999, S. 336).

Folgende Tabelle auf S. 92 zeigt die Finanzlage der PV in den Jahren 1996/97 auf:

Tabelle 9: Finanzlage der Pflegeversicherung 1996/97

	1996	1997	1997	1997	1997
	Mrd. DM	Mrd. DM	Anteil in %	Potentielle Leistungsempfänger	Je Leistungsempfänger DM/Monat
Beitragseinnahmen	23,27	30,00			
Verwaltungskosten	0,71	0,96			
Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)	0,47	0,50			
Leistungsausgaben davon	20,05	27,38	100 %		
1 Geldleistungen	8,68	8,48	31 %	1.054.000	671
2 Pflegesachleistungen	3,02	3,38	12,3 %	272.000	1.036
3 Pflegeurlaub	0,26	0,06	0,2 %	1.166.000	4
4 Tages-/Nachtpflege	0,05	0,06	0,2 %	1.166.000	4
5 Kurzzeitpflege	0,17	0,16	0,6 %	1.166.000	11
6 Rentenversicherungsbeiträge	1,81	2,14	7,8 %	1.166.000	153
7 Pflegemittel / Wohnumfeldverbesserungen u. a.	0,77	0,64	2,3 %	1.166.000	46
8 Vollstationäre Pflege	5,27	12,3	44,9 %	430.000	2.385
9 Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,01	0,16	0,6 %		

Bezieht man die Beträge auf die 894.000 Pflegegeldempfänger, wovon

- 160.000 Kombinationsleistungen in Form von Geld- und Sachleistungen,
- 112.000 Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen und
- Empfänger/innen von Leistungen in der vollstationären Pflege sind,

„so zeigt sich, dass die 1.054.000 Empfänger von Pflegegeld bzw. Kombileistungen im Durchschnitt 671 DM Pflegegeld pro Monat erhielten“ (W. Rückert 1999, S. 339).

Die 272.000 Empfänger/innen von Sach- oder Kombileistungen erhielten pro Monat Pflegeleistungen von durchschnittlich 1.036 DM. Dagegen sind die Durchschnittswerte für Tages-

und Kurzzeitpflege (4 bzw. 11 DM/Monat pro potentiell Leistungsberechtigtem) sehr gering. Für die vollstationäre Pflege wurden durchschnittlich 2.385 DM monatlich gezahlt (vgl. W. Rückert 1999, S. 339).

Die Aufwendungen für *Pflegesachleistungen* waren regional sehr unterschiedlich. Beispielsweise wurden von der AOK Rheinland-Pfalz 1997 nur 66,69 DM pro Mitglied für Sachleistungen aufgewandt, im Stadtstaat Hamburg waren es dagegen 177,40 DM – bei einem Bundesdurchschnitt von 92,93 DM (vgl. W. Rückert 1999, S. 339; s. auch: ebd., S. 338, Tabelle 3). Worin der Grund für diese starken regionalen Disparitäten liegt, konnte bislang noch nicht eruiert werden (vgl. W. Rückert 1999, S. 339).

Wie die Situation der PV in den Jahren 1999/2000 aussieht, ergibt sich aus folgender Meldung aus dem *Wiesbadener Kurier*:

„Berlin (dpa). Fünf Jahre nach dem Start hat Gesundheitsministerin Andrea Fischer eine positive Zwischenbilanz der gesetzlichen Pflegeversicherung gezogen. Diese habe die Lage der Pflegebedürftigen verbessert und ihre Angehörigen entlastet. Allen Unkenrufen zum Trotz steht die Pflegeversicherung >finanziell auf soliden Füßen< und weise ein Finanzpolster von 9,7 Milliarden DM auf, erklärte Fischer... in Berlin. Sie warnte aber vor zu hohen Ansprüchen. Die Pflegeversicherung könne keine Voll-, sondern nur eine Teilsicherung bieten. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen werde bis 2010 um bis zu 340.000 steigen. Derzeit erhielten 1,86 Millionen Menschen Pflegehilfen. 1,31 Millionen davon würden zu Hause gepflegt, 550.000 stationär. Zwei Drittel der Bezieher seien Studien zufolge mit den Hilfen zufrieden oder sehr zufrieden, erklärte das Ministerium“ (Ohne Verfasser: *Wiesbadener Kurier*, 1. 4. 2000, S. 14).

Die Pflegeleistungen teilen sich statistisch wie folgt auf:

- Erheblich Pflegebedürftige (Pflegestufe I) 0,8 Mio
- Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) 0,7 Mio
- Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III) 0,3 Mio
- Härtefälle ca. 3000

Nach Geld- und Sachleistung bzw. ambulanter und stationärer Pflege aufgeschlüsselt sieht es wie folgt aus: von 100 Pflegebedürftigen erhielten

- Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (Angehörige u. a.) 54 %
- Stationäre Pflege 28 %

- Pflegesachleistungen 7 %
- Eine Kombination von Pflege- und Sachleistung 10 %
- Sonstiges 1 % (vgl. *Ohne Verfasser: Wiesbadener Kurier* 1. 4. 2000, dpa-Grafik 3039).

Immerhin gesteht Ministerin Fischer indirekt zu, dass 1/3 aller Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen mit den Leistungen der Pflegeversicherung offensichtlich *unzufrieden* sind (wenn 2/3 zufrieden oder sehr zufrieden sind, ist das wohl der entsprechende Umkehrschluss). Woran dies liegen könnte, wird im folgenden Abschnitt untersucht, der sich der Situation der *pflegenden Angehörigen* widmet.

3.5.3 Die materielle und psychosoziale Situation der pflegenden Familienangehörigen

Vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 waren nicht weniger als 80 % der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen auf (ergänzende) Sozialhilfe angewiesen, selbst wenn sie eine relativ hohe Rente aufwiesen. Bevor jedoch Sozialhilfe gewährt wurde, mussten Spargbücher aufgebraucht, selbst Häuschen verkauft werden, und die unterhaltspflichtigen Angehörigen wurden herangezogen und waren dazu verpflichtet, ihre finanzielle Situation offenzulegen – Letztere empfanden dies oft als entwürdigend und als „finanziellen Striptease“, als bürokratische Schikane und als Entfremdung von dem/r Pflegebedürftigen, für den/die sie finanziell „bluten“ sollten. Insgesamt also eine ziemlich unbefriedigende Situation, die durch die Einführung der Pflegeversicherung zwar nicht völlig, aber doch größtenteils beseitigt wurde – was zweifellos einen Fortschritt darstellt (vgl. S. Göbbling 1999, S. 347).

Insgesamt ist jedoch die Situation im Bereich der häuslichen Pflege durch Angehörige („*informelle Pflege*“) noch bei weitem nicht befriedigend und bedarf weiterer Verbesserungen und vor allem ausreichender sozial(alten-)politischer Flankierung (vgl. P. Zeman 1999). Wie wir gesehen haben, war die Pflegeversicherung von vornherein als *Mindestabsicherung* konzipiert, die gar nicht die Absicht hatte, möglichst kostendeckend zu arbeiten; Pflegebedürftige, denen das Geld der PV nicht reicht, müssen weiterhin auf Sozialhilfe oder auf eigene finanzielle Ressourcen zurückgreifen. Weit davon entfernt, eine „Vollkasko-Mentalität“ zu bedienen, wie es neoliberale Kritiker des Sozialstaates immer wieder gebetsmühlenartig behaupten, ist die PV in erster Linie ein *teilweiser* Ersatz für Sozialhilfebezug, aber beileibe kein

vollständiger. Nicht selten waren viele Pflegebedürftige vor Einführung der PV sogar *besser* gestellt – zwar nicht unbedingt materiell, aber doch von der Beratungs- und Betreuungsseite her, weil die Sozialhilfeträger auf die individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Pflegebedürftigen mit einem individualisierten Hilfe-„Arrangement“ reagieren konnten, das auf die jeweiligen Personen „maßgeschneidert“ zugeschnitten war. Im Gegensatz dazu sind die von der Pflegeversicherung zugestandenen Leistungen stark *standardisiert* und werden vom MDK nach relativ starren Kriterien nach dem „Baukastenprinzip“ in Pflegegutachten zusammengestellt.

Die informelle Pflege (Hilfe) durch Angehörige ist das „hidden health care system“ der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung der Pflegebedürftigen; ohne dieses könnte das formell-institutionelle System ambulanter und stationärer professioneller Versorgung gar nicht greifen (vgl. B. Jansen 1999, S. 607). Dieser Umstand ist auch durch die Pflegewissenschaft in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt worden, der pflegerische Alltag in Privathaushalten blieb weitgehend ein „terra incognita“ (vgl. B. Jansen 1999, S. 605). Es fehlt auch heute noch weitgehend eine angemessene wissenschaftliche Sprache, um die realen Verhältnisse in der informellen Pflege wenigstens halbwegs akkurat zu beschreiben (vgl. B. Jansen 1999, S. 605).

Die historische Verspätung der Einführung der PV führt Birgit Jansen vor allem auf diese Faktoren zurück:

- Neben der geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung (die Frauen sind noch immer vorwiegend für die Pflege von Alten und Kranken zuständig) spielt das gesundheitspolitische und leistungsrechtliche *Individualisierungsprinzip* und der damit verbundene *krankenhausorientierte medizinische Einzelfallblick* die Hauptrolle. Die notwendige Orientierung am *informellen Netzwerk* fehlt. Dies spiegelt sich auch am Konzept der Ausbildung und beruflichen Verwendung der Pflegefachkräfte wider, „das noch immer mehrheitlich behandlungsbezogen, krankheits- und defizitorientiert ist“ (B. Jansen 1999, S. 608).
- Ein weiterer Faktor ist die privatistische und defensive Kultur des Helfens: Angehörige (vor allem solche, die selber schon älter sind) nehmen die Sorge- und Pflegearbeit schicksalsergeben hin, solidarische (z. B. nachbarschaftliche) Netzwerke fehlen weitestgehend; Pflege und Hilfe sind in Deutschland noch immer vorwiegend Privatsache.

- Außerdem spielt noch immer der Schatten des Nationalsozialismus eine Rolle: ältere pflegebedürftige Menschen, aber auch ihre pflegenden Angehörigen sind selten selbstbewusst und nehmen manche Zumutungen und Ungerechtigkeiten – erst recht solche administrativer Natur – noch immer allzu demütig hin.
- Ferner ist die positive Selbstwahrnehmung bei Verbänden und in Fachdiskussionen noch unterentwickelt: ein „Es war schon immer so“ ersetzt Diskussionen über ein neues Verhältnis von formeller zu informeller Pflege (vgl. B. Jansen 1999, S 609).

Dementsprechend wäre für ein wirklich *dialogisches* Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege – auch im Sinne einer wahrhaft effektiven sozialstaatlichen Modernisierungspolitik, die damit sogar mittelfristig Geld spart – für die Zukunft zu fordern:

- Die Stimulation lebensweltlicher Pflege über den monetären Anreiz hinaus, also durch die Anerkennung von Solidarität, Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit lebensweltlicher Pflegearrangements;
- Der präventive Schutz lebensweltlicher (informeller) Pflege vor Selbstüberlastung („Burn-out-Syndrom“) (vgl. U. Mattmüller/G. Vogel 1995), der mehr ist als die bloße Unterweisung in Pflege Techniken;
- Die Kontrolle der Belastungsgrenze, die nur durch die Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Angehörigen und professioneller Kompetenz zu erreichen ist, die auch in der Lage ist, *schleichende* Überlastungen festzustellen, wie sie durch Indizien wie Vernachlässigung/Verwahrlosung des Pflegebedürftigen und Selbstvernachlässigung der Pflegeperson, Stockungen/Störungen der Alltagsorganisation, Isolations- und Selbstabkapselungstendenzen etc. nachzuvollziehen sind;
- Die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch optimal gestaltete und platzierte professionelle Unterstützung und gezieltes Aufzeigen möglicher institutioneller Versorgungsalternativen (z. B. stationäre Unterbringung des Pflegebedürftigen), wenn es gar nicht mehr anders geht;
- Die unaufdringliche, aber zuverlässige Kompensation von Versorgungslücken durch professionelle Intervention bei unzureichender informeller Pflege (vgl. H. Brandenburg 1998; A. Gräbel 1998; P. Zeman 1996; P. Zeman 1999, S. 377 f.).

Solche Forderungen sind freilich dann nicht in die Realität umzusetzen, wenn, wie noch immer üblich, pflegerische und pflegeflankierende Maßnahmen in der ambulanten Pflege fast zur Hälfte von un- oder angelernten Pflegehelfer/innen und anderen Hilfskräften übernommen

werden, die als „geringfügig Beschäftigte“ vor allem bei privaten ambulanten Hilfsdiensten beschäftigt werden und nachvollziehbarerweise eine eher geringe Identifikation mit ihrer Berufsrolle aufweisen (vgl. P. Zeman 1999, S. 382). Dieses Pflege-„Dumping“ korrespondiert mit der schon angedeuteten Tatsache, dass die Rentenansprüche, die die pflegenden Angehörigen durch ihre pflegerische Arbeit erwerben, derjenigen einer ungelerten Nebentätigkeit entspricht (vgl. B. Dietz 1995, S. 69). Es ist jedenfalls ein alarmierendes Zeichen, dass ca. 30 % (!) der Pflegehaushalte „keine Unterstützung durch Dritte erhielten und berufliche Dienste nicht in Anspruch nehmen“ (P. Zeman 1999, S. 379). Könnte dies daran liegen, dass das beschriebene Pflege-Dumping bei privaten ambulanten Pflegediensten viele davor abschreckt, überhaupt Hilfe, die ja immerhin vorhanden ist und angeboten wird, anzunehmen und zur eigenen Entlastung einzusetzen?

Zum Schluss noch einige empirische Daten zur Situation pflegender Angehöriger:

91 % aller pflegebedürftigen Menschen in den Privathaushalten der Bundesrepublik Deutschland erhalten Hilfen in privaten Beziehungen; 77 % davon durch eine *einzig*e Hauptpflegeperson und 14 % durch mehrere verwandte, befreundete oder benachbarte Menschen. 9 % aller Pflegebedürftigen müssen ohne jegliche private Hilfen auskommen (vgl. B. Jansen 1999, S. 609 f.). Die informelle Pflegebeziehung wird umso intensiver, je höher die Pflegestufe ist.

In Deutschland lebten 1994 ca. 900.000 solcher Hauptpflegepersonen, die sich zu 84 % (!) aus Frauen rekrutierten. Männliche Hauptpflegepersonen waren zu weniger als 1 % Väter, zu 3 % Söhne und zu 13 % Ehemänner bzw. Lebensgefährten. Somit sind 81 % aller pflegenden Männer Ehemänner bzw. Lebensgefährten der zu Pflegenden (vgl. B. Jansen 1999, S. 610).

Wie aus der genauen Aufschlüsselung der Hauptpflegepersonen aus der nachfolgenden Tabelle auf S. 98 hervorgeht, halten sich hinsichtlich der Generationenzugehörigkeit pflegender Angehöriger das Elternpflegen (38 %) und das Pflegen durch Ehepartner/innen bzw. Lebenspartner/innen (37 %) ziemlich genau die Waage. Ältere (Ehe-)Frauen bzw. Töchter bilden dabei die zweitgrößte, ältere pflegende (Ehe-)Männer die viertgrößte Gruppe bei den Pflegepersonen (vgl. B. Jansen 1999, S. 610).

Tabelle 10: Hauptpflegepersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Personen
(in %, in Privathaushalten)
(vgl. B. Jansen 1999, S. 610)

	Pflegebedürftige (gesamt)	Hilfebedürftige (gesamt)
Tochter	26	23
Lebenspartner/in	24	23
Mutter	14	4
Lebenspartner	13	20
Schwiegertochter	9	6
Andere Verwandte	7	9
Freunde, Nachbarn	4	7
Sohn	3	6
Vater	0	0

Noch kurz ein Blick auf das *Alter* der Hauptpflegepersonen:

Tabelle 11: Alter der Hauptpflegepersonen in Deutschland
(vgl. B. Jansen 1999, S. 611)

bis 44 Jahre	19 %
45-64 Jahre	49 %
65-74 Jahre	21 %
75 Jahre und älter	10 %

Das Gros der Hauptpflegepersonen bilden die 45-64jährigen, jedoch ist immerhin fast jede/r Dritte (zusammen 31 %) selbst im Rentenalter, 10 % sogar selbst hochbetagt (über 75 Jahre)!

Wegen der starken Belastung durch die Pflege können 77 % der Hauptpflegepersonen keinerlei Erwerbstätigkeit nachgehen; nur 10 % sind neben der Pfl egetätigkeit noch voll erwerbstätig, 7 % leisten Teilzeitarbeit und 5 % sind geringfügig beschäftigt (vgl. B. Jansen 1999, S. 611 f.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Situation der Pflegenden alles andere als befriedigend ist. Die pflegenden Familienangehörigen sind meistens Frauen, überwiegend die Töchter oder Ehefrauen der Pflegebedürftigen. Sie fühlen sich oft überfordert und leiden am „Burn-out-Syndrom“. Die ambulanten Pflegedienste sind einseitig Einzelfall- und Medizinorientiert, die Verknüpfung mit der professionellen Hilfestellung für die informelle Pflege durch die Angehörigen bleibt in Ansätzen stecken. Es fehlt der ganzheitlich-umweltorientierte Blick auf die Pflege, also auf die psychosoziale Situation der pflegenden Angehörigen, ihre eventuelle Überlastung und Resignation, auf die mangelnde Unterstützung durch die Nachbarschaft etc. Durch den Kostendämpfungs- und Deckelungsdruck sind außerdem viele ambulante Pflegedienste auf un- und angelernte Hilfskräfte sowie Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigte angewiesen, was der Professionalität der Pflege zusätzliche Schranken und enge Grenzen setzt. Dies scheint nicht zuletzt auch der Grund dafür zu sein, dass immerhin ca. 30 % der pflegenden Familienangehörigen überhaupt auf den Service ambulanter Dienste verzichten und statt dessen versuchen, sich alleine durchzuschlagen.

Ist die Situation der Pflegebedürftigen, die zuhause versorgt werden, offensichtlich in vielen Fällen noch unzureichend, so gilt es jetzt, in den nächsten Kapiteln zu untersuchen, wie sich in Sonderheit die Situation von geistig behinderten älteren Menschen in Wohnheimen gestaltet.

4. Geistig Behinderte im Rentenalter

Empirische und sozialgerontologische Befunde im internationalen Vergleich

4.1 Situation geistig Behinderter in Wohnheimen

Über die Situation *älterer* geistig Behinderter, speziell in Alten- und Behindertenheimen, gibt es relativ wenig empirische Literatur. Was an Daten bereits vorliegt, muss aus Studien entnommen werden, die sich der pflegerischen – stationären wie ambulanten – Versorgung von Geistigbehinderten *generell* widmen. Es existiert zu dieser Thematik nur eine größere neuere Studie, und zwar zur Situation von geistig Behinderten im Großraum Berlin, die im Jahr 1993 publiziert wurde (vgl. M. Seifert 1993). Speziell zur Situation älterer und alter Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist mir lediglich eine Studie der *AK Wohnen in der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Diözese Münster* bekannt, die im Münsterland Mitte der 90er Jahre durchgeführt wurde, aber keine gesonderte Darstellung der Situation älterer geistig Behinderter enthält (vgl. AK Wohnen 1997). Die beiden Studien werden im Folgenden kurz dargestellt.

In der Münsteraner Erhebung wurden 3886 Menschen erfasst, 2330 Frauen und 1556 Männer, davon 1725 Personen über 50 Jahre, die in 35 Einrichtungen (16 kleine, 15 mittlere mit maximal 200 Bewohnern, und vier große Einrichtungen über 200 Bewohner) mit insgesamt 334 Wohngruppen lebten. Rund ein Drittel dieser Wohngruppen hatten eine spezielle Ausrichtung als ausgelagerte Wohngruppe, Wohntrainingsgruppe oder als Betreutes Wohnen. Bei den kleinen Einrichtungen traf dies für 37 % der Wohngruppen zu, bei den mittleren für 26 % und bei den großen für 28 % der Wohngruppen (zum Folgenden vgl. AK Wohnen 1997, S. 6 ff.).

Hinsichtlich der *Altershomogenität* der Wohngruppen wurden alle Gruppen als „homogen“ definiert, deren Altersspanne maximal 20 Jahre betrug. Das traf für 40 % der Wohngruppen zu, für 60 % nicht.

Sieben Einrichtungen verfügten über eigene Werkstätten für Behinderte (WfB), weitere 10 kooperierten mit WfB's in gleicher Trägerschaft, 21 boten tagesstrukturierende Maßnahmen an. Die Mehrzahl der Einrichtungen verfügten über einen eigenen Freizeit- und Altenbetreuungsbereich.

Die *Geschlechtsverteilung* in den Einrichtungen (insgesamt 1.556 Männer und 2.330 Frauen) war in den kleinen Einrichtungen ausgewogen, bei den mittleren standen 1/3 Männer 2/3

Frauen gegenüber, bei den großen betrug der Anteil der Frauen 57 % und der Männer dementsprechend 43 %.

Bei der *Altersstruktur* der befragten Einrichtungen ergab sich folgendes Bild:

Alter	Bis 30 J.	30-40 J.	40-50 J.	50-60 J.	60-70 J.	70-80 J.	Über 80 J.
Anzahl	539	888	720	708	504	292	222
Anteil	14 %	23 %	19 %	18 %	13 %	8 %	6 %

Zählt man alle über 60jährigen zusammen, so hielten sie einen Anteil von 27 %, also rund ein Viertel der Bewohner. Den prozentual größten Anteil der über 60jährigen an Gesamtzahl aller Bewohner hatten die *mittleren* Einrichtungen, in absoluten Zahlen 642 gegenüber 376 in den anderen Einrichtungstypen.

Zieht man die Grenze bei 50 Jahren, so ergab sich folgendes Ergebnis, wobei 44,5 % zum Zeitpunkt der Erhebung älter als 50 Jahre waren:

Alter	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	Über 80 Jahre
Kleine Einrichtungen	70	27	1	0
Mittlere Einrichtungen	355	274	194	174
Große Einrichtungen	283	203	97	48
Gesamt	708	504	292	222

Rechnet man es in Prozenten um, so ergibt sich daraus:

- 36,5 % der älteren Bewohner (über 50) lebten in großen Einrichtungen
- 57,7 % lebten in mittleren Einrichtungen
- 5,7 % lebten in kleinen Einrichtungen.

Extrapoliert man diese Zahlen und schlussfolgert daraus Tendenzen für die Zeit bis etwa 2015, so lassen sich folgende Trends ausmachen:

- Die Anzahl der 70-80jährigen entspricht in etwa der der bereits über 80jährigen.
- Die Anzahl der 50-70jährigen ist dagegen rund $2 \frac{1}{2}$ mal so hoch wie die Zahl der über 70jährigen.

Daraus folgt, dass in 20 Jahren die Anzahl der über 70jährigen deutlich zunehmen wird.

Die beschriebene Tendenz wird in Zukunft vor allem mittlere und große Einrichtungen betreffen.

Was die *Behinderungsformen* anbetrifft, so lag hier der Schwerpunkt bei den über 50jährigen eindeutig im Bereich geistiger Behinderung (50 %). Danach folgten psychische Behinderungen (40 %), körperliche und andere Behinderungen waren wesentlich geringer vertreten (10 %).

Die *Gruppengröße* der Wohngruppen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe im Münsterland war für ältere Bewohner generell *höher* als bei den Jüngeren; unter großen Wohngruppen werden Gruppen von 13-20 Personen verstanden. Insgesamt lebten 46 % der Personen in Gruppen zu bis zu 12 Plätzen, 24 % lebten in solchen von 16 bis 20 Plätzen.

Die Gruppengröße nimmt mit der Größe der Einrichtung zu. Für die kleineren Einrichtungen ergab sich ein Durchschnittswert von 8,1 Bewohner pro Gruppe, für die mittleren von 12,4 und für die großen gar von 13,4. Die weit überwiegende Mehrheit der über 50jährigen lebte in Einzel- oder Doppelzimmern.

Von den über 50jährigen lebten über 120 Personen in gesonderten Pflegegruppen oder –stationen. In gerontopsychiatrischen Stationen lebten zum Zeitpunkt der Erhebung 35 der über 50jährigen.

Ca. ein Drittel der über 50jährigen Behinderten besuchten eine Werkstatt für Behinderte, etwa die Hälfte wurde auch tagsüber in der Wohngruppe betreut. Das stellt erhöhte Anforderungen an pädagogische Konzeptionen, die von den BetreuerInnen auch umgesetzt werden können, um die Lebensbegleitung und Betreuung älter werdender Menschen im Lebensbereich Wohnen und darüber hinaus auf Dauer zu gewährleisten.

Nur sieben der befragten Einrichtungen verfügten über eine eigene Werkstatt, die auch von den über 50jährigen Bewohnern besucht wurden. Die Bewohner der anderen Einrichtungen mussten teilweise erhebliche Fahrstrecken zurücklegen, um zu den Werkstätten zu gelangen.

„Die konzeptionell gewollte Trennung der Lebensbereiche Arbeit und Wohnen beinhaltet an dieser Stelle eine hohe Anforderung an die individuelle Mobilität der über 50jährigen Beschäftigten. Hinzu kommt, dass flexible Arbeitszeitmodelle für ältere Beschäftigte unter diesen Bedingungen ungleich schwieriger zu realisieren sind. In der Mehrzahl der Einrichtungen wirft die altersbedingte Einschränkung der Mobilität damit konzeptionelle und strukturelle Probleme auf. Befindet sich die Werkstatt in gleicher Trägerschaft, wie dies bei 10 Einrichtungen der Fall ist, sind sicher noch bessere Möglichkeiten zur Kooperation auch hinsichtlich besonderer Angebote für ältere Menschen gegeben“ (AK Wohnen 1997, S. 14 f.).

10 der Einrichtungen gaben an, über spezifische Angebote für die Betreuung älterer Menschen zu verfügen. 11 dieser Einrichtungen verfügten über solche Angebote nicht, stellen jedoch schon Überlegungen in dieser Hinsicht an. Ein Drittel der Einrichtungen hatten sich allerdings noch keinerlei Gedanken in dieser Richtung gemacht.

In 14 Einrichtungen gab es keinerlei tagesstrukturierende Angebote für ältere Bewohner, wobei es sich überwiegend um kleinere und mittlere handelte.

Zwei Einrichtungen stellten „rühmliche Ausnahmen“ dar, sie verfügten über ausgefeilte konzeptionelle und schriftliche fixierte „Maßnahmenkataloge“ mit dementsprechenden personellen und räumlichen Ausstattungen.

Daneben waren in vielen Einrichtungen zumindest partiell Formen der Seniorenarbeit vorhanden, vor allem in Form von Gruppenarbeit:

- Feste Seniorengruppen/Seniorenkreise in der Einrichtung
- WfB-Gruppen für Senioren
- Teilnahme an gemeindeintegrierten Gruppen
- Themenbezogene Seniorenprojektgruppen
- Teilnahme an themenbezogenen Kleingruppen

Spezifische individuelle Angebote für einzelne ältere Bewohner fanden innerhalb der Wohngruppen statt.

Ein großer Teil der über 50jährigen fand überdies Beschäftigungen *außerhalb* der WfB's oder der Wohngruppen, wie z. B. Botengänge, umfassende tagesstrukturierende Maßnahmen etc.

Die *Qualifikation* der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen der münsterländischen Behindertenhilfe wies einen hohen Anteil an pädagogisch ausgebildeten Fachkräften auf (40 %); andererseits gab es jedoch auch noch relativ viele Beschäftigte auf der HelferInnen-Ebene (30 %).

Große und kleine Einrichtungen waren eher pädagogisch als pflegerisch orientiert, bei mittleren hielten sich pädagogische und pflegerische Qualifikationen die Waage; überdies verfügten die mittleren Einrichtungen noch über einen hohen HelferInnen-Anteil.

Die *Altersstruktur* der betreuenden und pflegenden MitarbeiterInnen schlüsselte sich wie folgt auf:

Alter	Anteil
20-30 Jahre	29 %
31-40 Jahre	34 %
41-50 Jahre	22 %
Über 50 Jahre	15 %

Das Personal war also zum Zeitpunkt der Erhebung relativ jung, der Anteil der 20-40jährigen MitarbeiterInnen betrug zusammen 63 %.

Die *Geschlechterverteilung* war allerdings ebenso eindeutig:

Frauen 76 %

Männer 24 %,

was dem noch immer vorherrschenden gesellschaftlichen Trend entspricht, personenbezogene soziale Dienstleistungen als „Frauensache“ zu betrachten.

Die MitarbeiterInnen im *Gruppenergänzenden Dienst (GED)* waren vor allen Dingen in folgenden Bereichen tätig:

- Praxisanleitung
- Psychologischer Dienst
- Therapie/Krankengymnastik
- Freizeitpädagogik
- Seelsorge
- Altenbetreuung

Kleinere Einrichtungen hatten im Bereich der GED's generell weniger Möglichkeiten als mittlere oder große. Mittlere Einrichtungen verfügten über einen erhöhten Anteil an Altenbetreuung, was sich durch ihren höheren Altenanteil leicht erklären lässt. Seelsorgerische Tä-

tigkeiten im Rahmen der GED's waren ausschließlich in den mittleren und großen Einrichtungen anzutreffen.

Zu erwähnen ist noch, dass die Leitidee des *lebenslangen Wohnangebots* für Rentner/innen, die nicht mehr in den Werkstätten für Behinderte tagsüber beschäftigt bzw. betreut werden, speziell in kleineren Einrichtungen aufgrund der Sparzwänge extrem gefährdet ist und der Grundanspruch der Eingliederungshilfe dem Rotstift zum Opfer zu fallen droht. Diese Personengruppe droht in Pflegeheime abgeschoben zu werden, wenn sie bisher in kleineren Einrichtungen der Behindertenhilfe lebte und einen bestimmten Grad von Pflegebedürftigkeit überschritten hat. Hier muss dringend über neue Konzepte der Tagesbetreuung für ältere Menschen nachgedacht und noch deutlicher über Verbundsysteme und trägerübergreifende Zusammenarbeit diskutiert werden.

Nun zur Berliner Studie (vgl. M. Seifert 1993). Hier wird besonders darauf verwiesen, dass Menschen mit geistiger Behinderung – erst recht ältere Menschen – oft auch an *psychischen Erkrankungen* leiden, die zusätzlicher Betreuungsmaßnahmen bedürfen.

„Um die Notwendigkeit von Fachdiensten – speziell bei Problemverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung – zu begründen, hat die Stiftung Neuerkode eine Erhebung zum Bedarf diagnostischer und therapeutischer Angebote in der Region durchgeführt (vgl. MICHELS 1992). Es wurden Fragebögen über 1612 Personen mit geistiger Behinderung in Region Braunschweig – Wolfenbüttel – Helmstedt (Familie, Wohnheime und Wohngruppen, Außenwohngruppen, betreutes Wohnen, Wohngruppen im Vollzeitheim, Landeskrankenhaus) ausgewertet. Etwa die Hälfte dieser Personen weist deutliche psychische Auffälligkeiten auf, wobei provozierendes Sozialverhalten (34 %), aggressives Verhalten gegen Personen (29 %), zwanghaftes Verhalten oder Stereotypen (28 %) sowie depressives Verhalten, Passivität oder Rückzug (26 %) und Unruhe bzw. Überaktivität (26 %) am häufigsten vorkommen. 18 % bekommen Psychopharmaka... MICHELS zieht daraus den Schluß, daß der Mangel an Beratungs- und Therapieangeboten für gemeindeintegrierte Wohnformen bei diesem Personenkreis die Betreuungsform bestimmt: Psychische Störungen führen zu Ausgrenzung“ (M. Seifert 1993, S. 27).

In der Zusammenfassung der Ergebnisse der Berliner Studie wurden von folgenden Leitlinien der Behindertenpädagogik ausgegangen:

- Verwirklichung der allgemeinen Menschenrechte
- Subjektzentrierung in der pädagogischen Praxis
- Normalisierung der Lebensbedingungen und Gemeinwesenintegration (vgl. zum Folgenden: M. Seifert 1993, S. 236 ff.).

Im Erhebungszeitraum 1990 - 1992 verteilten sich geistig Behinderte in Berlin zahlenmäßig auf folgende Einrichtungen:

- 627 Personen mit schwerer geistiger Behinderung in 44 Berliner Wohnheimen (32 % aller Wohnheimbewohnerinnen und –bewohner mit geistiger Behinderung)
- 1293 Personen mit geistiger Behinderung in 23 Krankenhäusern und 52 pflegerischen Einrichtungen (davon 698 mit schwerer geistiger Behinderung)
- [97 % aller in diesen Einrichtungen lebenden Personen mit geistiger Behinderung]
- 11 Dauerbewohnerinnen und –bewohner mit schwerer geistiger Behinderung in drei Kurzzeitheimen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass zu Beginn der 90er Jahre „die Bedingungen in den Ost-Berliner Einrichtungen insgesamt ungünstiger sind als in Berlin-West“. Das dürfte sich jedoch inzwischen in den letzten Jahren etwas ausgeglichen bzw. relativiert haben.

Hier einige der wichtigsten Ergebnisse:

- 1. Anzahl der Personen mit geistiger Behinderung:** Nach den Ergebnissen der Untersuchung lebten zu Beginn der 90er Jahre in Berlin ca. 8000 Menschen mit geistiger Behinderung; das entspricht 0,23 % der Gesamtpopulation (0,44 % der Kinder und Jugendlichen sowie 0,16 % der Erwachsenen). 53 % davon wurden in ihren Familien betreut, 24 % lebten in Wohnheimen, 7 % in Form des Betreuten Wohnens, 6 % waren in Krankenhäusern, Krankenheimen, Alten- und Pflegeheimen untergebracht. Die Daten sind *Mindestzahlen*, da nur die amtlich registrierten geistig Behinderten erfasst werden konnten; von einer gewissen „Dunkelziffer“ ist also auszugehen.
- 2. Anteil der Personen mit *schwerer* geistiger Behinderung:** Der Anteil der Personen mit *schwerer* geistiger Behinderung, die in ihrer Familie lebten, betrug 34 %, bei den in Wohnheimen lebenden Behinderten 32 % und bei den in Krankenhäusern/pflegerischen Einrichtungen Untergebrachten 52 %. Ein Großteil dieses Personenkreises hatte zudem zusätzliche Handicaps, wie z. B. Problemverhalten (z. B. aggressives Verhalten, Selbstverletzungen etc.), psychische Erkrankungen, erhebliche Körper- oder Sinnesbehinderung, hohes Maß an Pflegebedürftigkeit.
- 3. Betreuungssituation der BewohnerInnen mit schwerer geistiger Behinderung in Wohnheimen:**
 - Größe der Heime: 6 bis 120 Plätze (Durchschnitt: 40 Plätze)
 - Größe der Gruppen: 4 bis 18 Plätze (Durchschnitt: 8 Plätze)
 - Räumliche Bedingungen in den Gruppen:
 - 52 % Einbettzimmer, 32 % Zweibettzimmer, 16 % mehr als Zweibettzimmer;
 - 99 % verfügten über einen eigenen Gemeinschaftsraum;

- 86 % hatten eine Küche;
 - 53 % hielten die sanitären Anlagen für ausreichend;
 - bei 92 % der Gruppen verfügten die BewohnerInnen über einen eigenen Schrank.
- 4. Personalsituation:** 70 % der Wohnheime hielten der Personalschlüssel in den Gruppen mit schwer geistig Behinderten und 75 % der Vertretungsmittel *nicht* für ausreichend. Es bestand zudem ein großes Defizit an pädagogisch ausgebildetem Personal. Die Supervision wurde von fast 70 % der Einrichtungen als *unzureichend* erachtet.
- 5. Tagesstruktur:** Über 70 % der Wohnheime hielten das Förderangebot (Therapie/Bildung/Arbeit/Beschäftigung) für die BewohnerInnen mit schwerer geistiger Behinderung für *nicht* ausreichend. Es fehlten Arbeits- und Beschäftigungsplätze in Werkstätten und/oder Tagesstätten. 13 % erhielten überhaupt keine zusätzliche Förderung.
- 6. Teilnahme am gesellschaftlichen Leben:** Aktivitäten *außerhalb* der Wohnheime waren bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung nur dann möglich, wenn genügend Personal zu ihrer Betreuung vorhanden war. Einige BewohnerInnen mit hohem Betreuungsbedarf nahmen selten oder nie an Unternehmungen Teil. Fast die Hälfte der Behinderten bekam selten oder nie Besuch von Angehörigen, Freunden oder Bekannten.
- 7. Krisenintervention:** Auch hier hielten ca. 70 % der befragten Wohnheime die ihnen zur Verfügung stehenden Kriseninterventionsmöglichkeiten für *unzureichend*. Knapp ein Viertel der BewohnerInnen mit schwerer geistiger Behinderung erhielt Neuroleptika.
- 8. Betreuungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Krankenhäusern und pflegerischen Einrichtungen:**
- a) Größe der Stationen:**
- In Krankenhaus-Stationen durchschnittlich 25 Plätze (Höchstzahl: 62);
 - in Stationen in pflegerischen Einrichtungen: durchschnittlich 35 Plätze (Höchstzahl: 82).
- b) Zusammensetzung der Stationen:**
- Je nach Einrichtungstyp wurden psychisch Kranke, chronisch kranke, körperlich behinderte oder alte pflegebedürftige Menschen, teilweise auch Alkohol Kranke, *zusammen* betreut. In einigen Kliniken gab es spezielle Stationen oder Wohngruppen für Personen mit geistiger Behinderung.

c) Räumliche Bedingungen:

In 9 % der Krankenhausstationen gab es Zimmer mit mehr als vier Betten (Höchstzahl: 16 Betten); 85 % verfügten über einen eigenen Gemeinschaftsraum; 83 % hatten eine Küche; 52 % hielten die sanitären Anlagen für ausreichend; bei 71 % der Stationen verfügten die PatientInnen über einen eigenen Schrank.

In den Stationen in pflegerischen Einrichtungen gab es überwiegend Zwei- bis Vierbettzimmer (Höchstzahl: 6 Betten); 97 % verfügten über einen eigenen Gemeinschaftsraum; 86 % stand eine Küche zur Verfügung; 34 % hielten die sanitären Anlagen für ausreichend; in 96 % der Stationen hatten die BewohnerInnen einen eigenen Schrank.

d) Personalsituation:

74 % der Krankenhäuser und 83 % der pflegerischen Einrichtungen hielten den Personalschlüssel für *nicht* ausreichend. Der Bedarf an zusätzlichen qualifizierten MitarbeiterInnen erwies sich als groß. 35 % der Krankenhäuser und sogar 60 % der pflegerischen Einrichtungen forderten eine Verstärkung des pflegerisch ausgebildeten Personals; mehr pädagogisch ausgerichtetes Personal wurde von 39 % der Krankenhäuser und von 27 % der pflegerischen Einrichtungen gefordert. In 17 % der Krankenhäuser und 52 % der pflegerischen Einrichtungen gab es keinerlei Psychologen- oder Therapeutenstellen.

e) Tagesstruktur:

80 % der Krankenhäuser und 74 % der pflegerischen Einrichtungen hielten das vorhandene Förderungs- und Beschäftigungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung für *nicht* ausreichend. Es fehlte an pädagogischem und therapeutischem Personal, die räumlichen sowie die strukturellen Bedingungen erlaubten keine Förderung der Selbständigkeit im Alltag. In den Krankenhäusern erhielten 18 % der Personen mit geistiger Behinderung *keinerlei* Förderung, in pflegerischen Einrichtungen traf das gar für 48 % zu.

f) Teilnahme am allgemeinen Leben:

Der Anteil der Personen mit geistiger Behinderung, die regelmäßig an Aktivitäten außerhalb der Stationen/Einrichtungen teilnehmen konnten, schwankten – je nach Art der Unternehmung – zwischen 25 und 40 %. Für ca. ein Viertel gehörten Aktivitäten außer Haus selten oder nie zum Alltagsgeschehen. 52 % der in Krankenhäusern lebenden und 41 % der in pflegerischen Einrichtungen versorgten Personen mit geistiger Behinderung hatten keinerlei Kontakt zu Angehörigen, Freunden oder Bekannten.

g) Krisenintervention:

Die Möglichkeiten für Krisenintervention wurden von 30 % der Krankenhäuser und von 39 % der pflegerischen Einrichtungen für *nicht* ausreichend gehalten. Ca. 50 % der Menschen mit geistiger Behinderung bekam Neuroleptika.

h) Ausgliederung:

87 % der Krankenhäuser und 65 % der pflegerischen Einrichtungen hielten für einen Teil der bei ihnen lebenden Personen mit geistiger Behinderung (ungefähr 30 %) eine Betreuung in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung zumindest für vorstellbar.

9. Betreuungssituation der DauerbewohnerInnen mit schwerer geistiger Behinderung in Kurzzeitheimen:**a) Räumliche Bedingungen:**

Neben Ein- und Dreibettzimmern gab es überwiegend Zweibettzimmer. Ein Gemeinschaftsraum und eine Küche waren vorhanden, die sanitären Anlagen sanierungsbedürftig. Die BewohnerInnen verfügten über einen eigenen Schrank.

b) Mitarbeiterqualifikation:

Teils ausschließlich pädagogisch ausgebildetes Personal, teils eine Mixtur aus pädagogisch, pflegerisch und nicht ausgebildetem Personal, teils nur Personal ohne besondere Ausbildung. Supervision Fehlanzeige.

c) Tagesstruktur:

Das Förderangebot wurde von zwei Einrichtungen für ausreichend, von einer nicht für ausreichend erachtet. Nur wenige besuchten eine Tageseinrichtung außerhalb. Drei Personen erhielten keinerlei Förderung.

d) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben:

Ein Teil der langfristig Betreuten nahm selten oder nie an Aktivitäten außer Haus teil. Etwa die Hälfte bekam ungefähr einmal im Monat Besuch von Angehörigen, Bekannten oder Freunden, um drei Personen kümmerte sich überhaupt niemand mehr.

Zusammenfassend schreibt Monika Seifert zur Situation in den hier besonders interessierenden Berliner *Wohnheimen* für geistig Behinderte:

„Die Bestandsaufnahme der Situation in den Wohnheimen zeigt hinsichtlich der Platzzahl, der Größe und Zusammensetzung der Gruppen sowie der Ausstattung ein breites Spektrum. Viele Einrichtungen – vor allem in Berlin-West – haben einen Standard, *der den Forderungen des Normalisierungsprinzips weitgehend entspricht* (Hervorhebung v. V.). Daneben gibt es eine Reihe von Einrichtungen, in denen die Rahmenbedingungen nicht dazu beitragen, die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner

mit schwerer geistiger Behinderung berücksichtigen zu können, zum Beispiel Gruppen mit mehr als sechs Personen und zu geringer Personalbesetzung oder eine Konzentration von Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren Behinderungen in einer Gruppe oder – noch gravierender – in speziellen Heimen. Das weit verbreitete Defizit an qualifiziertem Personal führt dazu, daß auf die besonderen Probleme von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung nicht adäquat eingegangen werden kann: Versorgung statt Aufbau von Beziehungen, Kommunikation, Stärkung der eigenen Fähigkeiten und Autonomie. Die Situation wird durch das *unzureichende Angebot an tagesstrukturierenden Maßnahmen für diesen Personenkreis* (Hervorhebung v. V.) – speziell durch den Mangel an Arbeits- und Beschäftigungsplätzen – noch verschärft. Ein zu geringer Personalschlüssel hat in manchen Gruppen zur Folge, daß Aktivitäten außerhalb des Wohnheims für eine Reihe von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht zum normalen Alltag gehören... Der Kreis schließt sich, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter diesen Bedingungen dem pädagogischen Anspruch, den sie sich gestellt haben, nicht genügen können und Symptome eines >Burn-out< entwickeln“ (M. Seifert 1993, S. 240 f.).

Dementsprechend wurde folgender „Forderungskatalog“ aufgestellt, der die Bedingungen in den Wohnheimen für Geistigbehinderte in Berlin verbessern helfen sollte:

- Anhebung des Personalschlüssels
- Verbesserung der Qualifikationsstruktur des Personals
- Mehr Beratungs-, Fortbildungs- und Supervisionsangebote
- Verkleinerung der Gruppen (maximal sechs Personen)
- Auflockerung der Gruppenstruktur durch Mischung der Behinderungsgrade
- Auflösung geschlechtshomogener Gruppen
- Erweiterung des Angebots an tagesstrukturierenden Maßnahmen
- Verbesserung der baulichen und räumlichen Bedingungen
- Einrichtung von interdisziplinär besetzten Beratungs- und Kriseninterventionsdiensten (vgl. M. Seifert 1993, S. 241).

Zusammenfassend kann man sagen, dass sowohl die Münsteraner als auch die Berliner Studie ein doch etwas uneinheitliches Bild ergeben. Ein großer Teil der Einrichtungen kam zwar den Anforderungen des „Normalisierungsprinzips“ nach, d. h. es wird sich weitestgehend bemüht, den Alltag der behinderten alten Menschen so normal wie möglich zu gestalten und dem Alltag der Durchschnittsbevölkerung anzunähern. Was jedoch bei einer ganzen Reihe von Einrichtungen fehlt, ist ausreichend qualifiziertes Personal, tagesstrukturierende Angebote sowie die Teilnahme der besonders „schweren Fälle“ am geselligen Leben. Ebenso ist teilweise in den Bereichen Gruppengröße (Verkleinerung), Geschlechtermischung (zu große Homogenität) und Absonderung der schwerer Behinderten (Auflockerung der Aufteilung in Behinderungsgrade) noch einiges zu verbessern. Was fast durchgehend fehlt, ist eine ausreichende Supervision.

4.2 Soziale Gerontologie in anderen Ländern – ein Vergleich

Der folgende Überblick ist eher ein *allgemeiner* Überblick über die sozialgerontologische bzw. pflegerische Situation in anderen Ländern, teilweise wird überwiegend der Stand der Theoriediskussion referiert. Dies ist in erster Linie auf die Heterogenität des Quellenmaterials zurückzuführen, empirische Befunde im engeren Sinne sind oft nicht leicht zu beschaffen.

4.2.1 Sozialgerontologie in den Niederlanden

Das Interesse an alten Menschen setzte in den Niederlanden erst nach dem 2. Weltkrieg ein, was sich auch aus dem Umstand erklären lässt, dass der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung vor dem Krieg nur ca. 5-6 % betrug (vgl. hierzu im Folgenden: R. J. van Zoneveld 1999). Die Niederländische Gesellschaft für Gerontologie wurde erst 1947 gegründet; ebenso war bereits ein Nationales Komitee für die Pflege älterer Menschen vorhanden. Aber erst 1954 aus Anlass zweier gerontologischer Tagungen bzw. Kongresse in Sheffield und London sowie der Gründung des *European Committee on Social Gerontological Research*, einer Unterabteilung der *International Association of Gerontology (IAG)*, wurde auch in den Niederlanden zunehmend der forschungsstrategische Schwerpunkt von der reinen biologischen bzw. medizinischen Betrachtung des Alterungsprozesses hin zu einer Einbeziehung auch der soziologischen, psychologischen, epidemiologischen, demographischen und gesellschaftlichen Aspekte verschoben, kurz: die Akzentverlagerung hin zu einer *interdisziplinär-ganzheitlichen* Sichtweise vollzogen. Diese Entwicklung wurde auch von halböffentlichen Organisationen im Bereich der angewandten Gesundheitsforschung unterstützt. Eine der ersten größeren Untersuchungen bei über 65jährigen fand 1954 in Groningen statt, an der über 3000 Personen teilnahmen; später fand eine landesweite Untersuchung statt, die 3149 Personen über 65 Jahre einschloss und folgende Aspekte mit berücksichtigte:

- a) Eine extensive soziale und medizinische Anamnese
- b) Eine Untersuchung des körperlichen Zustandes
- c) Ein standardisiertes sozialpsychologisches Interview (über Lebensstil, allgemeine Einstellungen, Meinungen inkl. eines Gedächtnistests).

Diese Untersuchung wurde mit denselben Interviewten, insoweit sie noch lebten, in regelmäßigen Abständen wiederholt; sie wurde zur Initialzündung für daran sich anschließende weitere empirisch orientierte *surveys*. Die bei diesen Untersuchungen beteiligten Interviewer nahmen dies zum Anlass, sich auf dem Gebiet der Sozialgerontologie zu professionalisieren,

woraus letzten Endes eine 2 ½-jährige Zusatzausbildung für medizinisch-klinische Pflegeheime resultierte, die nach der eigentlichen Ausbildung absolviert wird, und die heute in den Niederlanden inzwischen zum Standard zählt.

Ein weiterer Anstoß für den Ausbau der *Sozialgeriatrie* stellte die Feststellung von regionalen Organisationen für ambulante Dienste für geistig Behinderte dar, dass die Anzahl der geistig verwirrten, psychisch oder verhaltensgestörten Hochbetagten über 80 Jahre seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts stark zunahm. Pflegekräfte und Sozialarbeiter verlangten nach zusätzlichen Informationen und Ausbildungsgängen, um dieser Klientel gezielter helfen zu können. So entstand eine Postgraduierten-Zusatzausbildung über 3 ½ Jahre, die sich allerdings vor allem auf somatische Krankheiten spezialisierte. Die Postgraduierten, die eine solche Ausbildung absolviert haben, werden von der Königlich Niederländischen Mediziner-Vereinigung als Mitglieder aufgenommen. Aber die Ausbildung beschränkt sich eben noch auf klinische Geriatrie, der sozialmedizinische Faktor kommt dort noch zu kurz. Für die jedoch, die außerhalb der Mauern von Kliniken oder Pflegeheimen vor allen Dingen im ambulanten Bereich tätig sind, ist diese Ausbildung nicht ausreichend, die *Sozialgeriatrie* als zusätzlicher Gesichtspunkt ist für Ärzte und Pflegekräfte von großer Wichtigkeit.

Die *Sozialgeriatrie* ist Teil der allgemeinen Sozialmedizin und wurde etwa Ende der 60er Jahre als Spezialdisziplin wie folgt definiert:

„Social geriatrics is that part of geriatrics which studies in the population of the aging (50+) and aged (65+) the relation and interaction between health, disease and disability on the one hand and the environment, in its wider sense i. e. physical, biological and chemical as well as psychic/mental, social and societal on the other hand; and which furthermore, determines and evaluates the measures resulting from these studies for the promotion of health and the prevention, control and aftercare of sickness and disability in these or populations groups.

Although, at that time the term >quality of life< was beginning to be used here and there, the above definition points already in the direction of that now widely acknowledged concept, not in the least for the older part of mankind“ (R. J. van Zoneveld 1999, S. 90).

Sozialgeriatrie in diesem Sinne ist einem (freilich instabilen) *Gleichgewichtsmodell* verpflichtet, das das menschliche Leben als dynamischen Prozess auffasst¹⁵:

„An interaction means, of course, a dynamic process. This exists, in the context of this article, in particular regarding the health (condition) of elderly people, often but certainly not always a sort of balance between >normal< and >abnormal< phenomena and process. This balance, however, is generally speaking, an unstable equilibrium. All kinds of inter-

15 Vgl. auch die Ausführungen über die „Ökologie des Alterns“ in Kap. 3.

nal and external influences and processes can disturb physical and/or social conditions and status of an old person“ (R. J. van Zoneveld 1999, S. 90).

Sozialgeriatrie ist in den Niederlanden inzwischen zumindest teilweise als Unterdisziplin der allgemeinen Medizin anerkannt, ebenso wie die klinische Geriatrie, die seit 1982 als eigenständige wissenschaftliche Disziplin gilt. Die *Psychogeriatric* ist freilich von dieser (erfreulichen) Entwicklung noch abgekoppelt, so dass zwischen Sozial- und Psychogeriatric – zumindest was ihre offizielle akademische/wissenschaftliche Anerkennung anbetrifft – noch eine gewisse Lücke klafft. Nichtsdestotrotz werden in der Praxis von Sozialgeriatern, Sozialpsychiatern und Pflegekräften auch schon psychogeriatric Ansätze angewandt und in deren Ausbildung sozusagen „inoffiziell“ bzw. „unter der Hand“ berücksichtigt (vgl. R. J. van Zoneveld 1999, S. 90).

Landesweit (Stand Ende der 90er Jahre) gibt es in den Niederlanden etwa 250 Vollzeit-Sozialgeriater, die von der RIAGG (auf Deutsch: Regionale Einrichtungen für ambulante [soziale] Pflege der geistigen Gesundheit) in der Abteilung für ältere und alte Menschen beschäftigt werden (vgl. R. J. van Zoneveld 1999, S. 90).

Neue Wege werden in den Niederlanden auch hinsichtlich der möglichst weitgehenden *Verselbständigung* geistig behinderter Erwachsener beschritten, was natürlich in erster Linie Menschen im erwerbsfähigen Alter betrifft; aber davon können selbstredend auch ältere Menschen profitieren bzw. die jetzt Erwerbstätigen (z. B. in beschützenden Werkstätten), die ihr Selbständigsein auch später ins Rentenalter mit „hinübernehmen“ (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999).

Appel/Schaars (1999) fassen die bisher gängigen Modelle der Betreuung von geistig behinderten Erwachsenen in den Niederlanden in einem Schema, dargestellt auf S. 114, zusammen. Sie finden allerdings, dass besonders die drei letzten Ansätze zwar teilweise brauchbar und gut gemeint, in der alltäglichen Praxis jedoch „pur“ oft nur schwer umzusetzen seien. Deshalb haben sie eine eigene Methode entwickelt, die ihren Angaben nach viel mit dem „Lebens- und Beziehungsmodell“ zu tun habe (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 23).

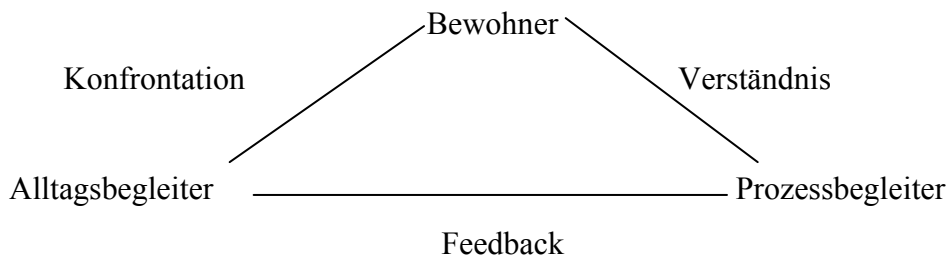
Abbildung 2: Unterschiedliche Betreuungsmodelle von geistig Behinderten in ihrer historischen Abfolge
(vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 23)

Medizinisches Modell	Der Mensch mit geistiger Behinderung wird als ein Kranker angesehen. Darum werden Menschen mit geistiger Behinderung wie Kranke behandelt.
Entwicklungsmodell	Das Hauptaugenmerk liegt auf der Umgebung eines Bewohners. Der Mensch mit geistiger Behinderung hat sich langsamer entwickelt. Bietet man ihm den Lehrstoff auf rechte Art und Weise an, kann er sich weiter entwickeln. Zeigt er auffälliges Verhalten, kann man dies durch Lob und Strafe verändern.
Normalisierungsprinzip	Der Mensch mit geistiger Behinderung soll so >normal< wie möglich leben. Die Lebensumstände sollen denen der Allgemeinbevölkerung so nahe wie möglich kommen.
Integrationsgedanke	Es soll keinen Unterschied mehr zwischen einem Behinderten und einem Nichtbehinderten geben. Jeder Mensch mit einer geistigen Behinderung nimmt wie alle anderen auch am gesellschaftlichen Leben teil, soweit möglich.
Lebens- und Beziehungsmodell	Die geistige Behinderung ist nicht mehr von Bedeutung. Menschen mit geistiger Behinderung und alle anderen sind gleichberechtigt. In der Beziehung mit anderen kann der geistig Behinderte sich weiter entwickeln, aber er bestimmt über sich selbst.

Diese Methode von Appel/Schaars umfasst drei Interaktionsebenen, die sich gegenseitig ergänzen und stützen sollen:

- Die Interaktionen zwischen Heimbewohnern und Alltagsbegleitern (*Konfrontation*)
- Die Interaktionen zwischen Bewohnern und Prozessbegleitern (*Verständnis*)
- Die Interaktionen zwischen Alltags- und Prozessbegleitern (*Feedback*) (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 25).

In einem Schema, dargestellt auf nachfolgender S. 115, sieht dieses Dreiecksbeziehung wie folgt aus (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 25):



Appel/Schaars erläutern dies an einem konkreten Beispiel:

„Bewohner René pflegt sich nicht und duscht selten. Alltagsbegleiterin Inge macht für René einen Plan, in dem er ankreuzen muß, daß er sich jeden Tag duscht und rasiert (Konfrontation). Prozessbegleiter Johan interessiert sich nicht für das Resultat, aber er fragt sich, woher es kommt, daß René sich nicht pflegt (Verständnis). Dabei kommt heraus, daß René sich ärgert, daß er so durch Inge kontrolliert wird; das war zu Hause bei seinen Eltern genauso. René entwickelt maßlosen Widerstand, wenn er nicht ernst genommen wird. Prozessbegleiter Johan spricht mit der Alltagsbegleiterin Inge darüber und macht den Vorschlag, die Verantwortung über Körperhygiene René selbst zu überlassen (Feed-back).

Hier zeigt sich, daß der Bewohner nicht von einem Betreuer abhängig ist, und daß alle Interaktionen fortlaufend überprüft werden“ (M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 25).

Dieses Alltagsbegleiter/Prozessbegleiter-Modell hat sich offenbar in der Praxis gut bewährt und wird bereits in vielen Heimen für geistig Behinderte in den Niederlanden angewandt. Ziel ist eine möglichst weitgehende *Verselbständigung und Autonomie* der erwachsenen geistig Behinderten, die ebenso in unterschiedlichen *Wohnformen* allmählich in die Selbständigkeit „entlassen“ werden sollen, nicht zuletzt aus Kostengründen: das niederländische Modell scheint in der Tat erfolgversprechende Kostendämpfungseffekte erzielen zu können, die *nicht* zu Lasten der Behinderten gehen (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 12).

Die unterschiedlichen Wohnformen (vgl. M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 29 ff.) gliedern sich je nach Selbständigkeitsgrad des Behinderten wie folgt auf:

- Wohnstätte. In dieser Wohnform leben erwachsene geistig Behinderte, die noch umfangreicher Betreuung bedürfen. In diesen ist auch noch ein Gruppenleiter anwesend sowie Betreuungspersonen, die jederzeit ansprechbar sind.
- Wohngruppen. Sie befinden sich in unmittelbarer Nachbarschaft der Wohnstätte. Behinderte, die eine solche Wohnung beziehen, müssen noch lange nicht selbständig und sind noch häufig auf Handreichungen der Betreuer angewiesen. Nichtsdestoweniger verselbständigen sie sich allmählich und sind schon unabhängiger als diejenigen Behinderten, die noch in der Wohnstätte leben.

- Außenstellen. „Außenstellen nennen wir Gruppenwohnungen für zwei bis fünf Menschen in der Nachbarschaft der Wohnstätte. Die angebotene Betreuung ist aber weniger intensiv als in der Wohngruppe. Die Bewohner sind selbständiger und tragen die Verantwortung für alltägliche Aufgaben wie:
 - die Versorgung des Haushalts,
 - den Umgang mit dem Haushaltsgeld,
 - die Zubereitung der Mahlzeiten,
 - das Besorgen von Einkäufen“ (M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 30 f.).
- Begleitetes selbständiges Wohnen. „Diese Regelung gibt es in den Niederlanden seit 1988. Sie ist für Menschen mit geistiger Behinderung vorgesehen, die über ein großes Maß an Selbständigkeit verfügen. Bewohner, die das Angebot des betreuten selbständigen Wohnens nutzen, gelten nicht mehr als Mitglieder der Wohnstätte und bezahlen folglich keinen AWBZ-Beitrag (das ist eine niederländische Versicherung, durch die besondere Kosten bezahlt werden, wie Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung und [Krankenhaus-]Aufnahme für mehr als ein Jahr). Ihre Betreuung ist in einer Abmachung beschrieben und festgelegt. Auch die Bewohner solcher Wohnungen erhalten Betreuung nach Bedarf genauso wie die Bewohner von Außenstellen“ (M. Appel/W. K. Schaars 1999, S. 31).

Dass diese Maßnahmen dringend nötig sind, um die Pflege- und Altenheime für hilfsbedürftige Menschen mittel- bis langfristig zu entlasten, zeigt schon alleine der Umstand, dass die Niederlande mit 10 % mit Abstand die höchste Quote an Heimbewohnern über 65 Jahre innerhalb der EU aufweist (zum Vergleich: Deutschland ca. 5 %; damit liegt Deutschland im „Mittelfeld“) (vgl. A. Jamieson 1999, S. 400).

4.2.2 Soziale Gerontologie und Pflegepolitik in Skandinavien

Die skandinavischen Länder galten in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg als die Hochburgen des „sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates“, am ausgeprägtesten Schweden (vgl. S. O. Daatland 1999). Angefangen hatte es nach dem Krieg auf sehr niedrigem Niveau: Hilfe und Pflege für ältere Menschen konzentrierten sich zunächst noch auf Altenheime, die nach dem Muster der Armenhäuser zu Beginn des 20. Jahrhunderts gestaltet waren. In den frühen 50er Jahren, wurden dann vereinzelt Haushaltshilfen und häusliche Pflege eingeführt (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 411).

Das änderte sich jedoch bis etwa Anfang der 70er Jahre radikal; vor allem die 60er Jahre können als das „goldene Zeitalter“ einer expansiven staatlichen Sozialpolitik betrachtet werden. Institutionalisierte Hilfe für alte Menschen wurde in dieser Epoche vor allem in Form eines Ausbaues von stationären Pflegeeinrichtungen angeboten, auf Kosten der traditionellen Altenheime. Auch häusliche Hilfe und Pflege wurde damals erweitert und professionalisiert, später von (sozialen) Dienstleistungszentren unterstützt; ebenso kam bereits das „betreute/beschützte Wohnen“ (sheltered housing) auf, das ein Bindeglied zwischen ambulanter Betreuung zu Hause und der Unterbringung in stationären Einrichtungen darstellte. Die institutionalisierte Pflege verlor ihren „totalen“ Charakter (Goffman) und wurde von den kommunalen Servicecentern mehr als Rund-um-die-Uhr-Dienstleistung bei Bedarf verstanden; auch Kurzeintaufenthalte in stationären Einrichtungen wurde möglich. Ausgangspunkt dieser Entwicklungen waren ehrenamtliche bzw. Freiwilligenorganisationen, sie wurden aber alsbald von der offiziellen Politik aufgegriffen und auf lokaler bzw. regionaler Ebene von Staats wegen übernommen und institutionalisiert (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 411 f.).

Zwar wurde die Hilfe für und Pflege von älteren Menschen auch auf der Ebene sozialer Dienstleistungen in erster Linie nach dem Muster medizinischer Versorgung vorgenommen, nichtsdestoweniger wurde in dieser Ära das soziale Netz nach dem „Gießkannenprinzip“ für Alle, unabhängig von sozialer Stellung und Einkommen, immer engmaschiger geknüpft, wobei dieses Wachstum an sozialen Dienstleistungen anscheinend an keine Grenzen stieß. Dies wiederum verursachte nicht-intendierte zusätzliche Kosten, die durch den sozialen Wandel in den skandinavischen Gesellschaften vor allen Dingen seit den 70er Jahren obendrein dadurch erhöht wurden, dass durch die Veränderungen in der Familienstruktur, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und interne Faktoren im Dienstleistungssystem selbst (höhere Löhne, bessere Ausstattung etc.) die Ansprüche an die sozialen Sicherungssysteme immer größer wurden. Es gab zusehends eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage. Trotz weiter steigender Ausgaben litt die „Zielgenauigkeit“ der Sozialdienste in stetig wachsendem Ausmaß (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 412 f.).

Der Staat war gezwungen, angesichts der davon galoppierenden Kosten bei gleichzeitig sinkendem Nutzen zu reagieren. Wie sahen nun die Strategien in den 70er und vor allem in den 80er Jahren aus, um diesen ausufernden Entwicklungen gegenzusteuern, übrigens schon in Zeiten, wo von der „Krise des Sozialstaates“ erst in Ansätzen, wenn überhaupt, die Rede war?

„The general response to scarcity is to rationalise and make better use of whatever resources are made available. Within the great variation of strategies adopted to achieve this, common features emerged in terms of three interrelated strategies.

The first approach was mainly technical, and aimed at improving the fit between services and needs: What is the better profile of services? The second approach was of a more normative character, and concerned how to distribute and make priorities between clients when resources are *limited*. *The key words here are targeting and selectivity* (Hervorhebung v. V.), which aimed at improving the fit between needs and services and to give priority to the most needy: To whom should what level of services be provided? The third approach is the more fundamental in the sense that it relates to the organisation and co-ordination of the service system. Who should provide services? How should responsibilities be divided and service delivery be organised? What mix of responsibilities between the formal and the informal, the public and private, sectors is the best? *The emerging responses may be subsumed under the headings of decentralisation and privatisation* (Hervorhebung v. V.)“ (S. O. Daatland 1999, S. 413).

Vor allem in Schweden wurde sich jetzt verstärkt auf die Hilfsbedürftigsten konzentriert (Selektivität), verbesserte Zielgenauigkeit bei den Hilfsmaßnahmen sowie Dezentralisierung und Privatisierung praktiziert. *Zunächst* aber wurde im Verlaufe der 70er die einseitige Bevorzugung stationärer Einrichtungen gegenüber der Pflege und Versorgung zu Hause peu à peu zurückgenommen; in Schweden und Dänemark sind heute nur noch halb so viele alte Menschen in stationären Einrichtungen wie zu Beginn der 70er Jahre; in Norwegen sind die Gewichtsverlagerungen zwischen ambulant/stationär weniger einschneidend verlaufen (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 414). Aber auch *innerhalb* der institutionalisiert-stationären Pflege und Betreuung gab es z. T. radikale Veränderungen. Waren z. B. 1965 erst ca. 50 % der alten Menschen in stationären Einrichtungen über 80, so sind es heute ungefähr 75 % (vgl. S. O. Daatland, 1999, S. 415). Die alten Menschen kommen heute später in stationäre Einrichtungen als früher, die Aufenthaltszeiten werden kürzer. „Following the more strict selectivity in admission policies, residents moved in later, and in general stay there for a shorter time, implying that relatively more people are now served per bed than earlier“ (S. O. Daatland 1999 S. 416).

In Pflegeeinrichtungen werden vermehrt Einbettzimmer angeboten; in Dänemark gibt es praktisch nur noch solche, während in Schweden und Norwegen immerhin noch ein Drittel bis zur Hälfte der PflegeheimbewohnerInnen sich ein Zimmer mit zumindest einer anderen Person teilen müssen. Der Unterschied in der Entwicklung der Zimmerzahlen liegt wohl nicht zuletzt darin begründet, dass Pflegeheime in Dänemark primär unter sozialen Gesichtspunkten gesehen werden, während es in Schweden und Norwegen vor allem um eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die pflegebedürftigen Alten geht (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 416).

Der Trend geht jedoch eindeutig in Richtung De-Institutionalisierung, d. h. der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege ist in erster Linie eine nicht-intendierte Folge des wachsenden Kostendrucks. In Schweden wird wieder vermehrt auf die Mithilfe der pflegenden Familienangehörigen oder der Ehepartner/Lebenspartner gesetzt, die Hilfe konzentriert sich auf alleinlebende alte Menschen, auch im Bereich der ambulanten Pflege. Diese höhere Selektivität bedeutet allerdings eine teilweise Re-Privatisierung bzw. Re-Familiarisierung der Pflege, soziale Dienstleistungen werden auf die „wirklich Bedürftigen“ eingeschränkt. Darüber hinaus werden in Schweden immer mehr ambulante soziale Dienstleister aus der privaten Wirtschaft rekrutiert, Schweden nähert sich damit der kontinentaleuropäischen „Lösung“ an. Dänemark geht da noch andere Wege, hier findet eine volle Substitution des Abbaus stationärer Hilfen durch einen Ausbau ambulanter Pflege und Betreuung für Alle statt; Norwegen situiert sich irgendwo dazwischen (vgl. S. O. Daatland 1999, S. 418 f.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Schweden vor allen Dingen seit Beginn der 90er Jahre am meisten „liberalisiert“ und „dereguliert“ wurde und sich damit am weitesten vom alten skandinavischen Wohlfahrtsmodell entfernt hat; Dänemark hat seine Sozialstandards vor allem durch Umschichtungen und Schwerpunktverlagerungen (vom stationären hin zum ambulanten Bereich) im Großen und Ganzen beibehalten; das mehr traditionelle Norwegen, wo die Sozialstandards immer etwas niedriger waren als in Schweden und Dänemark, ging einen Mittelweg. Tendenziell jedoch besteht für alle drei Länder folgende Gefahr:

„When resources become limited, and the populations are becoming more segmented into heterogeneous groups, solidarity can crumble and the support for common, collective solutions may weaken. Many may then find themselves better served through private solutions, and if so, the emerging system may become a plurality of segmented groups and sectors in which inequality is growing and some are far better served than others“ (S. O. Daatland 1999, S. 423).

Dies würde dem Prinzip der „Menschenwürde für Alle“ diametral widersprechen, der universalistische Anspruch demokratischer Verhältnisse würde auf dem „Altar“ des Marktes geopfert.

4.2.3 Sozialgerontologie in Österreich

Die Entwicklung der (Sozial-)Gerontologie in Österreich ging zunächst von Medizinern, Biologen und Physiologen aus, also von *naturwissenschaftlich* ausgerichteter Forschung (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 48). Unter diesen Forschern und Wissenschaftlern war einer der

entscheidenden Wegbereiter Doberauer, der 1955 die *Österreichische Gesellschaft für Geriatrie* gründete. Bekannt wurden seine Fortbildungstagungen in Bad Hofgastein, an denen im Laufe der Jahre mehrere Tausend Ärzte aus Österreich, Deutschland und der Schweiz teilnahmen; der wissenschaftliche Ertrag dieser Treffen waren die 19 Bände des *Scriptum Geriatricum* (1962/63) (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 48).

Altersforschung hat in Österreich nach dem 2. Weltkrieg in erster Linie auf den Feldern der *Alterssoziologie* und der *Geriatrie* stattgefunden. Die Alterssoziologie in ihren neueren Varianten versteht sich vorwiegend als „Soziologie der Lebensalter“ bzw. „Lebensstufen“ und „(rückt)...die gesellschaftliche Differenzierung einer Vielzahl von Altersgruppen, Kohorten und Generationen in den Vordergrund...“ (A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 49). Bekanntester Vertreter dieser Fachrichtung ist *Leopold Rosenmayr* (vgl. L. Rosenmayr 1972; 1976; 1978). Die *Geriatrie* befasst sich dagegen zunehmend in ihrer mehr medizinisch orientierten Ausrichtung mit Fragen der Multimorbidität, der Identifikation von Risikopatienten unter präventiven Gesichtspunkten, der senilen Demenz, mit Fragen von Psychosomatik und Rehabilitation, der Problematik von Tod und Sterben etc.; dabei tritt immer entscheidender der Faktor der *Interdisziplinarität* in den Vordergrund (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 49 f.).

Die *Sozialgerontologie* kann eher als ein Komplex aus kognitiven, wissenschaftlich ausgerichteten und mehr praxisorientierten Handlungsfeldern angesehen werden. sie erfüllt „eine >Dachfunktion< über divergente Disziplinen hinweg.“ (A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 50) Sie ist somit eher ein Sammelsurium aus einzelwissenschaftlichen Erkenntnissen und leidet noch unter gravierenden methodologischen Schwächen (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 50).

1980 wurde das *Ludwig Boltzmann Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung* gegründet, das aus dem 1972 gegründeten *Institut für Altersforschung* hervorging. Diesem Institut gelang es, 1982 die *World Assembly of Aging*, einen von der UNO getragenen Kongress über Altersfragen, nach Wien zu holen; dies alles wertete den Status der Sozialgerontologie in Österreich entscheidend auf. Was jedoch noch fehlt, „ist die Etablierung der Sozialgerontologie als Studienfach an Universitäten oder auch als Berufsbildungsgang, etwa jenem für diplomiertes Sozialarbeitspersonal vergleichbar; es existieren keine Lehrstühle für Sozialgerontologie an Universitäten und bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben in Österreich nur zwei Personen die Lehrbefugnis für Sozialgerontologie erworben...“ (A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 51 f.). Generell haben zudem die Sozialgerontologen wie sämtliche anderen sozial-

wissenschaftlichen Disziplinen auch derzeit unter dem Ansturm neoliberaler Ideologie unter Mittelkürzungen und Legitimationsdefiziten zu leiden, weil sie sich angeblich nicht mehr „lohnen“ (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 54 f.).

Sozialgerontologie existiert nicht als universitäres Lehrfach, sondern hängt vom institutionalisierten Engagement interessierter Hochschullehrer ab. Im Bereich der nicht-akademischen Ausbildung sieht die Sache etwas anders aus:

„Unsere These lautet denn auch, dass die Sozialgerontologie in Österreich auf universitärem Boden eine prekäre Stellung hat, sich aber im Wege von Professionalisierungsprozessen beginnt, unter berufspraktischen Gesichtspunkten eine nicht-akademische Position zu erkämpfen“ (A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 55; im Original hervorgehoben).

Weiterbildung erfolgt beispielsweise in Wochenendseminaren, Intensivseminaren oder Speziallehrgängen, besonders am *Zentrum für Alternswissenschaften* in Krems. Gerontologisch ausgerichtete Ausbildungsformen findet man in Österreich als Sonderausbildungen für diplomierte Pflegekräfte, PflegehelferInnenausbildungen, Fachschulen für Sozial- und Altendienste sowie als HeimhelferInnenausbildung vor (zu diesen Ausbildungsgängen und deren Trägerorganisationen : A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 56 f.).

Zum Verhältnis von medizinisch-pflegerischen und Sozialberufen in Österreich kann zusammenfassend gesagt werden:

- Der medizinisch-pflegerische Bereich und die sozialen (sozialarbeiterischen) Berufe arbeiten weitgehend getrennt voneinander. Daraus erwächst die Notwendigkeit, in der Ausbildung von Pflegekräften vermehrt Wert auf die *psychosoziale* Dimension der Arbeit zu legen.
- Die Pflegeberufe sind medizinisch orientiert und an Institutionen gebunden. Das hat vermutlich in erster Linie mit ihrer langen „Emanzipationsgeschichte“ gegenüber Medizinern und Ärzten zu tun, was wiederum die *Professionalisierung* der Pflegeberufe beschleunigte.
- Ausbildung und spätere Berufstätigkeit von Pflegekräften sind, historisch gesehen, aus dem stationären Bereich der Altenpflege hervorgegangen. Außer dem Krankenhauspflegepersonal war es sonst keiner Berufsgruppe gestattet, Pflege autonom und professionell auszuüben. Das hat zu einem beträchtlichen *Personalmangel* bei Pflegekräften geführt und zu einer einseitigen Fixierung auf rein medizinisch-pflegerische Aspekte (vgl. A. Amann/B. Wiegele 1999, S. 58).

Demographische Veränderungen und damit einhergehende absehbare Kostensteigerungen im Gesundheits- und Sozialbereich, die wiederum nach Rationalisierungsmaßnahmen verlangen, werden in Zukunft einen erheblichen Bedarf an neuartigen sozialintegrativen und medizinisch-pflegerischen Techniken und Leistungen zur Folge haben, die mit den gegenwärtigen Strukturen noch nicht abgedeckt werden können.

„Anstrengungen im Aus- und Weiterbildungsbereich müssen deshalb an dieser Bruchstelle ansetzen, und Programme, die entwickelt werden, haben auf die historisch gewachsenen Bedingungen Rücksicht zu nehmen. Durch den vielerorts forciert vorangetriebenen Ausbau der ambulanten Altenhilfe erhöht sich das durchschnittliche Zugangsalter beim Eintritt in ein Heim (meist Pflegeheim) und damit verschlechtert sich folgerichtig der Gesundheitszustand bis zu diesem Zeitpunkt... Damit stellen sich aber auch erhöhte und neue Anforderungen an die Qualifikation des Personals ein: Vermehrter Umgang mit Demenzkranken, mit Altersdepressionen und mit Regressionen erfordere mehr und bessere psychosoziale Schulung, mehr und bessere Kenntnisse in Animation und Rehabilitation, eine genauere und systematischere Kenntnis des gesamten Pflegeprozesses“ (A. A-mann/B. Wiegele 1999, S. 59).

4.2.4 Soziale Gerontologie in der Schweiz

Die Sozialgerontologie ist – ähnlich wie die Sozialwissenschaften überhaupt – im eidgenössischen Wissenschafts- bzw. Hochschulbetrieb eher schwach verankert (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 65). Das hat nicht zuletzt damit zu tun, dass der schweizerische Sozialstaat – im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern – deutlich langsamer ausgebaut wurde und auch heute noch signifikant unter dem europäischen Durchschnitt liegt (vgl. P. Gilliland/S. Rossini 1995). Auch die fehlende urbane Kultur der Schweiz, die überwiegende Existenz von Klein- und Mittelstädten sowie der große Einfluss ländlicher Regionen in den Kantonen sind Gründe für die generell geringe Nachfrage nach sozialwissenschaftlicher Forschung und Wissen (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 66). Ferner verhindert der dezentrale und föderalistische Aufbau der Schweiz eine akademische Ausdifferenzierung neuer Fachrichtungen wie die Gerontologie. Fragen der Sozial-, Gesundheits- und Altenpolitik sind überdies Sache der Kantone, eine staatliche Zentralplanung und Ressortforschung existiert in dieser Hinsicht nicht (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 66).

Der Föderalismus der Kantone erzeugt einen ausgesprochenen Regionalismus, und dies hat für die Alters- und Gesundheitspolitik Konsequenzen dahingehend, dass „jede Region für analoge Probleme eigene Lösungen entwickelt“ (F. Höpflinger 1999, S. 66). Darüber hinaus wird Professionalisierung in der Altenarbeit dadurch geschwächt, „dass der Milizgedanke in vielen sozialen Aufgabenbereichen weiterhin verankert bleibt“ (F. Höpflinger 1999, S. 66).

Viele sozialpolitische Aufgaben, die in anderen Ländern von professionellen Kräften ausgeübt werden, werden in der Schweiz im Nebenamt erledigt (vgl. H. Geser 1986).

Zu einem stärkeren Interesse an der Altersforschung kam es erst gegen Ende der 80er Jahre, als demographische Veränderungen eine Steigerung von Professionalität und Wissenschaftlichkeit geradezu erzwangen (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 66).

In der Schweiz wird Altersarbeit und –hilfe vor allen Dingen von der privaten und gemeinnützigen Organisation *Pro Securitate* geleistet, die bereits 1917 gegründet wurde. Das Jahresbudget von *Pro Securitate* stammt je zur Hälfte aus privaten und öffentlichen Mitteln (1994 um die 110 Mio SFr). Von dieser Organisation werden landesweit z. Zt. ca. 350 Menschen beschäftigt, hinzu kommen rd. 12.000 freiwillige HelferInnen. „Pro Securitate“ ist vergleichsweise gut ausgebaut und vorwiegend auf folgenden Feldern tätig:

- Soziale Tätigkeit und soziale Beratung älterer Menschen
- Hilfe und Pflege zu Hause (beispielsweise Mahlzeitendienste, Haushaltshilfen etc.)
- Animation (Altersturnen, Alterssport, Selbsthilfegruppen usw.)
- Erwachsenenbildung (Vorbereitungskurse auf die Rentnerzeit, Gedächtnistraining, Ausbildung von freiwilligen Helfern) (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 67).

Die Tätigkeit von „Pro Securitate“ ist durchaus beachtlich und sehr praxisorientiert. Sie kommt ohne großes Expertenwissen aus, auch wenn in ihre Arbeit gewisse gerontologische Elemente einfließen. Größere Forschungsberichte über die Situation alter Menschen in der Schweiz wurde von der *Eidgenössischen Kommission für Altersfragen* initiiert, die 1966, 1979 und 1995 erschienen (vgl. Eidgenössische Kommission 1966, 1979 und 1995).

Die 1953 gegründete *Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG)* operiert in der gesamten Schweiz und hatte vor allem in den 70er und 80er Jahren drei Aufgaben zu bewältigen:

„Zum Ersten gelang ihr die Vermittlung und der Austausch von gerontologischen Informationen über die jeweiligen Sprachgrenzen hinaus (was interessierten Forschern und Laien die Chance bietet, französische und deutschsprachige Konzepte und Theorien zu integrieren). Zum Zweiten liegt ein Schwerpunkt der SGG darin, zwischen Forschung und Praxis zu vermitteln. Insbesondere gelang es ihr, die in den Nachbarländern erarbeiteten Forschungskonzepte und Ergebnisse in die Altersdiskussion der Schweiz einfließen zu lassen (wogegen die Bemühungen um einen Ausbau der schweizerischen Forschung nur langsam Früchte trugen). Zum Dritten umfaßt die SGG sowohl geriatrische Fachkräfte als auch sozialgerontologisch ausgerichtete Fachleute, und im Gegensatz zu anderen Ländern konnte die organisatorische Trennung in Geriatrie und übrige Gerontologie bisher vermieden werden“ (F. Höpflinger 1999, S. 68).

In den späten 70er und frühen 80er Jahren wurden erstmals im Rahmen gerontologischer Fragestellungen im engeren Sinne auch Erhebungen über die soziale Integration älterer Menschen vorgenommen (vgl. H. Tuggener/U. Mohr-Rohr 1984). Ähnliche Studien wurden über die wirtschaftliche Stellung älterer Menschen und über das Problem der Altersarmut erstellt, die durchaus umstritten waren (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 69).

In der Westschweiz, also im überwiegend französisch sprachigen Teil, wurden andere Forschungsschwerpunkte gesetzt: im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes NFP 3 wurde in Genf und Wallis eine Studie unternommen, die von einem differenzierungstheoretischen als auch Lebenszyklus-orientierten Ansatz ausging und demonstrierte, dass auch im Alter eine starke Pluralisierung der Lebenslagen eingesetzt hatte (vgl. GUGRISPA 1983). Im Gefolge dieser bedeutenden, leider im Ausland eher unbeachtet gebliebenen Studie gelang es, das erste gerontologische Forschungszentrum in der Schweiz in Genf zu gründen. Als Nebeneffekt dieser Forschungsdiskussion wurde in der Westschweiz der Ausbau bzw. die Gründung von Seniorenuniversitäten forciert (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 69).

Nach einer längeren „Durststrecke“ im zweiten Abschnitt der 80er Jahre war es gegen Ende dieses Jahrzehnts leider immer noch nicht gelungen, die soziale Gerontologie in der Schweiz fest zu institutionalisieren, aber dank des persönlichen Einsatzes kompetenter Forscher war es immerhin gelungen, Forschungsarbeiten auf hohem professionellen Niveau zu erstellen, die das Interesse an Altersfragen in breiteren Bevölkerungsschichten weckten und auf die differenzielle Lage älterer Menschen aufmerksam machten (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 70).

Die *Geriatric* wurde ebenso erst mit Verzögerung institutionalisiert. Die Geriatric ist – wie anderswo auch – ein „Stiefkind“ der Medizin, konnte allerdings von der vorhandenen, gut ausgebauten Infrastruktur des Gesundheitssektors profitieren. Auch hier hat die Westschweiz gegenüber dem deutschsprachigen Teil „die Nase vorn“: die Westschweiz stellt im Bereich der Geriatric die ambulante Pflege in den Vordergrund, die deutschsprachige Schweiz immer noch eher das Spital (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 70). Einzige Ausnahme in dieser Hinsicht bildet Basel (dies ist vielleicht auf die geographische Nähe zu Frankreich und Deutschland sowie zur dort ansässigen Pharmaindustrie zurückzuführen): hier wurde 1986 die erste „Memory-Klinik“ Europas gegründet; diese untersucht Personen auf demenzielle Erkrankungen, entwickelt Therapiemethoden und unterstützt die behandelnden Ärzte, Haushilfen und Familienangehörigen (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 71).

Aufgrund mangelhafter epidemiologischer Grunddaten beschloss die Schweizer Regierung zu Beginn der 90er Jahre „die Durchführung eines Nationalen Forschungsprogramms (NFP 32) zum Thema Alter und stellte für die Laufzeit von 1992-1998 ein Gesamtbudget von 12 Millionen Franken zur Verfügung. Gemäß Regierungsauftrag sollte das Forschungsprogramm (NFP 32) >Alter/Vieillesse/Anziani< dazu dienen, wichtige Forschungslücken im Bereich der schweizerischen Altersforschung abzudecken. Namentlich sollte untersucht werden, wie sozialpolitische Maßnahmen und Träger der Altershilfe den zukünftigen demographischen und gesellschaftliche Rahmenbedingungen angepasst werden können. Gleichzeitig sollte erforscht werden, welche Faktoren die Autonomie und Lebensqualität betagter und hochbetagter Menschen fördern bzw. die Entwicklungschancen des Alters stärken“ (F. Höpflinger 1999, S. 71 f.).

Das Forschungsprogramm war von vornherein *interdisziplinär* ausgerichtet, obendrein hatte seine *Anwendungsorientierung* oberste Priorität. Dies hatte Vor- und Nachteile. Ein klarer Nachteil war die mangelhafte theoretische Fundierung; ein Vorteil, dass von Anfang an Rückkopplung mit interessierten Fachkreisen der Altersarbeit unumgänglich war (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 72). Das Programm hatte folgende fünf Schwerpunktthemen:

- Stellung und Aktivitäten von RentnerInnen in der Gesellschaft
- Soziale und wirtschaftliche Lage älterer Menschen
- Prozesse der Pensionierung und des Übergangs in den Ruhestand
- Gesundheit und Krankheit im Alter
- Neue Behandlungs- und Pflegeformen für betagte Menschen (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 73).

Dieses Forschungsprogramm hat die Altersforschung in der Schweiz sicherlich beflügelt, es besteht jedoch die Gefahr, dass die gewonnenen Erkenntnisse wieder versickern. In der deutschsprachigen Schweiz wird zwar die Weiterentwicklung geriatrischer Fachausbildung ebenso angestrebt wie die Einrichtung neuer Lehrstühle für Geriatrie, die Bildung gerontologischer Forschungszentren steht jedoch – aufgrund öffentlicher Sparmaßnahmen – immer noch nicht in Aussicht (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 74).

Das bisher einzige schweizerische gerontologische Zentrum besteht seit 1992 in Genf (*Centre interfacultaire de Gérontologie CIG*), welches von vornherein als *interdisziplinäres* Forschungs- und Ausbildungszentrum konzipiert wurde (vertreten sind die Fachrichtungen Geriatrie, Soziologie, Demographie, Psychologie und Sozialethik). Ferner wurde an der Universi-

tät Lausanne 1995 ein gerontologisches Studienzentrum eingerichtet (*Unité de recherche et d'intervention en gérontologie „UNIGER“*). Das Ziel dieses Studienzentrums, das in Kooperation zwischen der Universität Lausanne und der Organisation *Pro Securitate* des Kantons Waadt entstand, ist vorwiegend die Stärkung der praxisorientierten Gerontologie (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 74 f.).

In der deutschsprachigen Schweiz wird zumindest die Fortbildung der Fachkräfte in der Praxis vorangetrieben, z. B. durch die 1991 gegründete *Schule für angewandte Gerontologie* in Zürich, die gerontologischen Kurse des *Instituts für Angewandte Psychologie*, ebenfalls in Zürich, sowie durch das erst seit 1999 gesamtschweizerisch tätige universitäre Institut *Alter und Generation (INAG)* in Sion (vgl. F. Höpflinger 1999, S. 75).

Zur Situation *geistig Behinderter* in der Schweiz im engeren Sinne (allerdings auf die Lage *aller* Behinderter bezogen) sei auf die Studie von Egli/Hüssy (1990) verwiesen. Dort heißt es u. a. über die Lage in psychiatrischen Kliniken:

„Bei der Einschätzung der Wohn- und Lebenssituation für geistig behinderte Menschen wurde der Bereich >Wohnen< sehr polarisiert bewertet, nämlich gut oder schlecht. Oder anders formuliert: entweder sind die Kliniken in der Konzeptentwicklung sehr vorangeschritten oder noch in der althergebrachten Situation stehend. Die Beschäftigungssituation und Freizeitgestaltung wurde besser eingeschätzt als die Wohnsituation. Der Bereich der Intimsphäre wurde am schlechtesten bewertet“ (J. Egli/K. Hüssy 1990, S. 69).

Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, Geistigbehinderte verstärkt aus der Psychiatrie herauszuholen und sie in anderen Einrichtungen unterzubringen.

4.2.5 Sozialgerontologie in den angelsächsischen Ländern unter besonderer Berücksichtigung der USA

Sozialgerontologie (social gerontology) in den angelsächsischen Ländern ist ein Teil der Sozial- und Humanwissenschaften (social and human sciences) und beschäftigt sich auf multidisziplinärer Ebene mit Fragen des Alterns und des Alters (vgl. J. L. Powell 2001). Vor allem vier unterschiedliche theoretische Strömungen haben in den Sozialwissenschaften der letzten Jahrzehnte die Sozialgerontologie beeinflusst: Funktionalismus, Marxismus, Feminismus und Postmodernismus (vgl. J. L. Powell 2001, S. 1).

Nach dem 2. Weltkrieg beschäftigte sich die Sozialgerontologie in den USA und in Großbritannien überwiegend mit Fragen des demographischen Wandels und den „Gefahren“ eines potenziellen Mangels an „jüngeren“ Arbeitskräften; die Sozialgerontologie sollte dabei als „wissenschaftlicher Ratgeber“ der Sozialpolitik fungieren, die sich mit Fragen einer wachsenden Überalterung der Bevölkerung zunehmend konfrontiert sah (vgl. J. L. Powell 2001, S. 1). Es wurden vor allem Forschungsvorhaben gefördert, die von zwei externen Kräften beeinflusst wurden: staatsinterventionistischen, die die Gesundheits- und Sozialpolitik auf diese absehbaren Entwicklungen einstellen wollten, und von politischen und ökonomischen Lobbyisten, die eine alternde Bevölkerung als „soziales Problem“ für die Gesellschaft ansahen (vgl. C. Jones 1983). Wie dramatisch damals die Situation gesehen wurde, zeigt folgendes drastisches Zitat von einem gewissen F. G. Dickinson, der auf der *First Annual Southern Conference on Gerontology* im Jahre 1951 einen „Klassenkrieg“ zwischen Jung und Alt prophezeigte:

„The new class war between the young and the old will manifest itself in several ways. First, there will be heavy pension taxes that may eventually absorb more than one-fourth of the income of both workers and employers. This new class war may progress so far that we will see workers and employers standing shoulder to shoulder against the hard-driven politicians who promise our senior citizens impossible pensions and encourage the older worker to exploit the younger worker, the older farmer to exploit the younger farmer... Let us remember that these pension leaders will soon have the votes. Karl Marx and others have taught us that mass movements are rarely rational: they spring from broad social changes. These basic changes in the population pattern started recently and slowly; the resulting mass movement has not yet matured. *Townsendism* may be as important in the next fifty years as were the doctrines of Karl Marx during the last half century” (F. G. Dickinson 1951).

Um diese geradezu apokalyptisch anmutende Szenerie von vornherein zu unterbinden, wurden sozialgerontologische Forschungsansätze bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts in erster Linie unter *sozialintegrativen* Gesichtspunkten betrieben, wobei der bis in die 60er Jahre in den US-amerikanischen Sozialwissenschaften vorherrschende (Struktur-) Funktionalismus von Talcott Parsons auch den methodologischen Rahmen für die Sozialgerontologie hergab (vgl. J. L. Powell 2001, S. 1). Parsons ging davon aus, dass bestimmte Funktionen für das gesellschaftliche Wohlbefinden und nicht zuletzt den sozialen Frieden unabdingbar sind: die Stabilität der Familie sowie eine Elitenzirkulation aus dem „Pool der Talente“, die durch das Erziehungssystem sicher gestellt wird (vgl. J. L. Powell 2001, S. 1 f.). Das gesellschaftliche Gesamtsystem wurde in Analogie zu einem Organismus gedacht – alle Teile wirken zusammen, um das Gleichgewicht des Ganzen zu gewährleisten (vgl. A. Giddens 1993).

Sozialtheorien spiegeln oft den „Zeitgeist“ einer Epoche wider, und es ist kein Zufall, dass die strukturfunktionalistisch inspirierten sozialgerontologischen Theorien der 50er und frühen 60er Jahre in den USA die sog. *disengagement theory* einerseits, und die *activity theory* andererseits waren (vgl. J. L. Powell 2001, S. 2). Besonders die *disengagement*-Theoretiker (vgl. C. Phillipson 1998), in Sonderheit Cumming und Henry (1961), vermischten oft die Beschreibung realer Vorgänge mit ethischen Postulaten, „wie es zu sein hat“; oder, wie es Powell mit deutlich sarkastischem Unterton formuliert: „Such major protagonists of disengagement theory was Cumming and Henry (1961) who looked at how older people should disengage from work roles and prepare for the ultimate disengagement: death...“ (J. L. Powell 2001, S. 2). Dieses allmähliche „Abschiednehmen von der Welt“ sollte die Funktionskreise der Gesellschaft möglichst nicht stören und übertriebene Trauerbekundungen durch die Angehörigen vermeiden helfen; „disengagement“ hieß im Grund nichts anderes, als so geräuschlos wie möglich von der Bühne des Lebens abzutreten (vgl. D. Neugarten 1996).

Die *disengagement theory* rief auch dementsprechend bald Kritiker auf den Plan: diese Theorie zeige Indifferenz gegenüber sozialen Problemen und denjenigen des hohen Alters; sie unterschlage die wichtige Bedeutung kultureller und ökonomischer Strukturen, die aufs Engste mit dem Rückzug aus dem Berufsleben verbunden seien. Ferner unterbinde sie ein positives Verständnis von Alter, das nur als eine Art Vorstadium des Todes begriffen werde, und vermische deskriptive (beschreibende) mit präskriptiven (wertenden) Aussagen. Die Befunde der *disengagement theory* könnten von Regierungen als Vorwand genommen werden, um alte Menschen daran zu hindern, noch zu arbeiten, wenn sie dies wollten (vgl. J. L. Powell 1999).

Im Gegensatz zur *disengagement theory* stand die *activity theory*, die sich vor allem dadurch auszeichnete, dass sie die Bedeutung der *Aufrechterhaltung* von Rollen und Beziehungen im Alter betonte, um ein befriedigendes Leben auch noch im hohen Alter zu gewährleisten. Für die „Aktivitätstheoretiker“ konnte unter bestimmten Voraussetzungen das Alter auch eine lebendige und kreative Erfahrung sein: bestimmte Rollenverluste (z. B. durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingt, Ende der Elternrolle usw.) könnten durch das Hineinfinden in neue Rollen kompensiert werden und damit Wohlbefinden und Fixierung an soziale Werte und Normen u. U. sogar noch gesteigert werden (vgl. S. Katz 1996). Damit wurde die Voraussetzung dafür geschaffen, was man später als das „positive Altersbild“ bzw. als „Neues Alter“ (*new aging*) bezeichnete (vgl. J. L. Powell 2001, S. 3; K. J. Gergen/M. M. Gergen o. J.).

Aber auch die *activity theory* überbetont letztendlich ebenso wie die *disengagement theory* die Bedeutung des sog. „Wertekonsenses“ innerhalb der Gesellschaft, diesmal jedoch unter „positiven“ Vorzeichen. Sie vernachlässigt Machtfragen sowie die Bedeutung von sozialer Ungleichheit und Konflikten zwischen unterschiedlichen Altersgruppen und mögliche Zwistigkeiten *innerhalb* der Altersgruppen selbst. Auch das Verhältnis von Rasse, Klasse und Geschlecht zum Alter ist genauso unterbelichtet geblieben wie bei der *disengagement*-Theorie (vgl. J. L. Powell 2001, S. 3).

Immerhin hatten diese Theorien zur Folge, dass im Jahre 1965 der sog. *Older Americans Act* verabschiedet wurde, der die *Bill of Rights for the Old, Title I* enthält, wo u. a. folgende Rechte für ältere Menschen festgelegt wurden:

„An adequate income in retirement in accordance with the American standard of living.
 The best possible physical and mental health which science can make available and without regard to economic status.
 Suitable housing, independently selected, designed and located with reference to special needs and available at costs which older citizens can afford.
 Full restorative services for those who require institutional care.
 Opportunity for employment with no discriminatory personnel practices because of age.
 Retirement in health, honor, and dignity – after years of contribution to the economy.
 Pursuit of meaningful activity within the widest range of civic, cultural, and recreational opportunities.
 Efficient community services which provide social assistance in a coordinated manner and which are readily available when needed.
 Immediate benefit from proven research knowledge which can sustain and improve health and happiness.
 Freedom, independence, and the free exercise of individual initiative in planning, and managing their own lives” (The Bill of Rights for the Old 1965).

Als theoretische Gegenbewegung zu den strukturfunktionalistischen *disengagement*- und *activity*-Theorien etablierte sich im Verlaufe der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts eine *marxistische* Strömung innerhalb der angelsächsischen und US-amerikanischen Gerontologie (vgl. J. L. Powell 2001, S. 3).

„A major concern of >political economy of old age< was to challenge both the theoretical dominance of functionalist thought and biomedical models of age and aging. The political economy approach wanted to have an understanding of the character and significance of variations in the treatment of the aged, and to relate these to polity, economy and society in advanced capitalist society” (J. L. Powell 2001, S. 3).

Die Hauptaufmerksamkeit des (neo-)marxistischen Ansatzes der damaligen Zeit lag freilich auf der Beziehung zwischen Alter und der ökonomischen Struktur der kapitalistischen Gesellschaft; in den USA wäre hier besonders auf das Werk von Estes zu verweisen (vgl. C. Estes

1979; C. Estes/J. Swan/L. Gerard 1982). Die sozioökonomische Position von alten Menschen in der Gesellschaft leitet sich nach Estes von der Klassenstruktur der Gesellschaft ab; die >Kritik der politischen Ökonomie< fordert laut diesem Ansatz eine Position heraus, nach der ältere Menschen zu einer homogenen Gruppe gehören, die von den dominanten Strukturen der Gesellschaft weitgehend unberührt geblieben sind (vgl. C. Estes/J. Swan/L. Gerard 1982). In diesem Zusammenhang muss dann auch die Rolle des Staates neu bestimmt werden: seit der Weltwirtschaftskrise in der zweiten Hälfte der 70er Jahre versuche der Staat im wachsenden Maße, die sozialen Risiken auf die Individuen selbst abzuwälzen und die Errungenschaft von Wohlfahrt und Sozialstaat mehr und mehr abzubauen. Der Vorwurf, die Altersarmut sei „selbstverschuldet“ und sei letztendlich der mangelnden Vorsorge des Einzelnen in der Zeit der Berufstätigkeit geschuldet, solle davon ablenken, dass beispielsweise die Probleme mit der Finanzierung der Renten in Wahrheit auf den internen ökonomischen Friktionen von kapitalistischer Produktion und den damit zusammenhängenden politischen Entscheidungen beruhe (vgl. J. L. Powell 2001, S. 4; 1999). Die Geringschätzung, die nicht selten alten Menschen entgegenschlägt und sich in Deutschland beispielsweise vor ein paar Jahren im Gerede vom „Rentnerberg“ äußerte, erkläre sich aus der ökonomischen *Funktionslosigkeit* verrenteter älterer Menschen und ihrer angeblichen „Unproduktivität“ nach kapitalistischen Verwertungskriterien (vgl. C. Estes/J. Swan/L. Gerard 1982).

Nach der marxistischen Lesart sozialer Ungleichheit im Alter (aber nicht nur da) erkläre sich die ungleiche Verteilung materieller Ressourcen wie folgt:

„The important argument to be made is that inequalities in the distribution of resources should be understood in relation to the distribution of power within society, rather than in terms of individual variation“ (J. L. Powell 2001, S. 4).

Das Pendant zur marxistischen Spielart einer >kritischen Gerontologie< stellte die *feministische* Variante dar (vgl. S. Arber/J. Ginn 1991; 1995).

„There are two important issues: first, power imbalances shape theoretical construction; second, a group's place within the social structure influences theoretical attention they are afforded. Henceforth, because older women tend to occupy a position of lower class status, especially in terms of economic status than men of all ages and younger women, they are given less theoretical attention“ (J. L. Powell 2001, S. 4).

In allen bekannten Gesellschaftsformationen kann davon ausgegangen werden, dass die Beziehungen zwischen Distribution und Produktion von der Geschlechtszugehörigkeit bzw. von der Rolle der Geschlechter in starkem Maße beeinflusst werden. Veränderungen in den Produktionsstrukturen bewirken ihrerseits wiederum Transformationen in den Beziehungen der

Geschlechter untereinander (vgl. J. L. Powell 2001, S. 4 f.). Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Beziehungen zwischen den Altersklassen mit der kapitalistischen Funktionsweise von Produktion und Distribution gleichfalls auf Engste verzahnt sind. Dies kann an den Löhnen aufgezeigt werden und an dem, welche „Wertigkeit“ der Arbeit unterschiedlicher Altersklassen beigemessen wird:

„For example, teenagers work for less money than adults, who in turn work for less money than middle-aged adults” (J. L. Powell 2001, S. 5).

Bezüglich der Beziehung von Alter und Geschlecht existiert nach feministischer Auffassung eine Art „Doppelmoral“: im Gegensatz zu Männern, ist das Verhältnis von Alter und Geschlecht bei Frauen in den meisten Fällen *negativ* konnotiert. Alten Frauen wird in der Regel weit weniger Respekt und Anerkennung entgegengebracht als alten Männern (vgl. S. Arber/J. Ginn 1991).

Die Rolle von Männern in der Gesellschaft wird darüber hinaus danach beurteilt, wie sich der jeweilige Mann an der „Produktionsfront“ >bewährt< hat, währenddessen Frauen in der patriarchalischen Gesellschaft vor allen Dingen danach bemessen und eingeschätzt werden, wie sie im *reproduktiven* Bereich gewirkt haben, d. h. im Haushalt und bei der Kindererziehung (vgl. J. L. Powell 2001, S. 5). Frauen erleiden oft einen Verlust an „Wertigkeit“, je älter sie werden; der „Marktwert“ einer Frau wird demnach danach beurteilt, wie sie dazu in der Lage sind, ein möglichst „jugendliches“ Aussehen auch noch im fortgeschrittenen Alter zu bewahren. Die Diskriminierung älterer Frauen beruht also in patriarchalischen Gesellschaften im Wesentlichen auf der *Kumulation* verschiedener Benachteiligungen in Beruf, Aussehen und Alter (vgl. S. Arber/J. Ginn 1995).

Neben diesen eher makrogesellschaftlich orientierten Theorien der Sozialgerontologie wären noch *postmoderne* Theorieansätze zu nennen, die sich vor allem seit den 80er Jahren wachsender Beliebtheit und Aufmerksamkeit (allerdings vorwiegend in der akademischen Öffentlichkeit) erfreuen.

„In addition to these broad and macro based theories, there has been a vast interest in postmodern perspectives of age and aging identity underpinned by discourses of >better lifestyles< and increased leisure opportunities for older people due to healthier lifestyles and increased use of bio technologies to facilitate the longevity of human experiences...” (J.L. Powell 2001, S. 5; vgl. auch: A. Blaikie 1999; J. L. Powell/S. Biggs 2001).

Postmoderne Gerontologie setzt sich mit neuen Grenzziehungen zwischen „normal“ und „pathologisch“ auseinander, wie sie etwa im Zusammenhang mit der Diskussion über die Alz-

heimer-Krankheit erneut aufgetaucht sind; Alter wird dabei als „Maske“ angesehen, hinter der sich die „eigentliche“ Identität der betreffenden Person verberge. Das jugendliche Selbst werde zunehmend durch den Alterungsprozess überlagert und verzerrt (vgl. M. Featherstone/A. Wernick 1995). Zum Anderen sei es so, dass ältere Menschen oft in Rollen hineingedrängt würden, die ihrem Erfahrungsreichtum Hohn sprächen. Es käme darauf an, diese Rollen zu „dekonstruieren“, um die verschütteten Lebensmöglichkeiten alter Menschen jenseits medizinischer „Verfallsmodelle“ wieder freizulegen. (vgl. J. L. Powell 2001, S. 6; vgl. auch: K. J. Gergen/M. M. Gergen o. J.; H. Hazan 1994; E. A. Kaplan 1997).

Um den körperlichen wie geistigen Verfall aufzuhalten, so die optimistische Annahme, der sich auch die „postmoderne“ Gerontologie teilweise anschließt, werde es dank der Fortschritte in Biotechnologie und Medizin zukünftig möglich sein, die Erscheinungs- und Ausdrucksweisen von Altersidentitäten so zu modifizieren, dass ein eigenständiges und unabhängiges Leben weit über das bisher vorstellbare Maß hinaus erreichbar scheint. Die Utopien vom „guten Leben“ scheinen sich im postmodernen Zeitalter auf den „utopischen Körper“ verengt zu haben; Vorbild ist der virtuelle Körper des Internet, der anscheinend beliebige Identitäten annehmen kann, alterslos und potenziell unsterblich (vgl. J. Rifkin 2000, S. 260 ff; S. Turkle 1999, S. 285 ff.).

Nichtsdestotrotz, sind die neuen Körpertechnologien und die „Flexiidentitäten“ mit erhöhter Selbstkontrolle und paradoxerweise auch mit neuen Formen von Kasteiung, ja sogar Asketismus verbunden.

„Coupled with this, the control of the aging body has been enhanced by external constraining virute of the corset, contemporary shaping has involved active working, through exercise and diet. The multiplication of magazine articles, self-help manuals, diet and exercise clubs, extending through midlife and beyond also beat witness to the popularity of attempts to work on the self in this way.

The use of diet and exercise as techniques specifically related to later adulthood, is closely related to the growth of leisure and a lifestyle approach to the creation of late life identities... It therefore resonates beyond the simple fuelling and repair of the bodily machine to include a continual re-creation of the self within a particular social discourse. This discourse closely associates the construction of a healthy lifestyle with positive self-identity” (J. L. Powell 2001, S. 6).

Der Körper als kybernetische Maschine, wo verschlissene Organe einfach durch neue ersetzt werden, und ein Selbst-Konzept, wo fluide Identitäten lediglich vorübergehende Gestalt annehmen – dies ist die neue Form des Traums von der Unsterblichkeit im „biotechnischen Zeitalter“ (Rifkin). Wie auch immer in Zukunft sich solche Träumereien realisieren lassen –

sie haben auf jeden Fall schon jetzt unser abendländisches Verständnis von Alter und Persönlichkeit entscheidend modifiziert und bereiten einem Menschenbild den Boden, das mit der herkömmlichen okzidentalischen Vorstellung von „Identität“, „Seele“ und „Bewusstsein“ nicht mehr allzu viel zu tun haben wird.

Mit den mehr „irdischen“ und praktischen Problemen des Alltags von Seniorinnen und Senioren beschäftigen sich in den USA 11 *Centers on the Demography of Aging*, die vom *National Institute of Aging* ins Leben gerufen wurden. Die laufende Forschung zu den Problemen des Alters und des Alterns werden u. a. von folgenden Instituten und Forschungseinrichtungen durchgeführt:

- National Institute on Aging (NIA)
- The Social Security Administration (SSA)
- The Department of Labor (DOL)
- The Centers of Medicare & Medicaid Services (CMS)
- The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)
- The American Association of Retired Persons (AARP)
- The National Institute on Child Health and Human Development (NICHD)
- The Rand Center for the Study of Aging usw. (vgl. The RAND Center for the Study of Aging o. J.; vgl. auch: <http://www.asaging.org/members/brochure/index.cfm> o. J.).

In Kooperation mit *The National Council on the Aging, Inc.* wird im angelsächsischen Raum eine Zeitschrift, *Abstracts in Social Gerontology*, herausgebracht, die die *Abstracts* und bibliographischen Anmerkungen zu allen wichtigen Artikeln, Büchern, Reportagen und anderen schriftlichen Materialien zu den verschiedenen Aspekten der Sozialgerontologie enthält, die auf Englisch zu diesem Themenkomplex publiziert werden und jedem, der sich dafür interessiert oder zu Themen der Sozialgerontologie recherchiert, als Lektüre hiermit ausdrücklich empfohlen wird (vgl. *Abstracts in Social Gerontology* o. J.).

4.3 Zusammenfassung

So heterogen das Material über Sozialgerontologie und die Situation von älteren Menschen bzw. von Behinderten im Rentenalter auf den ersten Blick auch erscheinen mag – im Vergleich lassen sich doch gewisse gemeinsame Grundzüge in den unterschiedlichen Ländern erkennen, wobei jedoch dabei auch die Differenzen deutlich hervortreten.

Zu beobachten ist in fast allen Ländern (mit am drastischsten in Schweden), dass die bisherigen wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme, soweit vorhanden, auf ihrem alten Niveau nicht mehr gehalten werden können. Die Ausgangsfrage ist also in den unterschiedlichen Ländern ähnlich: wie können die neuen Anforderungen an Pflege und Behindertenhilfe bei *gleichzeitig* knapper werdenden Mitteln qualitativ gesichert, in Teilbereichen sogar noch ausgebaut werden? Denn der grundlegende Trend in den meisten industrialisierten Ländern des Westens ist überall gleich: die wachsende Überalterung der Bevölkerung, steigende Lebenserwartung, eine tendenzielle Zunahme an pflegebedürftigen Hochbetagten, Zunahme der Demenzerkrankungen usw.

Es scheint einen „Paradigmenwechsel“ in den meisten Ländern dahingehend zu geben, dass man von einer reinen „Verwahrpädagogik“ abgekommen ist und weitestgehend im Alltag, soweit möglich, dem „Normalisierungsparadigma“ folgt. Auf die Entfaltung der Eigenständigkeit und Selbständigkeit gerade bei Behinderten wird großen Wert gelegt – besonders in den Niederlanden, wo dies sogar als Mittel angesehen wird, Kosten einzusparen. Ansonsten lässt (z. B. in der Schweiz) die Verzahnung von wissenschaftlicher Forschung und professioneller Ausbildung noch Manches zu wünschen übrig.

Was weiterhin auffällt, ist der Versuch (z. B. in Skandinavien), ambulante Versorgung zuungunsten der stationären zu favorisieren. Bei Geldmangel wird die Versorgung und die Pflege teilweise sehr selektiv ausgelegt und auf die „wirklich Bedürftigen“ konzentriert, beispielsweise auf die alleinstehenden älteren Menschen in Schweden, wo soziale Dienstleistungen weitgehend privatisiert wurden. Das kann aber auch zu bedenklichen Entwicklungen führen, etwa zu einer „Refamiliarisierung“ der Pflege und zur Abkehr von kollektivgesellschaftlichen Lösungen. Aus diesem Grunde versuchen einige Länder (z. B. Norwegen), einen Mittelweg zu gehen, Privatisierung soweit möglich, staatliche oder in freier Trägerschaft organisierte soweit nötig.

Aber summa summarum kann man sagen, dass in den meisten Ländern eine wirklich fundierte Antwort auf die Überalterung der Bevölkerung und auf die Zunahme der Zahl der älteren Pflegebedürftigen noch nicht gefunden wurde.

5. Zur Situation geistig behinderter alter Menschen in fünf Wohnheimen im Münsterland

5.1 Fragestellung und Methode

Wie bereits aufgezeigt wurde¹⁶, ist es in vielen Heimen und Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland bislang noch nicht im ausreichenden Maße gelungen, das Normalisierungsprinzip auch im Alltag geistig behinderter alter Menschen durchzusetzen. Stichworte dafür waren: Mangel an qualifiziertem Personal, unzureichender Personalschlüssel, zu große Gruppen, zu geringe Geschlechtermischung (also fehlende gemeinsame Unterbringung behinderter Männer und Frauen), ungenügende tagesstrukturierende Angebote und der partielle Ausschluss „schwerer Fälle“ am geselligen Leben der anderen BewohnerInnen.

In dem nun folgenden empirischen Teil werden die Ergebnisse einer Befragung vorgestellt, die diesen Fragen nachgeht und die im Sommer 2001 in fünf unterschiedlichen Wohnheimen verschiedener Größe im Münsterland durchgeführt wurde, in denen geistig behinderte RentnerInnen untergebracht sind. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, der in seinen Grundzügen im Folgenden vorgestellt werden soll.¹⁷ Er richtete sich an die Heimleitungen, an das Personal/MitarbeiterInnen und an die geistig Behinderten selbst, insoweit sie dazu in der Lage waren, Antworten zu geben.

Der Fragebogen enthält folgende Elemente:

- a) Allgemeine Fragen und statistische Angaben
- b) Aspekte der Prävention
- c) Aspekte der Rehabilitation
- d) Aspekte der Integration
- e) Aspekte der Normalisierung

Der Entwurf des Fragebogens in diesem Teil lehnt sich weitgehend an das Schema von Skiba (vgl. A. Skiba 1996 S. 31 ff.) an. Dieser Teil richtet sich vor allem an die Heimleitungen. Der gewählte Fragenkomplex ist so ausgerichtet, dass Antworten gefunden werden können, ob die in Kapitel 4.1 genannte *Erhebung der AK Wohnen in der Arbeitsgemeinschaft Katholischer*

16 Siehe vor allem Kap. 4.1

17 Siehe Anhang Kap. 8.

Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Diözese Münster auch auf die in dieser Untersuchung einbezogenen Einrichtungen zutreffend ist.

Der Fragebogen Teil A an die Heimleitung beinhaltet bis Frage 6 zunächst statistische Fragen allgemeiner Art. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Gruppengröße und –zusammensetzung. Bei der Auswertung soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die untersuchten Einrichtungen an zu großen Gruppen und unzureichender Geschlechtermischung leiden. In den Fragen 7 – 10 wird der Bereich Personal von Heimleitungsseite besonders hervorgehoben. Im Ergebnis sollen Antworten auf die Fragen gefunden werden, ob ausreichend Personal für die zu Betreuenden zur Verfügung steht und welche Qualifikation das vorhandene Personal hat. Weiterhin wird nach Weiterbildungsmöglichkeiten und der Art der Weiterbildungsmöglichkeiten für das vorhandene Personal gefragt. Ein separater Fragebogen an das Personal soll die Sichtweise der Beschäftigten und deren Arbeitssituation aufzeigen. Daran schließt sich ein ökonomischer Fragenteil an.

Die Teile B – E des Fragebogens an die Heimleitung betreffen die Darstellung der Prävention, Rehabilitation, Integration und Normalisierung der Heimbewohner. Ein besonderes Augenmerk soll hier auf tagesstrukturierende Maßnahmen und Angebote für die Bewohner gelegt werden. Auch der Frage nach einem partiellen Ausschluss „schwerer Fälle“ am geselligen Leben anderer Heimbewohner wird in diesem Teil des Fragenkataloges nachgegangen, um zu ergründen, wie die diesbezügliche Vorgehensweise in den untersuchten Einrichtungen ist. Der Fragebogen an Heimbewohner soll aus deren Sicht einen weiteren Hinweis auf Bedürfnisse und Wünsche bezüglich Betreuung und Versorgung bzw. Angeboten aufzeigen. Außerdem werden den Behinderten Fragen nach ihrem Verhältnis zu Personal und Heimleitung sowie zum gesetzlichen Betreuer (so vorhanden) gestellt. Ein weiterer Aspekt sind ihre (verbliebenen) sozialen Kontakte nach „draußen“ (Verwandte und Bekannte, Kontakte zur Umgebung etc.).

Die Antworten wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Anschließend wurde eine computergestützte Textauswertung vorgenommen.

Bevor nun im Folgenden die Ergebnisse der Befragung zur Situation geistig behinderter älterer Menschen in Heimen des Münsterlandes näher dargestellt wird, einige grundsätzliche Be-

merkungen zur Methode *qualitativer Interviews*, die überwiegend eingesetzt wurden (vgl. S. Lamnek 1995).

Im Gegensatz zu *quantitativ-statistischen Umfragen*, die lediglich Antworten auf vorgegebene Fragen im Rahmen eines ebenso vorgegebenen Antwort-Rasters zulassen (z. B. Ja/Nein, Mengen- und Altersangaben, sowie Angaben, die sich in Skalen abbilden lassen), können *qualitative Interviews* als Auswertungsverfahren betrachtet werden, die sich vor allem mit der *Interpretation von Texten* befassen (vgl. S. Lamnek 1995, S. 35). Bei der Auswertung muss immer mit berücksichtigt werden, dass sozialwissenschaftliche Interviewsituationen von vornherein – gleichsam vom „Setting“ her – *asymmetrisch* angelegt sind:

„... das Interview ist nämlich eine Gesprächssituation, die bewußt und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden. Diese *Asymmetrie* in der Frage-Antwort-Zuweisung in der Situation des Interviews gibt... zu weitergehenden methodologischen Überlegungen Anlaß“ (S. Lamnek 1995, S. 35 f.).

Der im Februar 2002 verstorbene französische Soziologie Pierre Bourdieu hat sich anlässlich einer größeren (Feld-)Forschungsarbeit einer von ihm geleiteten Forschergruppe zu den Lebensbedingungen in französischen Trabantenstädten (vgl. P. Bourdieu et al. 1998) zur Frage der asymmetrischen Interviewsituation einmal wie folgt geäußert, wobei er vor allen Dingen darauf abhob, *dass der interviewende Sozialwissenschaftler sein eigenes Vorverständnis und seine eigene soziale Herkunft bzw. soziale Funktion in die Auswertung als zusätzlichen zu reflektierenden Faktor mit einzubringen habe:*

„Auch wenn sich die Befragungssituation von der Mehrzahl der Austauschbeziehungen des alltäglichen Lebens insofern unterscheidet, als sie sich die reine Erkenntnis zum Ziel setzt, bleibt sie doch unausweichlich eine *soziale Beziehung* (im Original hervorgehoben, d. V.), die ihre... Effekte auf die Ergebnisse ausübt, die man erhält... Es geht darum, diese Verzerrungen zu erkennen und zu kontrollieren, und dies eben genau in die Ausübung einer Praxis, die reflektiert und methodisch sein kann, ohne die Anwendung einer Methode oder die praktische Umsetzung einer theoretischen Reflexion zu sein... Es ist der Interviewer, der das Spiel beginnt und die Spielregeln bestimmt: er ist es auch, der auf einseitige Weise und ohne vorherigen Aushandlungsprozeß über die manchmal, zumindest in den Augen des Befragten, schlecht definierten Gegenstände und Verwendungsweisen des Interviews bestimmt. Diese Asymmetrie wird immer dann, wenn der Interviewer in der Hierarchie der verschiedenen Kapitalsorten, besonders des kulturellen Kapitals, eine höhere Position als der Befragte besetzt, durch eine gesellschaftliche Asymmetrie noch verstärkt“ (P. Bourdieu 1998, S.780 f.).

Es gelte darum, so Bourdieu weiter, diese „symbolische Gewalt“, die durch die Asymmetrie der Interviewsituation entstehe, so weit wie möglich zu reduzieren und eine „*Beziehung des aktiven und methodischen Zuhörens*“ zu schaffen, die vom reinen Laissez-faire des nicht-

direktiven Interviews genauso weit entfernt ist wie vom Dirigismus eines Fragebogens“ (P. Bourdieu 1998, S. 782; Hervorhebung im Original).

Um also die Mitte zwischen „Laissez-faire“ und „Dirigismus“ zu halten, muss zunächst einmal ermittelt werden, welche Art von Interview für das „aktive und methodische Zuhören“ im Sinne Bourdieus am geeignetsten erscheint.

Generell kann zwischen *ermittelnden* und *vermittelnden* Interviews unterschieden werden. Ermitteln Interviews betrachten die Befragten als *Träger abrufbarer Informationen*, vermittelnde hingegen fassen die befragte Person *als Ziel einer informatorischen und/oder beeinflussenden Kommunikation auf, womit bei dem Interviewten Erkenntnis- und Bewusstseinsveränderungsprozesse ausgelöst werden sollen* (vgl. S. Lamnek 1995, S. 38). In unserem Zusammenhang hier dürfte deshalb vor allem das *ermittelnde* Interview von Interesse sein.

Ermittelnde Interviews lassen sich grob in drei Kategorien unterteilen:

- Das *informatorische Interview* dient der deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen des Befragten. Der Befragte wird gleichsam als „Experte“ aufgefasst, dessen Fachwissen „angezapft“ wird.
- Das *analytische Interview* dient vor allem der Erfassung *sozialer Tatbestände*. Dabei analysiert und beschreibt der Sozialforscher die Äußerungen des Befragten anhand theoretischer Vorüberlegungen und Hypothesen im Sinne einer Falsifizierung oder Verifizierung eben dieser Hypothesen. Das analytische Interview ist sicherlich die in der empirischen Sozialforschung am häufigsten verwendete Interviewform.
- Das *diagnostische Interview* fungiert in erster Linie als „Ermittler“ von fest definierten Merkmalsprofilen einer Person. Die Erkenntnisse, die aus solchen Interviews gewonnen werden, dienen dann später nicht selten als Grundlage für den Einsatz von vermittelnden Interviews in Psychologie und Sozialtherapie. Darum sind diagnostische Interviews vorwiegend dazu geeignet, *Individualdiagnosen* zu erstellen (vgl. S. Lamnek 1995, S. 38 f.; J. v. Koolwijk 1974, S. 16).

In unserem Kontext sind natürlich zuvörderst das *informatorische* und das *analytische* Interview von Relevanz.

Ein anderer Aspekt der Klassifikation von Befragungen betrifft die *Standardisierung von Interviews* (vgl. S. Lamnek 1995, S. 39 ff.). Standardisierte Interviews werden vor allem bei

quantitativen Befragungen durchgeführt, aber auch qualitative Interviews können standardisierte Aspekte enthalten. Es ist durchaus möglich, wissenschaftliche Befragungen in Form von *Alltagskommunikation* durchzuführen, wodurch ein größtmögliches Maß an Reziprozität und Symmetrie zwischen Befrager und Befragtem erreicht werden kann (vgl. S. Lamnek 1995, S. 39 f.). Bei *standardisierten* Befragungen ist dies freilich nur sehr bedingt oder gar nicht der Fall: die Reihenfolge der Fragen auf dem Fragebogen ist dort vorgegeben, die Antworten müssen in bestimmte Antwortschemata passen, und fragt der Befragte einmal nach (etwa bei Verständnisschwierigkeiten), so ist der Interviewer oft angewiesen, eine Antwort zu verweigern, um nicht suggestiv zu beeinflussen. Diese Strategien sind freilich weit von Alltagssituationen entfernt und in vielen Fällen einer Kommunikation nicht gerade förderlich (vgl. S. Lamnek 1995, S. 40).

„Während also die Asymmetrie und das Ungleichgewicht durch das Frage-Antwort-Spiel in der quantitativen Sozialforschung geradezu strukturell angelegt sind, wird im qualitativen Paradigma angestrebt, diese unglückliche Struktur tendenziell aufzubrechen. Somit kann die Standardisierung zu einem wesentlich Differenzierungskriterium im Hinblick auf qualitative und quantitative Sozialforschung gemacht werden“ (S. Lamnek 1995, S. 40), indem etwa im qualitativen Interview das starre Frageschema im standardisierten Fragebogen durch ein bestimmtes *Rahmenthema* ersetzt wird, „über das man sich frei unterhält, wobei der Interviewer lediglich durch Zwischenfragen weiterhilft, zur Präzisierung auffordert, durch Paraphrasierung Klarheit schafft usw“ (S. Lamnek 1995, S. 43).

Zwischen diesen beiden Extremtypen lässt sich die sog. *halb-standardisierte Befragung* verorten, bei der dem Forscher ein *Interviewleitfaden* zur Orientierung dient, es jedoch der persönlichen Verantwortung des Interviewers überlassen bleibt, Reihenfolge und Formulierung der Fragen selbst festzulegen bzw. zu bestimmen (vgl. S. Lamnek 1995, S. 47). Diese Vorgehensweise ist auch diejenige, der im Wesentlichen bei der Abwicklung der hier vorliegenden empirischen Untersuchung über die Situation älterer geistig Behinderter in Wohnheimen gefolgt wurde.

Die Vorteile des standardisierten Interviews seien hier nochmals kurz aufgezählt:

1. Bessere Vergleichbarkeit der Antworten
2. Höhere Zuverlässigkeit
3. Reduktion von Fehlern durch die Fragen (wegen gleicher Fragestellung und Reihenfolge der Fragen)

4. Einfachere Durchführung des Interviews
5. Schnellere und preiswertere Analyse der Antworten.

Die Vorteile der nicht-standardisierten Befragung sind:

1. Eher >Standardisierung< von Bedeutungen (Sinn) als eine Standardisierung der oberflächlichen Aspekte der Reizsituation (Bedeutungsäquivalenz der Fragen)
2. Anreiz zu lebensnäheren Antworten, da der alltäglichen Gesprächssituation sehr nahe kommend
3. Flexibler in der Durchführung
4. Keine Prädetermination durch den Forscher (vgl. S. Lamnek 1995, S. 56).

Aus der Gegenüberstellung der Vorteile der beiden Befragungsarten können ihre jeweiligen unterschiedlichen Funktionen erschlossen werden:

„Während das standardisierte Interview vornehmlich der *Messung relevanter Merkmale* (zumeist im Endstadium einer Untersuchung) dient, verfolgt das nicht-standardisierte Interview insbesondere die *Exploration von Sachverhalten* und die Ermittlung von *Bezugssystemen der Befragten* zu Beginn einer Untersuchung. *Eine abstrakte Entscheidung darüber, welche Form des Interviews die bessere sei, lässt sich natürlich nicht treffen.* Vielmehr sind die Anwendungsbereiche verschieden und der jeweilige Einsatz wird durch Intention, Erkenntnisziel und Objektbereich im Einzelfall bestimmt werden“ (S. Lamnek 1995, S. 56).

In der hier vorliegenden Untersuchung werden die Vorteile beider Verfahren *kombiniert* und standardisiert-quantitative Elemente nur insoweit berücksichtigt, als sie für das forschungspraktische Vorgehen unabdingbar scheinen; es werden z. B. Fragen nach Alter, Geschlecht, Beruf, Ausbildung, Größe der Einrichtung, Anzahl der MitarbeiterInnen, Anzahl und Altersstruktur der Heimsinsassen etc. gestellt. Bei dieser Befragung handelt es sich *um eine halbstandardisierte, die nicht immer eine qualitative Vorgehensweise „in Reinkultur“ widerspiegelt.* Dies geschieht aus Gründen der forschungspraktischen Ökonomie und Effizienz, da eine nur-qualitative Studie den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Nichtsdestoweniger kann man die Grundsätze einer qualitativen Befragung mit gewissen Einschränkungen unbesehen auch auf diese hier vorliegende Untersuchung übertragen.

Qualitative Interviews sind zudem in aller Regel *Einzelbefragungen* (vgl. S. Lamnek 1995, S. 57). Ferner können *geschlossene* und *offene Fragen* unterschieden werden. Geschlossene Fragen sind solche, bei denen implizit entweder schon in der Frageformulierung selbst oder aber in der Vorgabe der möglichen Antworten die Antworten gleichsam *vorgegeben* sind: d. h., es kann z. B. nur mit Ja/Nein, Dafür/Dagegen etc. geantwortet werden. Offene Fragen sind dagegen solche, bei denen die Antworten des Interviewten nicht in ein vorgegebenes Antwort-

schema gepresst werden müssen. Die Antworten werden vielmehr in der vom Befragten selbst gebrauchten Formulierung und mit den von ihm benannten Fakten und Gegenständen, aber auch Bedeutungsstrukturierungen aufgezeichnet. Qualitative Verfahren verwenden grundsätzlich nur offene, (fast) nie geschlossene Fragen, es sei denn allgemeine Angaben zur Person etc. (vgl. S. Lamnek 1995, S. 58 f.).

Zur Charakterisierung qualitativer Interviews lassen sich mithin folgende Punkte anführen:

- Qualitative Befragungen sind *mündlich-persönlich*, nehmen also die Form des Interviews an.
- Es handelt sich (in der Regel jedenfalls) um *nicht-standardisierte* Interviews, denn durch die notwendige situative Anpassung sind vorformulierte Fragen bzw. deren Reihenfolge nicht vorgebbar.
- Es werden ausschließlich *offene Fragen* gestellt.
- Der Interviewerstil ist *neutral bis weich*.
- Qualitative Interviews sind meistens *Einzelbefragungen*, da sie oft sehr intime bzw. persönliche Details enthalten, die man sich normalerweise scheut, offen in der Öffentlichkeit zu äußern bzw. preiszugeben (vgl. S. Lamnek 1995, S. 59 f.).

Was die *methodologischen* Kriterien im engeren Sinn betrifft (vgl. S. Lamnek 1995, S. 60 ff.), gelten folgende Regeln:

- Explikation und Prozesscharakter des qualitativen Interviews drücken sich im *Prinzip der Reflexivität von Gegenstand und Analyse* aus, worunter auch die Selbstreflexion des Forschers subsummiert werden muss.
- Qualitative Interviews versuchen das *Prinzip des Alltagsgesprächs* möglichst „naturgetreu“ widerzuspiegeln.
- Qualitative Interviews *lassen den Befragten zu Wort kommen: Prinzip der Zurückhaltung durch den Forscher*.
- Keine Vorherbestimmung (Prädetermination) durch den Forscher, sondern Wirklichkeitsdefinition durch den Befragten selbst: *Prinzip der Relevanzsysteme der Betroffenen*.
- Das „kommunikative Regelsystem“ des Befragten ist ausschlaggebend, der Interviewer hat sich diesem anzupassen: *Prinzip der Kommunikativität*.
- Das Interview ist für unerwartete Informationen empfänglich: *Prinzip der Offenheit*.
- Das qualitative Interview ermittelt die Handlungs- und Deutungsmuster der Befragten, das diese im Laufe des Interviews entwickeln: *Prinzip der Prozesshaftigkeit*.

- In der jeweiligen Interviewsituation reagiert der Forscher variabel auf die Wünsche und Bedürfnisse des Interviewten: *Prinzip der Flexibilität (des Forschers)*.
- Die Aussagen im Interview transformieren sich zu „Aussagetypen“, die im Interviewprozess interpretiert und explizit gemacht werden: *Prinzip der Explikation* (vgl. S. Lamnek 1995, S. 64)

Von Belang ist in diesem Kontext außerdem:

- Qualitative Interviews erfolgen *im alltäglichen Milieu* der Befragten, um eine möglichst *natürliche Situation* herzustellen und *authentische Informationen* zu erhalten.
- Beim Zugang zu den zu Befragenden ist die *Vertrauensbasis* sehr wichtig: es empfiehlt sich, den Zugang über Dritte zu suchen, die zunächst als Vermittler auftreten und sowohl das Vertrauen des Forschers wie des Befragten genießen.
- Große Fallzahlen sind auszuschließen; es geht vielmehr um *einige typische Fälle*, die bestimmte soziale Charakteristika repräsentieren und den Forscher in die Lage versetzen, daraus Rückschlüsse auf gesellschaftliche Reproduktionsmechanismen zu ziehen.
- Qualitative Interviews erfordern vom Interviewer *höhere Kompetenz* als standardisierte Befragungen.
- Der zu Befragende muss *Verbalisierungs- und Artikulationsfähigkeit* besitzen, zumindest in dem Maße, dass seine Aussagen wenigstens halbwegs verständlich sind.¹⁸
- Die Atmosphäre beim Interview muss absolut *vertraulich sein* und *in freundschaftlichem Ton* gehalten werden.
- Die *Asymmetrie der Kommunikationssituation* (der Eine erzählt, der Andere hört zu) sollte vom Alltag her vertraut sein und wirkt – einfühlsam und richtig praktiziert – gegenüber dem Befragten als *positive Sanktion*.
- Aufzeichnungsgeräte (Tonbandgeräte, Kassettenrekorder, Video) sind unverzichtbar, um die Fülle der Informationen komplett und systematisch transkribieren und auswerten zu können.
- Das qualitative Interview kann *länger* dauern, weil es dem Alltagsgespräch näher kommt als eine bloß quantitative Befragung (vgl. S. Lamnek 1995, S. 68).

Bei der *Auswertung* der gesammelten Interviewdaten empfiehlt es sich, *auf computergestützte Programme zur qualitativen Datenanalyse zurückzugreifen*. In der vorliegenden empirischen

18 Das ist bei geistig Behinderten natürlich nicht immer der Fall. Hier ist im Einzelfall zu entscheiden, ob ein Interview sinnvoll ist oder nicht.

Untersuchung wurde das Softwareprogramm *winMAX*, ein Textanalyseprogramm für qualitative sozialwissenschaftliche Auswertungen, benutzt (vgl. U. Kuckartz Juni und September 1999).

5.2 Durchführung

Interviewt wurden die Heimleitungen, die MitarbeiterInnen und Behinderte von fünf verschiedenen Heimen des Münsterlandes und zwar in folgender Verteilung:¹⁹

	Haus A	Haus B	Haus C	Haus D	Haus E	Gesamt
Heimleitung	1	1	1	1	1	5
Mitarbeiter	9	10	9	8	9	45
Senioren	5	4	5	5	4	23
Gesamt	15	15	15	14	14	73

Zudem wurde noch ein Psychiater befragt sowie zwei Fallstudien geistig behinderter Heimbewohner erstellt.

Im Rahmen dieser Dissertation konnte nur ein Teil des Interviewmaterials berücksichtigt werden.

An der Befragung nahmen alle fünf Heimleitungen teil. Die Fragen an jeweils ein/e MitarbeiterIn des Personals wurden nach dem Zufallsprinzip aus drei verschiedenen Häusern ausgewählt, d. h. jeweils ein Interview eines/r MitarbeiterIn pro Haus fand Berücksichtigung. Weiter gehörten zu den Befragten geistig Behinderte, die leichte bis mittlere Fälle darstellten und überwiegend in der Lage waren, Fragen bezüglich ihrer Lebenssituation einigermaßen korrekt zu beantworten. Es wurden aus Platzgründen auch hier nach dem Zufallsprinzip drei Interviews aus drei unterschiedlichen Heimen ausgewählt und die Fallstudie eines geistig behinderten Ehepaares aufgeführt.

19 Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Angaben anonymisiert.

Lage der Wohnheime

Alle Wohnheime befinden sich im Münsterland im Umkreis von max. 30 km Entfernung zu Münster (Ausnahme Haus C an der niederländischen Grenze).

Haus A

liegt direkt im Ortskern eines Stadtteils von Münster.

Haus B

liegt am Rand eines Ortsteils von Münster.

Beide Häuser können als städtisch gelegen bezeichnet werden, da die Bewohner ohne weiteres zu Fuß den Ortskern erreichen können.

Haus C

liegt ländlich in der Nähe der niederländischen Grenze und ca. 6 km von einer deutschen Kleinstadt entfernt. Es gibt die Möglichkeit, mit dem Bus dorthin zu fahren.

Haus D

liegt sehr ländlich ca. 5 km von einer Kleinstadt entfernt. Es gibt eine öffentliche Busanbindung an diese Stadt, die allerdings nur wenige Male am Tag fährt.

Haus E

liegt ebenfalls ländlich ca. 5 km außerhalb einer Ortschaft, die sehr schlecht bzw. fast gar nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist, so dass die Bewohner nicht sehr mobil sind.

Die drei letztgenannten Häuser (C, D, E) können nur noch unter Einschränkungen als „stadtzugehörig“ betrachtet werden.

5.3 Darstellung der Ergebnisse

5.3.1 Heimleitungen (Fragebogen Teil A)

Frage 1: Träger der Einrichtungen:

4 der 5 Einrichtungen geben an, dass der Träger der Einrichtung öffentlich ist, und eines, dass der Träger als freigemeinnützig eingestuft werden kann (ein katholischer Orden: Haus C). Im Falle Haus A wird zwar „öffentlich“ gesagt, aber mit der Einschränkung: „nicht direkt öffentlich / Westfalenfleiß ist freier Träger der Sozialhilfe, der gesetzlich zwei Wohlfahrtsverbänden angehört. 1. AWO / 2. Lebenshilfe“. Im Falle Haus D werden zwei Arten von Trägern angegeben: freigemeinnützig (Sozialdienst katholischer Frauen, Dortmund) und öffentlich.

Frage 2: Wieviele Menschen wohnen insgesamt in Ihrer Einrichtung/Ihrer Gruppe?

Haus A: 88, davon 4 über 65 Jahre

Haus B: 48 insgesamt, alles Männer²⁰

Haus C: 108 insgesamt, alle 22 Bewohner über 65 Jahre männlich

Haus D: 301 insgesamt, 278 w, 23 m

Haus E: 472 insgesamt

Durchschnittliche Belegung: 203, 4 (insgesamt)

Frage 3: Altersgruppen

Einrichtung	65-75 J.	75-90	Über 90 J.
Haus A	4	0	0
Haus B	13	5	0
Haus C	16	5	1
Haus D	23	10	1
Haus E	75	47	4
Durchschnitt	26,2	13,4	1,2

²⁰ Erläuterung: Der hohe Anteil der Männer und vor allem der Senioren hat etwas mit der Biographie des Hauses zu tun. Früher gehörte das Gut zur Psychiatrischen Klinik. Hier wohnten keine Frauen sondern ursprünglich 30 Männer, die alle Wohnrecht erhielten. Da der Altersdurchschnitt damals schon sehr hoch war, ist zum jetzigen Zeitpunkt ein sehr hoher Anteil von älteren Männern zu verzeichnen.

Frage 4: Geschlecht

Haus A: weiblich 3, männlich 1

Haus B: Ausschließlich Männer (48)

Haus C: Alle 22 Einwohner über 65 Jahre männlich

Haus D: 33 weiblich, männlich 1 (über 65 J.)

Haus E: 126 über 65 Jahre, alle weiblich

Frage 5: Anteil geistig behinderte SeniorInnen:

Haus A: alle geistig behindert, eine weiblich

Haus B: männlich alle

Haus C: männlich alle

Haus D: weiblich 5

Haus E: Ca. 1/3 der SeniorInnen sind schwer geistig behindert = 42

Frage 6: Anteil geistig *und* psychisch Behinderte

Haus A: Entfällt

Haus B: 17 psychisch behindert²¹

Haus C: Alle männlichen Behinderten sind ausschließlich geistig behindert

Haus D: weiblich 2

Haus E: Keine Angaben, da eine Diagnose schwierig zu erstellen ist.

Frage 7: Anzahl Personal

Haus A: 60 Köpfe = 48 Stellen = 1,83 Bewohner pro Stelle

21 Zu Fragen 5 und 6: 17 Personen sind psychisch behindert, von denen einige eine Doppeldiagnose haben; sie sind geistig und psychisch behindert. Bei den meisten Bewohnern ist es sehr schwierig zu sagen, ob es eine rein geistige oder eine rein psychische Behinderung ist. Es beruht darauf, dass sie fast ihr ganzes Leben in der Klinik gelebt haben. Dadurch vermischt sich das Bild, so dass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist. 31 Personen sind geistig behindert oder geistig und körperlich behindert. Demenzkranke gibt es z. Z. nicht, d. h. es gibt darüber im Moment keine Diagnose, wobei es sicherlich bei den Senioren immer recht schwierig zu sagen ist, ob nicht vielleicht doch eine Altersdemenz vorliegt. Bei den psychisch behinderten Senioren ist die Diagnose deshalb so schwierig, weil sich im Alter neben der geistigen Behinderung auch die psychische Behinderung verändert. Psychisch behindert sind 16 Männer und 1 Frau. Geistig behindert sind 22 Männer und 9 Frauen.

Haus B: 19 Personen bei 18,5 Stellen => 19 Personen im Tagesdienst, 3 Personen die sich nachts abwechseln (Nachtwachen), d. h. 22 Personen insgesamt = 2,59 Bewohner pro Stelle

Haus C: 47, 46 Stellen = 2,28 Bewohner pro Stelle

Haus D: 124,35 (umgerechnet in Vollzeiten) = 2,42 Bewohner pro Betreuer

Haus E: Ca. 180 im Stift (ohne Berücksichtigung des Außenbereichs) = 2,62 Bewohner pro Stelle

Frage 8 : Ausbildung der Pflegekräfte/BetreuerInnen

	Haus A	Haus B	Haus C	Haus D	Haus E ²²
Sozialpädagogen (a)	4,25	2	1	0	1
SozialarbeiterInnen (a)	4,25	1	0	13	4
ErzieherInnen (a)	8,5	2	15,79	49	k. A. ²³
Heilpädagogen (a)	1,2	0	1,5	5	0
Krankenschwestern und – pfleger (b)	2,4	2 (nur nachts, männlich)	2,2	12	k. A.
AltenpflegerInnen (b)	1,8	1	5,1	7	k. A.
HeilerziehungspflegerInnen (c)	14,6	1	6,48	33	78
MitarbeiterInnen ohne fachspezifische Ausbildung/Aushilfen (d)	1,8	Krankenpflegehelferinnen 1 (nachts), Altenpflegehelferinnen 1 (tagsüber), 3 Arzthelferinnen (2 tagsüber, 1 nachts)	14,83	18	102

Erläuterung zu dieser Tabelle: Sozialpädagogen, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen und Heilpädagogen haben eine pädagogische Qualifikation (a), Krankenschwestern und AltenpflegerInnen eine pflegerische Qualifikation (b). HeilerziehungspflegerInnen sind als eigene Kategorie unter (c) subsummiert, die MitarbeiterInnen ohne fachspezifische Ausbildung/Aushilfen unter der Helferebene (d)

22 Außerdem verfügt Haus E über einen Psychologen.

23 Die Heimleitung konnte diesbezüglich keine exakten Zahlen vorlegen. Ein Grund dafür war u. a., dass die Buchführung noch nicht computerisiert war; außerdem spielte allgemeine berufliche Überlastung eine Rolle. Es kann in diesem Kontext generell angenommen werden, dass die Nennung „keine Angaben“ auch bei den anderen Heimen vorwiegend auf einem dieser beiden Gründe beruht.

Frage 9: Teilzeit-/Vollzeitbeschäftigung der MitarbeiterInnen

	A ²⁴	B	C	D	E
Ganztags	35	22	31	81	Ca. 120 ²⁵
Halbtags/Teilzeit	16	4 (1 = 25 Std., 2 tagsüber, 2 nachts)	26 (1/2 Stelle bis 30 Std.)	62	Ca. 60
Sporadisch, auf 630 DM-Basis	Honorarkräfte 2, Zivildienstleistende 3, Rentner 1	4	12 (unter 1/2 Stelle)	0	0

Frage 10: Weiterbildungsmöglichkeiten

Haus A: Es gibt es ein betriebsinternes Fortbildungsangebot, das vor allen Dingen dazu dient, MitarbeiterInnen, die lediglich über eine erzieherische Ausbildung verfügen, zusätzlich noch mit Know-how im Pflegerischen bekannt zu machen; dies wird aufgrund der fortschreitenden Alterungsprozesse der BewohnerInnen für unabdingbar erachtet. Die Teams, die davon betroffen sind, bekommen darüber hinaus eine Weiterqualifikation in der Behandlung und Betreuung von Demenzerkrankten. Des Weiteren finden Kurse zu den Themen Erste Hilfe und Umgang mit Aggressionen von Bewohnern statt. Einzelne MitarbeiterInnen werden zu speziellen Kursen in verschiedenen Bereichen geschickt, um später als MultiplikatorInnen aufzutreten.

Haus B: Im Kontext der Einführung von Qualitätsmanagement und eines Dokumentationssystems wird das Personal vor allen Dingen daraufhin geschult, die BewohnerInnen im wachsenden Maße als „Kunden“ zu betrachten. Außerdem wird darauf geachtet, dass die MitarbeiterInnen sich zusehends spezialisieren (z. B. in den Bereichen Demenz, Verhaltensauffälligkeiten, geistige Behinderung, Sucht und Sterbebegleitung). Die Weiterbildung soll möglichst in der Arbeitszeit erfolgen. Die Leitung selbst besucht Tagungen zu Kriseninterventionen oder Medizin im Behindertenbereich.

In Haus C: Es gibt interne und externe Angebote an Weiterbildung. Externe Angebote insofern, als Angebote des Diözesan Caritasverbandes, der Lebenshilfe und des Diakonischen

24 Die 61 beschäftigten Mitarbeiter arbeiten auf insgesamt 49,04 bewilligten Stellen. Davon sind 38,83 Stellen in der pädagogischen Arbeit eingesetzt.

25 Dazu kommen 8 Schüler (Heilerziehungspfleger) in der Ausbildung (3 Jahre) mit 30 Stdn./Woche.

Werkes hier bekannt gemacht werden und Mitarbeiter entsprechend den tarifrechtlichen Bestimmungen freigestellt werden und daran teilnehmen können. Weiter existieren interne Angebote, die teilweise von Mitarbeitern gestaltet werden, teilweise von externen Referenten - das sind in der Regel 1-2-Tagesveranstaltungen, die hier im Hause stattfinden. Diese Weiterbildungsangebote gelten sowohl für pädagogische als auch für pflegerische Kräfte und für die Helferinnen und Helfer. Neben den fachlichen Ausbildungen gibt es auch persönlichkeitsbildende Weiterbildungen, die teilweise integriert sind, z. B. wenn Gruppenleiter zu Gruppenleiterschulungen gehen, geht es dort um Persönlichkeitsbildung am Rande der Supervision. Es sind Supervisoren auch in der Weiterbildung tätig, die supervisorische Aspekte mit einbringen. Im Haus findet Supervision nicht regelmäßig statt, aber in den Weiterbildungen finden diese Aspekte auch Berücksichtigung.

Haus D: Die Angebote sind für alle Mitarbeiter offen.

Haus E: Es gibt speziell einen Gruppenleiterkursus. Alle Gruppenleiter müssen diesen Kursus gemacht haben. 1-2 Jahre Berufserfahrung im Stift ist Voraussetzung, nach spätestens zwei Jahren muss der Kursus begonnen werden. Er geht über 2 Jahre und ist berufsbegleitend. Die Wohnbereichsleiter absolvieren den Kursus „Leben in Einrichtungen“ vom Deutschen Caritasverband in Freiburg ebenfalls über 2 Jahre. In der Pflege sollen alle „Kinästhetik in der Pflege“ haben. Alle anderen Fortbildungen sind nach Wahl.

Frage 11 a) und b): Wirtschaftliche Situation und Kostenträger:

Haus A: Grundsätzlich ist dieses in Westfalen immer der LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe). Bis auf 2 Bewohner (Selbstzahler) ist der Kostenträger der LWL, in einem Fall der Landschaftsverband Rheinland. Eingliederungshilfe erfolgt nach §§ 39/40 BSHG. Nachdem die Kostenzusage feststeht, ist es seit Bestehen der Pflegeversicherung so, dass bei Vorliegen irgend einer Pflegestufe die Wohnstätte max. 500 DM aus der PV bekommt bzw. der LWL dieses Geld erhält. Für den Bewohner gibt es keine DM 500 real mehr; für die Wohnstätte ist dieses demnach nicht von Relevanz.

Haus B: LWL - nach BSHG § 39 Eingliederungshilfe. Ausnahme: 2 Personen. Bei diesen gibt es Abgrenzungsprobleme zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nach BSHG.

Haus C: Kostenträger ist in der Regel der überörtliche Sozialhilfeträger. Das ist in der Mehrzahl der Fälle der LWL. Privatzahler gibt es so gut wie gar nicht. Die Bewohner kommen teilweise aus dem gesamten alten Bundesgebiet, so dass der Kostenträger z. B. der Bezirk Unterfranken in Bayern sein kann. Die Pflegeversicherung ist nicht von Relevanz.

Haus D: LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe)²⁶. Alle Bewohner erhalten Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege nach dem BSHG. Bei Anerkennung ab Pflegestufe I erfolgt eine pauschale Abgeltung der Pflegekosten in Höhe von max. DM 500/monatlich durch die Pflegekasse.

Haus E: LWL nach Eingliederungshilfe § 39 BSHG. 500 DM pro Einwohner kommen von der Pflegeversicherung.

Frage 11 c): Durchschnittlicher Pflegesatz

Haus A: DM 158,55.

Haus B: DM 156,52 DM (Tagessatz vom LWL).

Haus C: DM 173,57.

Haus D: DM 175,23.

Haus E: Noch keine generelle Einstufung.

Es gibt Wohnheime²⁷ mit Krankenhilfepauschale = 191,32 DM Tagessatz (pflegeintensiven Bewohnerinnen). Wohnheime ohne Krankenhilfepauschale erhalten 161,27 DM. Eine Außenwohnstätte bekommt 133,96 DM. Eine weitere Außenwohnstätte erhält 162,87 DM. Demnächst (wahrscheinlich ab 2002) gibt es einen individuellen Pflegesatz nach Einzelfallprüfung.

26 Vgl. hierzu auch: URL: <http://www.lwl.org>.

27 Gemeint sind die unterschiedlichen Wohngruppen im Haus.

Frage 11 d): Besitzen die Behinderten Vermögen, das zur Finanzierung herangezogen werden könnte?

Haus A: 2 Bewohner.

Haus B: Zur Zeit keine Selbstzahler, d. h. sie besitzen alle kein Vermögen.

Haus C: In der Regel nein.

Haus D: Zur Zeit 6 Selbstzahler (von 301) durch geerbtes Vermögen.

Haus E: 3 - 4 Fälle mit Privatvermögen, das vom LWL verrechnet wird.

Frage 11 e): Werden Angehörige (Ehepartner, Kinder) zur Finanzierung herangezogen?

Haus A: Keine Angaben; der Heimleitung ist nichts bekannt.

Haus B: Bei den jugendlichen Bewohnern sind es einige Eltern. Der Betrag ist unbekannt, da direkt mit dem LWL abgerechnet wird.

Haus C: Keine Angaben; der Heimleitung ist darüber nichts bekannt.

Haus D: Das Stift hat damit nichts zu tun, der LWL ist der Kostenträger.

Haus E: Geht alles über den LWL.

Frage 12: Räumliche Unterbringung

	A	B	C	D	E
Einbettzimmer	40	38	50	157	61
Zweibettzimmer	24	5	28	144	98
Drei- und Mehrbettzimmer	0	0	0	0	8

Frage 13: Gruppengröße und Personalschlüssel

Haus A: Die kleinste Gruppe besteht aus 5, die größte aus 12 Personen.

Haus B: Eine Gruppe besteht aus 7 Bewohnern und einem Platz für Kurzaufnahme, betreut von 2 ½ Angestellten und einem Zivi. Eine andere Gruppe besteht aus 9 Bewohnern, betreut von 3 Angestellten. Eine Gruppe = 10 Bewohner - betreut von 4 Angestellten. Eine weitere Gruppe = 17 Senioren, versorgt von 8 ½ Stellen. Durch 4 Aushilfskräfte (630 DM-Basis) werden Ausfallzeiten aufgefangen.

Haus C: Die Gruppen sind unterschiedlich groß. Eine Wohngemeinschaft mit 2 bis 3 Bewohnern, ansonsten umfassen die Wohngruppen 9 bis 15 Bewohner. Der Betreuungsschlüssel ist unterschiedlich, je nach der Schwere der Behinderung und liegt zwischen 1 : 2 und 1 : 3,6.

Haus D: Die Gruppen haben eine Größe von durchschnittlich 12 Bewohnern. Der durchschnittliche Personenschlüssel liegt bei 1 : 3.

Die Anzahl der Mitarbeiter ist abhängig von der Schwere der Behinderung.

1 Gruppe mit 7 Bewohnern wird von 9 Betreuern versorgt; andererseits gibt es Gruppen, in denen bei 12 Bewohnern nur 3 Kollegen arbeiten.

Haus E: Je 1 Gruppe à 18/19/16/14/12/7, die aus Verhaltensauffälligen bestehen. Außerdem existieren zwei Gruppen à 10 Bewohner. Der Personalschlüssel liegt bei 1 : 2,4.

Frage 14: Formen der Unterbringung

a) Wieviele in der „traditionellen“ stationären Einrichtung ?

Aufgeschlüsselt in männlich/weiblich?

	A	B	C	D	E
Männlich	35	35	74	13	0
Weiblich	38	10	1	232	472
Gesamt	73	45	75	145	472

Zusätzliche Anmerkungen:

Haus B: Es gibt 4 Wohngruppen direkt im Gut. Mehr Geschlechtsgemischtheit ist angestrebt.

Haus E: 24 Bewohnerinnen leben in Außenwohngruppen innerhalb des Heimgeländes,
 147 Bewohnerinnen in Gruppen mit stationärem Charakter,
 301 Bewohnerinnen in Wohngruppen in den großen Hauptgebäuden
 Zusammen: 472.

Frage 14 b): Wieviel in Wohntrainingsgruppen bzw. Wohngemeinschaften?
 (Altersgemischt/altershomogen? Aufgeschlüsselt in männlich/weiblich?)

Haus A: Außenwohngruppe = 7 insges. => 4 w / 3 m.

Wohntrainingsgruppen = 6 Personen => 2 w / 4 m.

Dezentrales Wohnen = 2 Personen => 1 w / 1 m.

Haus B: 1 Wohntrainingsgruppe mit 5 Personen (auf dem Gelände): 3 m / 2 w.

Haus C: 29 Personen insgesamt: 20 Männer / 9 Frauen

Haus D: altersgemischt (keine Rentner). 56 Bewohner (46 w / 10 m)

Haus E: 3 Häuser à 8 Personen = 24 Personen (à Haus = 2 Männer im Doppelzimmer); pro
 Haus 2 Mitarbeiter.

Frage 15: Medizinische und psychologische/psychiatrische Betreuung

a) Externe Betreuung (z. B. durch niedergelassene Ärzte/Psychologen/Therapeuten in der
 Nachbarschaft?)

Haus A: Externe Betreuung. Die Bewohner suchen die niedergelassenen Ärzte/Psychiater/
 Therapeuten im Ort auf.

Haus B: Grundsätzlich externe Betreuung - freie Arztwahl.

Der einzige Interne ist der Psychiater.

Haus C: Externe Betreuung.

Haus D: Externe und interne Betreuung - alle haben freie Arztwahl.

Haus E: Interne Betreuung. Das Heim verfügt über 2,5 Ärzte im Haus.

b) Einrichtungsinterne medizinische Betreuung und falls ja, wie sieht diese konkret aus? Haben Sie in Ihrer Einrichtung einen hauseigenen psychologischen/psychiatrischen Dienst?

Haus A: entfällt.

Haus B: Der Hintergrund ist der, dass damals in einer Seniorengruppe noch 30 Bewohner lebten. Als das Haus übernommen wurde, war die Auflage, dass intern ein Psychiater die medizinische Betreuung machen muss (als Auftragsarzt).

Haus C: Trifft nicht zu.

Haus D: Es kommen trotz freier Arztwahl noch 4 Hausärzte ins Stift und halten hier ihre Sprechstunde ab, zusätzlich kommt regelmäßig eine Frauenärztin. Alle anderen Fachärzte werden im Umkreis aufgesucht. Alle 14 Tage hat eine Psychiaterin auf Honorarbasis hier ihre Sprechstunde. Weiter gibt es eine hauseigene Psychologin mit 15-Wochen-Stunden.

Haus E: 1 Psychiaterin, 1 Nonne als Ärztin + ½ Stelle als Ärztin. Sie sind im Haus angestellt = 2,5 Ärztinnen.

Frage 16: Hauseigene Sozialarbeiter

Haus A: entfällt.

Haus B: Jeder Mitarbeiter muss pädagogische Arbeit in den Gruppen leisten. Es wird nicht zwischen pflegerischer und pädagogischer Tätigkeit unterschieden. Jeder Mitarbeiter ist für die Begleitung im Alltag zuständig. Das Wohnheim hat keinen sozialarbeiterischen Dienst. Die Werkstätten sehr wohl, das hat aber einen anderen Hintergrund. Die Heimleiterin findet es ganz wichtig, dass sie selbst keinen Sozialarbeiter haben.

Haus C: Ja, berät und unterstützt die Mitarbeiter im Betreuungsdienst.

Haus D: Den Sozialarbeiter gibt es in der Werkstatt.

Haus E: Die Werkstatt hat einen Sozialdienst mit 4 Personen (4 Sozialarbeiter). Im Wohnbereich sind es die Wohnbereichsleiter; pädagogischer Fachdienst wird von 2 Sozialpädagogen gestaltet. Diese gehen zwecks Beratung auf Anfrage der Wohnbereichsleitung auf die Gruppen zu.

5.3.1.1 Prävention (Fragebogen Teil B)

Frage 1: Verständnis von Prävention

Haus A: Individuelle Hilfeplanung, in die der präventive Gedanke „eingebaut“ ist.

Haus B: Prävention in erster Linie verstanden als Eingliederungshilfe in die Umgebung, u. a. mit Hilfe von Ehrenamtlichen.

Haus C: Der Begriff spielte in diesem Heim bisher so gut wie keine Rolle, sondern es geht darum, die Eingliederung der Menschen mit Behinderung zu unterstützen, zu fördern und zu begleiten. Das bedeutet, dass die Behinderung oder deren Auswirkungen nach dem BSHG § 93 aufgehoben, gemildert oder ausgeglichen werden sollen.

Haus D: Erhalt der Lebensqualität.

Haus E: Freizeitangebote, Gedächtnistraining, Seniorentreffs, Ausflüge am Wochenende. Die Mitarbeiter versuchen, die Fähigkeit der Behinderten bzw. der älteren Menschen so lange wie möglich zu erhalten.

Frage 2: Vorschläge zur Verbesserung der Heimsituation

Haus A:

- Verbesserung der Synergieeffekte zwischen den unterschiedlichen Bereichen und Arbeitsfeldern,
- Substitution des Versorgungs- durch den Dienstleistungsgedanken,
- verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der BewohnerInnen,
- zukünftig weniger Orientierung am „Benachteiligtenparadigma“,
- Veränderung und das Durchdenken von Hierarchieebenen.

Haus B:

- Zukünftig Erstellung des Hilfebedarfs für jeden einzelnen Bewohner (§ 93),
- Vorgaben von Standards für das Managementsystem,
- verstärkte Kundenorientierung.

Haus C:

- Verstärkung der tagesstrukturierenden Maßnahmen für Menschen im Ruhestand,
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der WfB (Werkstatt für Behinderte).

Haus D: Wohngruppen mit intensiv pflegebedürftigen Personen sollten eine bessere Personalbesetzung haben.

Haus E:

- Planung einer Seniorentagesstätte,
- Forderung nach mehr Mitarbeitern beim Kostenträger.

Frage 3: Spezielle Ernährung

Haus A: Man ist hier im experimentellen Stadium und es muss noch Statistik betrieben werden. Auch wird noch weitere Qualifikation benötigt.

Haus B: Das Haus muss durch Alter oder Behinderung bedingte entsprechend benötigte Ernährung bieten. Im Dokumentationssystem ist die Gesundheitsvorsorge mit enthalten.

Haus C: Es bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl (Mittagessen). Das Essen kommt aus einem nahe gelegenen Krankenhaus und wird von Fachleuten hergestellt.

Haus D: Eine spezielle Ernährung für ältere Menschen gibt es nicht. Die Vollwerternährung wird von den älteren Menschen eher abgelehnt.

Haus E: Bei den geistig behinderten Menschen hat sich Vollwerternährung nicht durchgesetzt. Aber auf gesunde Ernährung wird grundsätzlich geachtet, weil viele der älteren Menschen somatisch krank sind.

Frage 4: Sportmöglichkeiten/ergotherapeutische Förderung

Haus A: Einmal pro Woche wird Schwimmen und Reiten angeboten - dies sind die hausinternen Sportangebote. Des Weiteren gibt es einen Betriebssportverein der Westfalenfließ GmbH, wo auch Bewohner regelmäßig daran teilnehmen. Es sind ca. 15 - 20

Leute, die regelmäßig in den Vereinen mitmachen. Es wird aber niemand gezwungen, sich sportlich zu betätigen. Bewegungsspiele und Spiele grundsätzlich werden eher kritisch beäugt, weil die Bewohner es eher im Kinderbereich ansiedeln.

Haus B: Interne Angebote. Im Prinzip geht es um das Externe. Wichtig ist, dass diese Sportmöglichkeiten außerhalb sind. Ergotherapie gibt es noch im Haus, soll aber abgeschafft werden. Es ist das Konzept einer Großenrichtung und kein Konzept, wenn es um das normale Leben geht.

Haus C: Es existiert ein Gymnastikboden, ein Fußballfeld, ein Schwimmbad. Die Angebote in diesem Bereich belaufen sich auf fast jeden zweiten Tag. Dies wird durch den Freizeit- und Aktivitätenbereich gruppenübergreifend organisiert. Einen eigenen Ergotherapeuten gibt es nicht.

Haus D: Schwimmbad im Haus; Wassergymnastik; Turnhalle; Seniorentanz; Gymnastikhalle (meistens einmal pro Woche); Außensportanlage; Tennisplatz (wird wenig genutzt).

Speziell für Schwerstbehinderte gibt es eine Ergotherapeutin in der WfB.

Krankengymnastik, Hippotherapie (Krankengymnastik auf dem Pferd).

Haus E: Für Seniorinnen gibt es keine Sportmöglichkeiten, weil es niemanden gibt, der es bezahlt. Die einzige Sportmöglichkeit im Seniorenbereich ist Sitztanz, was gut angenommen wird. Es existieren keine Mitarbeiter, da keiner die Finanzierung übernimmt. Die Heimleitung würde sich hier noch Musiktherapeuten und speziell Altentherapeuten wünschen.

Durch das neue Konzept der einzurichtenden Tagesstätte hofft die Heimleitung auf Neueinstellungen in dieser Richtung.

Es wurden zwei Ergotherapeutinnen in der Tagesförderung fest angestellt, was für 472 Frauen allerdings zu wenig ist. Außerdem kann viel zu wenig Krankengymnastik angeboten werden.

Frage 5: Aufrechterhaltung sozialer Kontakte

Haus A:

a) Kontakte nach außerhalb werden ermöglicht durch Ausflüge, Stadt-/Einkaufsbummel, Urlaubsfahrten usw.

- b) Aufrechterhaltung der Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden. Sie werden gezielt angesprochen, wenn sie sich beispielsweise längere Zeit nicht mehr melden – vorausgesetzt, dass dieses von den Bewohnern gewünscht wird.
- c) Kontaktpflege zwischen den Betreuten/Bewohnern der Einrichtung durch gesellige Nachmittage, gemeinsame Unternehmungen u. ä., ggf. Konfliktmoderation durch pädagogische Mitarbeiter, wenn solche zwischen den Bewohnern auftreten, findet statt.
- d) Kontakt zu Tieren (z. B. Hunde, Katzen, Vögel) und das Halten von Tieren ist erlaubt.
- e) Probleme werden an zwei Stellen aufgefangen. Zum Einen gibt es wöchentliche Teambesprechungen und zum Anderen wird dann Supervision mit Leitung eingekauft, wenn sich für die Bewohner oder Kollegen spürbar rückgemeldete Dysfunktionen eingeschlichen haben.

Haus B:

- a) Für Senioren ist dieses alles etwas schwieriger. Es sind gute Ansätze da, Ausflüge, Stadtbummel, Einkaufsfahrten werden wöchentlich angeboten - es nehmen auch fast alle daran teil. Bei den Urlaubsfahrten zweimal jährlich ist die Teilnahme der Senioren aufgrund körperlicher Gebrechen zurückgegangen. Aus diesem Grund wurden statt der zweimal jährlich über jeweils 14 Tage stattfindenden Freizeiten in diesem Jahr erstmalig vier Kurzfreizeiten über z. B. 3 Tage oder 5 Tage angeboten. Die Dauer dieser Reisen richtet sich nach der Bedarfslage und nach den Bedürfnissen der Bewohner.
- b) Die Mehrzahl der Senioren haben entweder gar keine Verwandten mehr oder die Familie wohnt sehr weit weg; deshalb sind die Kontakte sehr dürftig. Kontakte und Freundschaften werden immer mehr zur Gemeinde geknüpft z. B. durch Patenschaften, so dass für die Senioren künftig noch mehr Außenkontakte entstehen können. Die fit sind und gerne weggehen, sind sowieso dauernd in einem Ortsteil der Stadt unterwegs.
- c) Die Kontaktpflege läuft gut. Die Bewohner gehen zwischen den Gruppen hin und her, laden sich zum Kaffee oder zum Frühstück ein. Begegnungen innerhalb des Hauses gehen informell vonstatten. Es gibt auf dem Gelände ein Rondell als Treffpunkt zwischen alt und jung. Dieses wird gefördert durch Grillabende für alle, Musik zum selber machen u. a.

d) Das Thema Tiere ist hier nicht so prekär wie z. B. in einem Altenheim, da auf dem Gut Schweine, ein Jagdhund, Meerschweinchen, Katzen und 20-30 Pferde leben; drei davon gehören dem Haus. Im Moment wird eine Vogelvoliere gebaut. Intern im Haus haben einige Bewohner auch noch Tiere, z.B. Vögel oder Hamster.

e) Im Qualitätsmanagement wird dieses thematisiert, da bei der Hilfeplanung immer eine dritte Person dabei sein muss. Beim geplanten Spezialistentum kann eine Fachfrau/mann herangezogen werden. Es wird nichts mehr in die Dokumentation eingetragen, ohne dass der Bewohner dabei ist. Auch bei der Hilfeplanung ist immer eine dritte Person dabei, z. B. ein Angehöriger o. ä. Der Bewohner benennt die eigenen Ziele, z. B. möchte lernen, sein Geld alleine zu verwalten. Die Leitung ist dabei mit im Hintergrund um zu protokollieren und aufzupassen, dass der Bewohner nicht vom Betreuer beeinflusst wird. Aufgrund von Ängsten sind die Mitarbeiter bisher noch nicht offen für diese Vorgehensweise. Auch bei den Bewohnern gibt es hier Schranken: „Was wollen die denn jetzt auf einmal von mir?“ Das klassische holländische Modell Prozess-/Alltagsbegleiter wird aber nicht praktiziert.

Haus C:

a) Bewohner werden zu Ausflügen, Stadt-/Einkaufsbummel, Urlaubsfahrten mitgenommen.

b) Es wird von den Mitarbeitern großer Wert darauf gelegt, dass Kontakte zu Verwandten erhalten bleiben. Für Bewohner, die keine direkten Angehörigen mehr haben, werden Betreuer hier im näheren Umfeld gesucht, so dass über die gesetzlichen Aufgaben des Betreuers auch ein persönlicher Kontakt entsteht.

c) Jede Gruppe macht einen Gruppennamenstag, was z. B. zum Anlass genommen wird, alle Angehörigen, die die Bewohner begleiten, einmal im Jahr einzuladen, z. B. auch beim Sommerfest.

d) Eigene Tiere sind erlaubt. Ein Bewohner hat einen Hund. Andere Gruppen haben ein Aquarium oder einen Wellensittich. Das Problem ist immer, dass die Bewohner ständig Unterstützung in der Tierpflege benötigen.

e) Das Konzept „Ombudsmann“ gibt es hier im Haus nicht. Vor einiger Zeit wurde ein sog. „Bezugspersonensystem“ eingeführt, in dem ein Mitarbeiter sich jeweils speziell um eine kleine Anzahl von Bewohner kümmert, deren besonderen Interessen vertritt und diese auch gegenüber z. B. dem Team vertritt.

Haus D:

Alle Fragen zu a) – c) (Kontaktmöglichkeiten nach außerhalb, Kontaktpflege zu Verwandten, Bekannten, zwischen den Bewohnern untereinander) wurden positiv beantwortet; es trifft für alle Altersgruppen einschließlich der Senioren zu.

d) Tierhaltung ist in Grenzen erlaubt. Zwei Gruppen haben einen Hund, einige Bewohner haben Vögel oder ein Kaninchen. Auf dem Gelände gibt es eine Volière.

e) Einen Prozessbegleiter, Alltagsbegleiter o. ä. gibt es in der Einrichtung nicht.

Haus E:

a) Ein hauseigener Bus fährt regelmäßig in den benachbarten Ort und zwei Mal die Woche in die Stadt.

b) Kontakte werden aufrecht erhalten, sofern Familie, Freunde von den Seniorinnen noch leben.

c) In der Qualitätsmappe wird erarbeitet, die Arbeit mit Angehörigen zu intensivieren. Bei den Seniorinnen gibt es aber nicht mehr viel Verwandte und wenn, dann ist es eher ein lockerer Kontakt. Zweimal im Jahr finden Betreuernachmittage statt, organisiert von den einzelnen Gruppen.

d) Hunde gibt es nicht, aber Katzen in den Einfamilienhäusern. Vögel sind in einigen Wohnheimen in großen Volieren.

e) Einen Ombudsmann gibt es nicht, dafür finden aber regelmäßig Teamgespräche auch mit der Wohnbereichsleitung oder dem Fachdienst statt.

Frage 6: Förderung von noch vorhandenen kognitiven Leistungen

Mögliche Förderinhalte (vgl. A. Skiba 1996, S. 77 ff.):

- a) Gedächtnistraining
- b) Biographie- und Erinnerungsarbeit
- c) Lebenslauf
- d) Zahlentraining
- e) Vergegenwärtigung des Tagesablaufes etc.

Haus A: Eine Art Training wird gemacht, aber nicht als „gesonderte Veranstaltung“. Es wird eine regelmäßige Tages- und Wochenstruktur eingehalten, um die Alltagsbewältigung der alten Menschen zu erleichtern.

Haus B: Gedächtnistraining findet statt. Biographiearbeit wird ebenso entwickelt. Zu diesem Thema wird in diesem Jahr mit der Fachhochschule ein Projekt zusammen gemacht, was in verschiedenen Gruppen mit unterschiedlichen Ansätzen und Herangehensweisen schon praktiziert wird.

Haus C: Es fängt an mit alltäglichen Sachen in der Gruppe, dass z. B. große Kalender aufgehängt werden, dass der Bewohner sich orientieren kann. Wenn er auch vielleicht nicht lesen kann, so erkennt er doch den Unterschied zwischen Werktag und Alltag an den Farben auf dem Kalender. In den Tagesstrukturierenden Maßnahmen wird täglich mit dem Lesen der Tageszeitung begonnen. Es sind an einigen Stellen Lebensberichte geschrieben worden, noch nicht an allen - ist aber in Arbeit. Zahlentraining: Im Mittelpunkt steht hier der Umgang mit Geld. Bewohner werden unterstützt z. B. beim eigenen Kiosk beim Abzählen des Geldes.

Haus D: Gedächtnistraining findet statt in regelmäßigen Freizeitangeboten, ebenso Biographiearbeit u. ä. Weiter findet gelegentlich statt: Auffrischen der damals erworbenen Kulturtechniken in speziellen "Schul- und Unterrichtsangeboten" von der Einrichtung aus.

Haus E: Es werden eigene Lieder gesungen, Biographiearbeit veranstaltet. Die tägliche Arbeit wird beispielsweise mit Gesang eröffnet. Bei der Biographiearbeit haben die Heilpädagogen mitgearbeitet. Es gibt regelmäßige Fahrten zu musikalischen Veranstaltungen (Volksmusik).

Frage 7: Wohnraumgestaltung

Haus A²⁸:

a) Es gibt Bauideen für die Gruppe der Bewohner mit Demenzerkrankungen, wo möglichst alles rund sein sollte, was aber hier im Haus nicht umgesetzt werden kann. Die Anlage ist noch übersichtlich solange die Bewohner nicht gänzlich orientierungslos sind.

28 Eine gepflegte kleine Wohnanlage, die aufgrund ihrer geringen Größe übersichtlich ist.

b) - d) Die Zimmer können von den Bewohnern selbst eingerichtet werden. Vor ca. 12 Jahren war hier noch eine Einheitsmoblierung. Inzwischen gibt es kaum ein Zimmer, das noch die alte Einrichtung hat. Die meisten haben ihr Zimmer selbst eingerichtet.

e) Technische Hilfsmittel werden in der Regel verschrieben, wenn sie benötigt werden.

Haus B²⁹:

a) Der Gutshof ist renoviert, in seiner Ursprungsform aber erhalten geblieben und somit sehr übersichtlich.

b) – d) Es wird Grundmobiliar gestellt. Wenn die Bewohner diese nicht haben möchten, können sie ihre Zimmer selbst einrichten. Leider ist bei den Senioren aufgrund ihrer Lebensgeschichte kaum Interesse an Möblierung vorhanden. Sind keine Angehörige mehr vorhanden, ist es Aufgabe der Betreuer, sie darin zu unterstützen. Bei Bewohnern, die finanziell etwas besser dastehen, ist es schon ganz gut geglückt. Bei anderen ist die Einrichtung auf Spenden angewiesen, wenn Sonderwünsche bei der Möblierung bestehen.³⁰

Haus C³¹:

a) Die Übersichtlichkeit der Anlage wurde bei der Bauplanung vor ca. 7 Jahren als sehr wichtig angesehen. (1994/95 ist der zentrale Bereich neu fertiggestellt worden. Vorher haben die Bewohner teilweise in dem auf dem Gelände liegenden Kloster gewohnt oder in einigen Altbauten, die abgerissen wurden). Wichtig: Klare Zuordnung und Erkennbarkeit, die sich bewährt haben. Manchmal wird von anderer Stelle Kritik geübt, die Anlage sei zu streng in geometrische Formen aufgegliedert. Bei dem hier wohnenden Personenkreis ist dieses aber notwendig, damit eine klare und deutliche Wiedererkennbarkeit und Zuordnung gegeben ist.

29 Eine gepflegte Anlage, die sich den Charakter des früheren Gutshofes bewahrt hat und aufgrund des übersichtlichen Geländes keine Orientierungsschwierigkeiten bereiten dürfte.

30 Es gibt Bewohner, die keine Rente erhalten, da sie nie gearbeitet haben. Sie bekommen dann ein Grundtaschengeld vom LWL von monatlich DM 165. Diejenigen, die arbeiten, bekommen zusätzlich noch ihren Lohn. Dann gibt es Rentner. Deren Rente geht an den Kostenträger und dieser ist gesetzlich verpflichtet, 5% der Rente an den Bedürftigen wieder auszuschütten. Weiter gibt es Bewohner, die Kriegsoffer sind. Diese Rente darf gar nicht eingezogen werden. Ihnen steht die komplette Rente zu, allerdings nur bis zu einer gewissen Höhe, nämlich bis max. 10.000 DM/Jahr. Wird diese Summe überschritten, zieht der Kostenträger den Rest ein. Bei den anderen Personen beläuft sich diese Grenze nur bei DM 4.500/Jahr.

31 Eine gepflegte Anlage, die fast ausschließlich aus Neubauten besteht. Das Gelände ist von der Größe her noch übersichtlich, so dass die Voraussetzungen für eine gute Orientierung gegeben sind.

b) – d) Im Rahmen der Größe der Zimmer können die Bewohner ihre eigenen Möbel mitbringen. Für diejenigen, die keine eigenen haben, werden Möbel zur Verfügung gestellt. Es wird großer Wert darauf gelegt, dass Bewohner, die neu einziehen, Bilder, Erinnerungsstücke, Sachen, die sie bevorzugen, auch mitbringen.

e) Bei der Anschaffung von technischen Hilfsmitteln sind eher die Mitarbeiter gefragt, da diese erkennen, ob z. B. im Bad oder beim Heben und Tragen ein Bewohner Unterstützung braucht.

Haus D.³²

a) Obwohl die einzelnen kleinen Häuser alle markiert sind, gibt es aufgrund der Größe der Anlage für einige Bewohner Orientierungsprobleme.

b) – d) Die Bewohner können ihre Zimmer mit gestalten. Grundsätzlich sind die Zimmer erst einmal möbliert, sie können aber auch selbst eingerichtet werden. Einige legen darauf großen Wert und sparen auf eigene Möbel oder Einrichtungsgegenstände. Um die technischen Hilfsmittel kümmern sich die Mitarbeiter.

Haus E.³³

a) Das Gelände, auf dem kleine Häuser der Wohngruppen stehen, aber auch sehr große alte Gebäude, die teilweise noch an ihre frühere Funktion als Klinik erinnern, ist weitläufig und dürfte für die Orientierung nicht ganz unproblematisch sein.

b) - d) Ein Teil wird laut Heimverordnung gestellt. Die Bewohner können sich aber zusätzlich individuell einrichten mit z. B. Teppichen, Regalen u. ä. Betten und Gardinen werden vom Haus gestellt, aber gemeinsam mit den Bewohnern ausgesucht. Die Wände sind alle einheitlich weiß gestrichen.

e) Sessel, Rollator, Rollstuhl, Lifter werden vom Stift bzw. von der Krankenkasse gestellt. Kippsessel u. ä. können individuell selbst angeschafft werden.

32 Eine gepflegte Anlage, die aber durch ihre Weitläufigkeit (renovierte sehr große alte Gebäude und neu erbaute Wohngruppen in "Reihenhausstil") u. U. die Orientierung etwas schwer macht, obwohl die Wohnhäuser mit ihren Gruppen nummeriert und namentlich mit Schildern versehen sind.

33 Eine gepflegte Anlage, die ausgesprochen weitläufig ist und teils aus sehr großen alten, renovierten und teils neu erbauten kleineren, zusammenhängenden Einheiten besteht. Aufgrund der Größe des Geländes dürfte die Orientierung nicht ganz so einfach sein.

5.3.1.2 Erste Zusammenfassung

Auffallend ist, dass die Einrichtungen fast immer nur entweder ausschließlich männliche oder weibliche BewohnerInnen über 65 Jahre aufweisen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass alle Einrichtungen sich bemühen – meistens ausgerichtet an den „neuen Paradigmen“ Qualitätssicherung und Kundenorientierung – allen Mitarbeitern auf allen Ebenen Fortbildung zu ermöglichen, auch auf der Helfer- und Aushilfsebene. Die Heimleitungen orientieren sich dabei an „ganzheitlichen“ Vorstellungen, d. h. beispielsweise der Pfleger soll auch pädagogische Kenntnisse erlangen, und umgekehrt. Andererseits gibt es aber auch einen gewissen Trend zur Spezialisierung, die aber wieder durch verstärkte Kooperation und Teamarbeit aufgefangen werden soll (siehe z. B. Heimleitung Haus C).

Insgesamt bestehen mitunter zwischen Anspruch und Wirklichkeit noch gewisse Differenzen (z. B. wenn Gruppenleiter zu Supervisionsschulungen geschickt werden, die aber dann betriebsintern nicht weitergeführt werden – siehe ebenfalls Haus C). Die Heimleitungen sehen Fortbildung jedoch als „work in progress“ an, d. h. als einen offenen Prozess, der für die neuen Herausforderungen (etwa Anwachsen der Zahl an Demenzerkrankten oder Pflegebedürftigen) in Zukunft adäquate Weiterbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten für die MitarbeiterInnen garantieren soll.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat für die Einrichtungen noch keine direkten finanziellen Auswirkungen, da eventuelle Leistungen der PV direkt an den Sozialhilfeträger überwiesen werden. Es bedeutet ggf. erhöhten bürokratischen Aufwand, Schreibereien und „Scherereien“, die sich aber noch in Grenzen halten. Dieses kann eventuell für die BewohnerInnen zur Konsequenz haben, dass sie nicht mehr als „Einzugliedernde“ nach BSHG betrachtet werden sondern als „Pflegefälle“, die dann ins Pflegeheim abgeschoben werden können, weil sie in einem Alten- bzw. Wohnheim angeblich „am falschen Platz“ sind.

Einhellig sind die Heimleitungen in der Empörung bzw. in dem Ärger darüber, dass seit 10 Jahren keine Pflegesatzüberprüfung mehr stattfand und durch die Träger (hier der LWL) lediglich der Inflationsausgleich getätigt wurde. Eine Heimleitung (Haus E) hat sogar die Befürchtung, dass eine erneute Pflegesatzüberprüfung lediglich als Vorwand dienen würde, um Kosten bzw. Personal zu kürzen und einzusparen. Die Kosten-„Deckelung“ im BSHG-

Bereich könnte zudem bewirken, dass keine individualisierten, auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmten Pflegesätze mehr ausgehandelt werden können und dementsprechend nur noch Pauschbeträge abgerechnet werden (s. Aussage Haus C). Aber das Alles hindert die Heimleitungen nicht daran, auf Erhöhung des Personalstocks zu bestehen und bei Verhandlungen immer wieder die sich verschärfende Pflege- und Betreuungssituation (durch das Anwachsen pflegebedürftiger älterer Menschen bedingt) zu thematisieren.

Die Unterbringung der BewohnerInnen hat sich offenbar recht erfreulich entwickelt. Bis auf einen „Restbestand“ im Haus E sind sämtliche BewohnerInnen in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht, die „Massenschlafsäle“ gehören der Vergangenheit an.

Die Gruppengrößen schwanken ziemlich und richten sich nach der Betreuungsbedürftigkeit: je „unproblematischer“ die BewohnerInnen, desto größer die Gruppen.

Ebenso verhält es sich mit dem Personalschlüssel: er schwankt zwischen 1 : 2,4 und 1 : 4, je nach benötigter Betreuungsintensität.

Das zentrale Problem bei der Unterbringung in Wohngruppen scheint bei den Einrichtungen noch die relativ strikte Geschlechtertrennung zu sein bzw. die geringe Geschlechterdurchmischung (Ausnahme: Haus A). Aber die Bemühung von den Heimleitungen ist erkennbar, dieses in absehbarer Zeit zu ändern.

Es fällt auf, dass die medizinische/psychologische/therapeutische Betreuung der BewohnerInnen doch sehr unterschiedlich geregelt ist. Wenn eine interne medizinische usw. Betreuung noch vorhanden ist, so scheint sie aus früheren Zeiten „übernommen“ worden zu sein (s. Häuser B und E).

Falls vorhanden, ist der Sozialdienst auf den Werkstattbereich konzentriert oder wird im Wohnbereich auf „Abruf“ bzw. „Anfrage“ aktiv. Von den Mitarbeitern wird teilweise wie selbstverständlich erwartet, dass sie auch pädagogische Funktionen übernehmen, falls erforderlich. Im Haus A gibt es überhaupt keinen Sozialdienst. Auf diesem Gebiet scheint es noch Defizite zu geben.

Generell sind sich alle Heimleitungen dessen bewusst, dass mit der steigenden Anzahl von SeniorInnen in ihren Einrichtungen zukünftig auch neue Herausforderungen auf sie zukommen. Die Pläne von Haus C belegen, dass man sich in dieser Hinsicht durchaus Gedanken macht und vor allem im Bereich der Tagesstrukturierung noch Nachholbedarf sieht. Ferner ist man sich darüber klar, dass die bereits vorhandenen Angebote teilweise an den Bedürfnissen der BewohnerInnen vorbeigehen, speziell an denen älterer Behinderter. Ausgerichtet wird sich am „Kundenmodell“ – der Patient als Kunde, der bestimmte Angebote „abfragt“. Ob das Kundenmodell allerdings auf geistig behinderte ältere Menschen überhaupt anwendbar ist oder ob man sich hier nicht in erster Linie an den jeweiligen „Sprachregelungen“ orientiert und das, was man konkret tut, nur mit einem bestimmten Etikett versieht, das sich an die Kostenträger besser „verkaufen“ lässt – diese Frage muss fürderhin offen bleiben.

Die Heimleitungen sind in der Frage der Ernährung teilweise noch im „experimentellen Bereich“, wie die Heimleitung von Haus A sich ausdrückt. Vollwerternährung wird zwar grundsätzlich gut geheißen, aber in der Realität sieht es oft so aus, dass speziell ältere geistig Behinderte diese Mahlzeiten ablehnen, weil sie sie nicht gewöhnt sind und der Gesundheitsaspekt ihnen nicht vermittelt werden kann. Grundsätzlich wird von den Leitungen eingesehen, dass man die Ernährungsgewohnheiten der älteren Menschen nicht einfach ignorieren kann und zum Anderen zwischen den Mahlzeiten für „normale“ SeniorInnen und für geistig behinderte ältere Menschen offensichtlich differenziert werden muss. Improvisation und Eingehen auf die unterschiedlichen Geschmäcker scheinen absolut notwendig (z. B. durch Einrichtung von „Küchenausschüssen“, Kochen mit den SeniorInnen, usw.).

Die sportlichen Möglichkeiten sind in den verschiedenen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Am Schlechtesten scheint die Situation im Haus E mangels finanzieller Ausstattung zu sein. Zwei Einrichtungen (Haus A und Haus B) bemühen sich, verstärkt externe Angebote mit zu berücksichtigen (z. B. Zusammenarbeit mit Vereinen). Über den Sinn und Zweck von Tennisanlagen für SeniorInnen lässt sich trefflich streiten. Ergotherapeutische Angebote müssen stellenweise von den regulären Mitarbeitern mit übernommen werden, an Ergotherapeuten wird „geknappt“. Für Menschen mit spezifischen Behinderungen können ergotherapeutische Angebote nur dann getätigt werden, wenn sie (medizinisch) verordnet werden.

Zur Frage des „Ombudsmanns“: Allgemein wird von den Heimleitungen angegeben, dass das holländische Modell von Prozessbegleiter / Alltagsbegleiter nicht angewandt wird. Regelmäßige Teamgespräche, eventuell Supervision oder die Instanz eines „Dritten“ werden erwähnt, aber „Ombudsmänner“ der Betreuten im Sinne des holländischen Modells existieren nicht. Als fragwürdig darf allerdings die Praxis von Haus B eingestuft werden, dass die Heimleitung selbst die Rolle des Fürsprechers der BewohnerInnen gegenüber den Betreuern übernimmt; dort müssen zwangsläufig Interessenkonflikte entstehen. Dementsprechend scheinen auch die MitarbeiterInnen von Haus B von dieser Vorgehensweise wenig begeistert zu sein – aus verständlichen Gründen, wenn die Vorgesetzten auch noch die Rolle der Fürsprecher übernehmen.

Den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnräume durch die BewohnerInnen sind durch die geringen finanziellen Mittel, über die sie verfügen, enge Grenzen gesetzt, da selbst den „reichen“ Rentnern nur maximal 4.500 bzw. 10.000 DM im Jahr zur freien Verfügung verbleiben; der Rest wird zur Abdeckung der Kosten von den jeweiligen Kostenträger einbehalten.

Im Falle der Häuser D und E kann es wegen der Größe der Einrichtung zu Orientierungsproblemen für die Behinderten kommen.

5.3.1.3 Rehabilitation (Fragebogen Teil C)

Frage 1: Verständnis von Rehabilitation

Haus A: Rehabilitation ist Bestandteil der Hilfeplanung. Berichtswesen, Dokumentation und medizinische Dokumentation sind vereinheitlicht und vereinfacht worden und sind nicht mehr getrennt.

Haus B: Siehe unter 5.3.1.1 Prävention.

Haus C: Der Heimleiter meint, dass seine Ausführungen zu Prävention (5.3.1.1) übertragbar sind.

Haus D: Aufrechterhaltung der erzielten Fähigkeiten.

Ein Beispiel: Es wird Schulunterricht in den Kulturtechniken und anderen Interessengebieten angeboten. Der Gedanke der Rehabilitation steht auch dahinter, um die Einzelnen zu fördern oder sie zumindest auf dem bestehenden Niveau zu halten.

Haus E: Rehabilitation gibt es in dieser Einrichtung in dem Sinne nicht. Es wurde ein Mitarbeiter abgestellt, der in die Reha-Klinik fährt, wenn etwas „ansteht“.

Frage 2: Zusammenarbeit mit externen Fachkräften

Haus A: Niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf aufgesucht, ebenso andere Fachleute. Es unterscheidet sich nichts vom „normalen“ Bereich. Wenn ein Bewohner unzufrieden ist, wechselt er den Arzt. Bei einigen Rollstuhlfahrern kommen z. B. Ergotherapeuten ins Haus, einige fahren aber auch zur Praxis. Es läuft alles reibungslos ab.

Haus B: Externe Versorgung durch Ärzte, anderes wird nicht extern gebraucht.

Haus C: Die Bewohner suchen ganz normal die niedergelassenen Ärzte auf. Bei stationären Behandlungen in Ortsnähe sind schlechte Erfahrungen gemacht worden – es fehlt die Erfahrung mit geistig behinderten Menschen.

Haus D: Extern werden aufgesucht: Psychiater, Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten, Neurologen. Sie kommen mit den externen Fachkräften gut zurecht und greifen auf mehrere (z. B. Neurologen) zurück.

Haus E: Es sind fast alle Fachkräfte im Haus vertreten, z. B. Psychiater, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialtherapeuten. Bei Bedarf wird auf eine Klinik in der nahe gelegenen Kleinstadt zurückgegriffen, die zum Haus gehört, d. h. diese Klinik untersteht dem gleichen Träger wie Haus E.

Frage 3: Einrichtungseigene Fachkräfte für rehabilitative Maßnahmen

Haus A: Externe Versorgung.

Haus B: Externe Versorgung, die ausdrücklich erwünscht ist.

Haus C: Das Haus versorgt sich überwiegend intern bei Förderung und Begleitung der Bewohner. Direkte Rehabilitation im medizinischen Bereich wird natürlich extern gemacht.

Haus D: Im Haus selbst gibt es eine Psychologin und eine Ergotherapeutin, Krankengymnasten und Logopäden. Diverse Fachärzte werden aufgesucht oder kommen auf Anforderung ins Haus.

Haus E: Im Seniorenbereich stehen 2,5 Fachkräfte (Erzieher und Altenpfleger) zur Verfügung.

Frage 4: Förderinhalte

Die Heimleitungen aller Häuser verwiesen auf ihre Antworten zu Prävention (5.3.1.1)

Frage 5: Ganzheitlich-ökologischer oder ein individueller Förderansatz?

(vgl. A. Skiba 1996, S. 32; D. Müller 1994)

Haus A: Es wird ein ganzheitlicher Ansatz bevorzugt.

Haus B: Bevorzugt wird grundsätzlich ein ganzheitlicher Ansatz. Für geistig Behinderte existieren aber nur wenige geeignete Reha-Maßnahmen bzw. Reha-Kliniken.

Haus C: Die Förderung findet auf der Grundlage der Lebensbiographie und in der Regel innerhalb der Wohngruppe statt.

Haus D: Es werden beide Ansätze berücksichtigt.

Haus E: Trifft nicht zu.

Frage 6: Zusammenarbeit mit Bekannten/Freunden/Verwandten/Ehepartnern

Haus A: Vom Trend ist es eher wenig. Bei einigen ist bei Einzug in die Wohneinrichtung noch sehr deutlich, dass die Eltern sich noch mit engagieren (andere Angehörige eher weniger); es wird aber mit der Zeit immer weniger. Am häufigsten zu beobachten ist die Zusammenarbeit mit Verwandten im Schwerstmehrfach-Behindertenbereich. Diese Gruppe

besteht jetzt seit vier Jahren, aber auch hier nimmt die Zusammenarbeit jetzt stetig ab. Sie fällt weg, wenn die Familie das Gefühl von Sicherheit mit den Mitarbeitern hat. Wenn es zuverlässig nach ihren Wünschen läuft und das behinderte Familienmitglied einen zufriedenen Eindruck macht.

Haus B: Es ist prinzipiell immer wichtig, mit Angehörigen zusammen zu arbeiten. Es wird immer Wert auf deren Mitarbeit gelegt, besonders bei den jüngeren Bewohnern. Bei den älteren leben die meisten Angehörigen nicht mehr.

Haus C: Ehepartner gibt es überhaupt nicht mehr, Verwandtenbesuche sind sehr selten oder gar nicht. Es ist wichtiger, dass überhaupt jemand da ist, der den Behinderten ab und an besucht. Die Mitarbeiter sind angehalten, an Geburtstage, Familiengedenktage etc. zu denken.

Haus D: Es gibt keine Zusammenarbeit direkt. Bei jüngeren Bewohnern schon eher, z. B. Abstimmung mit den Eltern.

Haus E: Entfällt. Heimleitung versteht unter Rehabilitation die „klassische Rehabilitation“.

5.3.1.4 Zusammenfassung

Den Antworten merkt man eine gewisse Unsicherheit darüber an, was überhaupt unter „Rehabilitation“ für geistig behinderte Menschen verstanden werden soll. Zwei Heimleitungen verweisen pauschal auf ihre Ausführungen über „Prävention“, eine redet mehr über das neue Dokumentationssystem als über Rehabilitation selbst – m. a. W., es wird einer eigentlichen Antwort ausgewichen. Die Heimleitung von Haus E versteht unter „Rehabilitation“ das, was landläufig darunter verstanden wird – eine Reha-Maßnahme in einer Reha-Klinik oder in einem Krankenhaus, wobei noch angemerkt wird, dass solche Reha-Aufenthalte für ältere Menschen oft eher unangenehm sind, weil sie sich dort nicht heimisch fühlen und ihnen alles unvertraut ist – in der Tat ein Dilemma. Lediglich die Definition der Heimleitung von Haus D kommt dem in etwa nahe, was man unter Rehabilitation für geistig behinderte Menschen verstehen könnte: „Aufrechterhaltung der erzielten Fähigkeiten“.

Die rehabilitative Versorgung ist sehr unterschiedlich und ergibt keine einheitliches Bild. Aber insgesamt scheint die Versorgung im Großen und Ganzen ausreichend zu sein.

Überwiegend wird der ganzheitliche Ansatz bevorzugt und versucht, Menschen bei notwendigen rehabilitativen Maßnahmen in ihrer Gruppe zu belassen bzw. sie nicht aus ihrer gewohnten Umgebung herauszureißen; aber auch der „individualistische“ Ansatz findet seine Berücksichtigung. Die Heimleitung von Haus B macht allerdings einige kritische Bemerkungen dahingehend, dass Reha-Maßnahmen für behinderte Menschen (besonders geistig Behinderte), ja sogar der gesamte Gesundheitssektor ein „sozialpolitisches Problem“ darstellen.

Bei Älteren gibt es mit Verwandten/Ehepartnern oder Bekannten/Freunden auf rehabilitativem Gebiet nur wenig oder gar keine Zusammenarbeit, eher bei jüngeren Bewohnern. Entweder vertrauen die Verwandten usw. auf die Kompetenz der professionellen Helfer oder sie sind schlicht nicht (mehr) vorhanden. Ältere geistig Behinderte haben beispielsweise in der Regel keine Ehepartner oder die Verwandten sind schon verstorben.

5.3.1.5 Integration (Fragebogen Teil D)

Frage 1: Ausmaß der Integration bzw. Kooperation mit externen Einrichtungen

Haus A: Es wird mit mehreren Krankenhäusern in der Nähe kooperiert. Die Zusammenarbeit ist allerdings nicht sehr zufriedenstellend, hat sich aber in den letzten Jahren etwas gebessert. Was die Psychiatrie betrifft, so bemüht sich die Heimleitung darum, psychiatrische Unterbringung nach Möglichkeit eher zu vermeiden.

Haus B: Mit Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen oder ambulanten Diensten gibt es für den Behindertenbereich ein großes Problem. Sozialpolitisch muss hier sehr viel getan werden, weil das Fachwissen nicht vorhanden ist.

Haus C: Die Bewohner sind „ganz normale“ Patienten in den Kliniken ringsum. Mit psychiatrischen Einrichtungen wurden eher keine guten Erfahrungen gemacht. Bevorzugt werden deshalb Fachkliniken, die den Umgang mit geistig Behinderten gewöhnt sind bzw. sich darin auskennen.

Haus D: Bei normalen Erkrankungen gibt es keine Probleme. Im Landeskrankenhaus existiert eine spezielle Abteilung für Menschen mit geistiger Behinderung. Dort wurden recht gute Erfahrungen gemacht. Sozialpädagogen sind im Haus, ambulante Dienste von außerhalb werden nicht mehr verordnet.

Haus E: Sie sind mit der Gemeinde vernetzt; der Bus fährt auch dort hin. Es wird mit dem dortigen Hospital kooperiert. Die Psychiatrie ist hauseigen; ambulante Dienste werden nicht in Anspruch genommen.

Frage 2: Zusammenarbeit mit „Laien“

Haus A: Mit den Laien aus der Gemeinde ist die Zusammenarbeit gut. Weitere ehrenamtliche Helfer kommen z. B. aus dem Förderverein, Sportvereinen u.a. Vor allem aber engagieren sich ältere Menschen. Bei den jüngeren gibt es in dieser Hinsicht Probleme mit dem „Nachwuchs“.

Haus B: Momentan sind z. B. im Haus B alleine 15 Ehrenamtliche eingebunden. Eine Integration in die Gemeinde ist angestrebt (z. B. Seniorenclub). Angehörigenarbeit wird ebenfalls als wichtig angesehen. Da aber viele ältere Menschen in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit ihren Angehörigen gemacht haben, gestaltet sich der Kontakt schwierig.

Haus C: In der pflegerischen Hinsicht besteht keine Zusammenarbeit, aber in der Betreuung gibt es sehr wohl ehrenamtliche Helfer, Verwandte, Bekannte. Besonders hervorzuheben ist hier die Kolpingfamilie, die sich seit über 30 Jahren um die Integration bemüht.

Haus D: Es gibt viele Ehrenamtliche aus dem Umkreis. Die Seniorinnen haben keine Verwandten mehr und wenn, dann gestaltet sich der Kontakt schwierig, da sie oft aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammen.

Haus E: Die Kooperation mit Laien sieht schlecht aus. Es existieren einige Projekte, aber ehrenamtliche Helfer wollen in der Regel nur die „leichten“ Fälle, mit denen man sich noch unterhalten kann o. ä. Der Besuch von Verwandtschaft ist auch ziemlich selten.

Frage 3: Öffentlichkeitsarbeit

Haus A: Öffentlichkeitsarbeit wird nicht gezielt für einzelne Häuser sondern Westfalenfleiß übergreifend (unterhält vier Häuser) betrieben. Wenn etwas in einzelnen Häusern zu thematisieren ist, wird das an diese Stelle weiter gegeben. Veranstaltungen im Haus werden pressemäßig verkündet und die Presse dazu eingeladen. Die Einrichtung wurde noch nicht in der Presse kritisiert.

Haus B: Es wird viel Öffentlichkeitsarbeit gemacht, da sie als wichtig angesehen wird. Dieses geschieht nicht alleine unter dem Namen der Wohnstätte sondern unter dem Namen des Trägers. Das Haus gibt eine eigene Zeitung heraus. Es werden z. B. Tage der offenen Tür veranstaltet. Jede Wohnstätte (es gehören vier dazu - eine davon ist Haus A, die anderen haben keine geistig behinderten Senioren) veranstaltet z. B. öffentliche Sommerfeste. Es wird jede Möglichkeit genutzt, um in die Zeitung zu kommen. In der Presse ist die Einrichtung bislang noch nicht kritisiert worden.

Haus C: Öffentlichkeitsarbeit wird über Zeitungsberichte betrieben. Einmal pro Jahr wird ein Sommerfest für die Bewohner und die Bevölkerung ausgerichtet. Speziell bezogen auf die Arbeit mit älteren geistig Behinderten wird die Einrichtung nicht extra aktiv, sondern mehr um das ganze Haus darzustellen. Das bedeutet dann auch, dass die Arbeit mit den Älteren auch ganz normal dazugehört. Bisher wurde die Einrichtung noch nicht kritisiert, was sich natürlich schon morgen ändern könnte.

Haus D: Öffentlichkeitsarbeit gibt es; wie gezielt sie ist, ist eine andere Frage. Wenn, dann betrifft es den gesamten Heimbereich mit allen Bewohnern. Es gibt z. B. den Tag der offenen Tür; in der Werkstatt ist dieser ziemlich regelmäßig. Im Heimbereich ist die Einrichtung zurückhaltender, weil es für die Bewohner sehr belastend ist, wenn ganze Völkerwanderungen hier durchgehen. Jubiläum (75 Jahre) war z. B. 1996 zu feiern - auch hier ist viel an Öffentlichkeitsarbeit geschehen. Das Haus wurde noch nicht in der Presse kritisiert.

Haus E: Der Geschäftsführer fördert Öffentlichkeit sehr stark, weil sie sehr wichtig ist (z. B. Presseberichte, wenn ein Haus neu eingerichtet oder umgebaut wird; hauseigene Zeitschrift; Barfußwanderweg; Benefizveranstaltung; jährliche Kirmes; Sommerfest u. ä.). Kritik in der Presse hat es bisher noch nicht gegeben.

5.3.1.6 Zusammenfassung

Die Heimleitungen zeichnen ein sehr düsteres Bild der medizinischen und psychiatrischen/therapeutischen Versorgung in Krankenhäusern, Psychiatrien usw. Teilweise scheint es immer noch massive Diskriminierungen von geistig behinderten Menschen in Krankenhäusern zu geben („dumme“ Bemerkungen vom Personal etc.) und in psychiatrischen Einrichtungen ginge man auf die spezifischen Bedürfnisse von geistig Behinderten, die zudem an psychischen Problemen litten, nicht angemessen ein (Ignoranz oder mangelnde Fachausbildung des Personals?). Haus C formuliert es drastisch: „In psychiatrischen Einrichtungen gehen geistig Behinderte unter“. Da ist es verständlich, dass die Heimleitungen angesichts dieser Situation lieber auf die eigene Infrastruktur bzw. eigene, hausinterne Kompetenzen zurückgreifen.

Die Erfahrungen mit „Laienhelfern“ scheinen überwiegend positiv zu sein – mit der bemerkenswerten Ausnahme von Haus E, wo sich die Heimleitung über die wenig soziale Einstellung der dort wohnenden Bevölkerung beklagt. Laienhelfer sind jedoch mehr für die Betreuung als für die Pflege geeignet – ein wichtiger Punkt dahingehend, dass ja vielfach behauptet wird, Einsparungen im Sozialbereich ließen sich durch Ehrenamtliche auffangen. Nach den Aussagen der Heimleitungen zu urteilen, erscheint dies als ziemlich unrealistisches Wunschdenken von Politikern. Obendrein ist die Mobilisierung von Ehrenamtlichen und Laienhelfern eine ständige Aufgabe, da fast niemand „von selbst“ auf die Idee kommt beispielsweise eine Patenschaft zu übernehmen. Zudem wollen die Laienhelfer eher mit den „leichteren“ Fällen zu tun haben. Schwer- und Schwerstbehinderte kommen leider oft zu kurz, obwohl gerade diese von Laienhelfern und Ehrenamtlichen auch profitieren könnten (z. B. RollstuhlfahrerInnen).

Das Thema „Verwandte“ ist heikel. SeniorInnen haben in ihrer Lebens- bzw. Vorgeschichte nicht selten mit Gewalterfahrungen zu tun gehabt oder waren selbst gewalttätig, die (Herkunfts-)Familien waren zerrüttet usw. Aus diesem Grund scheint es schwierig zu sein, Kontakte zu Verwandten und zur Familie zu knüpfen, weil die Beziehungen oft extrem vorbelastet sind.

Alle Heimleitungen legen einen gesteigerten Wert auf Öffentlichkeitsarbeit und Selbstdarstellung, versuchen aber gleichzeitig, die Intimsphäre der BewohnerInnen zu

schützen. Bemerkenswert ist die einhellige Aussage, dass Kritik in der Presse bislang noch nicht stattgefunden habe.

5.3.1.7 Normalisierung (Fragebogen Teil E)

Frage 1: Beachtung des Normalitätsprinzips (vgl. A. Skiba, 1996, S. 33 f.)

Haus A: Ziele sind ein normaler Tagesrhythmus, Trennung von Arbeit und Wohnen bis auf die Hauswirtschaft, normaler Jahresrhythmus, normaler Lebenslauf, soweit dies bei Behinderung möglich ist. Die Respektierung von Bedürfnissen wird gerade von den Bewohnern und den Mitarbeitern geübt. Paarbildung unter den Behinderten ist möglich. Der Standard soll im Rahmen des Qualitätsmanagements sichergestellt werden.

Haus B: Normaler Tages- und Jahresrhythmus ist gewährleistet. Trennung von Arbeit und Wohnen gibt es nicht nicht bei Jedem. Es kommt auf den Einzelfall an. Außerdem wohnen noch sehr wenig Frauen im Haus.

Haus C: Normaler Tagesrhythmus, aber keine starren Zeiten. Das Prinzip der Normalität ist ein Spagat zwischen dem Postulat und dem, was mit einem Behinderten möglich ist. Normaler Jahresrhythmus ist gewährleistet (Sommerurlaub, kirchliche Feste). Ein normaler Lebenslauf muss den Bedürfnissen der Rentner angepasst werden, ist aber nicht in jedem Falle wünschenswert; beispielsweise dann nicht, wenn das Bedürfnis besteht, noch weiterhin einige Stunden in der WfB zu arbeiten. Beim Stichwort „Leben in einer bisexuellen Welt“ muss berücksichtigt werden, dass das Heim teilweise auch Kloster ist. Der wirtschaftliche Standard wird dadurch bestimmt, was durch den Heimvertrag und den Pflegesatz erschwinglich ist.

Haus D: Beim Punkt „Arbeit – Wohnen“ wird erwähnt, dass noch viele über 65jährige freiwillig in der Werkstatt arbeiten, um etwas Abwechslung zu haben. Die Frauen sind noch in der Überzahl, aber das Haus ist prinzipiell auch für Männer geöffnet. Die Wohngruppen sind möglichst normal gestaltet, auch von der Wohnungseinrichtung her. Allerdings sind der „Normalität“ in einem Heim gewisse Grenzen gesetzt.

Haus E: Die Mitarbeiter müssen zu bestimmten Festen anwesend sein, z. B. findet die Bescherung immer am 23. Dezember statt; es wird also auf den Jahresrhythmus geachtet. Normaler Tagesrhythmus, Trennung von Arbeit und Wohnen sowie normaler Lebenslauf sind gewährleistet, soweit dies bei Behinderten möglich ist. Die Respektierung von Bedürfnissen wird individuell geregelt. Der Intimbereich ist mehr oder weniger ausgespart. Die normalen wirtschaftlichen Standards werden von der Heimaufsicht regelmäßig überprüft.

Frage 2: Wichtige Kriterien für Normalisierung

Haus A: In diesem Haus gibt es nach Auskunft der Heimleitung keine „Pflegerkräfte“ mehr, sondern Betreuer, Begleiter oder Assistenten. Die Häuser sollten nicht mehr so groß sein, sondern Wohncharakter aufweisen, Doppelzimmer sollen möglichst durch Einzelzimmer ersetzt werden. Individualisierung und affektive Förderung sind Teil des Hilfeplanes. Persönlicher Besitz ist gewährleistet.

Haus B: Folgende Ziele wurden als sehr wichtig angesehen: Veränderung der Wahrnehmung zum Behinderten, Förderung, Hilfeplanung, Gestaltung der Wohnumgebung, intensive und affektive Förderung, Individualisierung der Aktivitäten, Förderung persönlichen Besitzes, Nutzung von Medien und kompetente Personen als Lernmodelle.

Haus C:

Diese Fragen wurden von der Heimleitung als „zu theoretisch“ erachtet.

Haus D: Als wichtig wurden angesehen: Veränderung der Wahrnehmung und Einstellung der wahrnehmenden Person (bezüglich des Verhältnisses der Pflegekraft zum Behinderten und des Behinderten zur Pflegekraft). Auf hohe Individualisierung der Aktivitäten und Programme und auf eine gute Wohnatmosphäre wird Wert gelegt. Die Förderung persönlichen Besitzes erscheint nicht wichtig.

Haus E: Akzeptanz der Behinderten durch die Betreuer wird im Rahmen der Fortbildung thematisiert. Auf architektonischem Gebiet wird die Einrichtung rollstuhlgerecht umgebaut. Affektive Förderung passiert im Gruppenrahmen. Auf alle befragten Punkte wird im Kontext des Qualitätsmanagements geachtet. Persönlicher Besitz fällt bei den RentnerInnen eher bescheiden aus. Wenn, dann sind es eher kleinere Anschaffungen.

Frage 3: Tagesstrukturierung

Haus A: Mit der Berentung einzelner Menschen sind sehr unterschiedliche Menschen in das Seniorenalter gekommen. Es gibt z. B. einen Bewohner, für den regulierte Strukturen sehr wichtig sind, für andere ist es eher wichtig, dass sie ihre Strukturen selber festlegen können. Dabei gibt es auch Umstellungen, z. B. kann es sein, dass die Bewohner eine Zeit lang diese Strukturen nehmen und dann kommen neue Situationen oder neue Menschen, die sie kennenlernen, so dass eine andere Struktur notwendig wird. D. h. es ist eigentlich sehr stark abhängig von der individuellen Persönlichkeit und eigentlich weniger abhängig davon, ob man älter oder jünger ist. Eine klare Strukturierung des Tagesablaufs ist sehr wichtig bei Menschen, die noch eine psychische Problematik aufgesattelt haben.

Haus B: Jeder Mensch benötigt für sich eine bestimmte Struktur. Bei älteren Menschen ist es noch wichtiger, um sich orientieren zu können. Dieses ist erst Recht von Bedeutung, wenn der geistige Abbau anfängt und wenn körperliche Gebrechen hinzukommen.

Haus C: Eine relativ feste Tagesstruktur ist für geistig behinderte Menschen äußerst wichtig. Die Regelmäßigkeit und die Beständigkeit führt dazu, dass die Bewohner Angebote gerne annehmen und dass sie sich an einer Tagesstruktur orientieren können.

Haus D: Eine klare Orientierung ist sehr wichtig. Je stärker jemand behindert ist, je mehr muss er sich an vorgegebene Sachen halten können.

Haus E: Eine Tagesstrukturierung ist wichtig. Die älteren Menschen ab 65 Jahren gehen dann in die Senioreneinrichtung und es wird gehofft, dass auf dem Gelände demnächst eine Seniorentagesstätte eingerichtet werden kann. Auch ein festes Ritual ist wichtig: die älteren Frauen wissen, dass montags immer Singen ist, mittwochs gemeinsames Frühstück, dienstags und donnerstags ist offener Treff, bei dem immer 30 Seniorinnen anwesend sind. Die Frauen gehen regelmäßig in die stifteigene Kapelle, alle sind sehr religiös.

Frage 4: Schilderung eines normalen Tagesablaufs

Haus A: Tagesstruktur: Übergabe Frühdienst/Tagesdienst; Besonderheiten Nachtwachenbuch; gemeinsames Frühstück; Hilfestellungen beim Aufstehen für bedürftige Bewohner; Tagesprogramm; Mittagessen im Haus oder außerhalb; Tagesprogramm.

Regelmäßige Aktivitäten: Spaziergänge; Einkäufe; Einkaufsfahrten; Besichtigungen; Ausflüge; Kochen/Backen; Spielen; Basteln; Kegeln; Eis essen gehen/fahren etc.

Zusätzliche Tätigkeiten: Medikamentebestellungen; Rezeptlisten an Ärzte leiten; Rezepte abholen, kontrollieren; Ordnung im Medikamentenschrank schaffen; Medikamentenausgabe an die WfB; Krankenbetreuung, gelegentliche Arztbesuche; Weiterleiten telefonischer Informationen an die Gruppen, Dokumentationen etc.

Haus B: Hier hat sich Einiges geändert. Es wird der pädagogische Ansatz verfolgt, Selbstverantwortung zu fördern. Die Heimbewohner haben anfangs dagegen Widerstand geleistet und auch für das Personal war es eine Umstellung. Es ist ein langwieriger Prozess.

Haus C: Am Beispiel eines Bewohners zwischen 70 und 75 Jahre: Er hat früher als Gärtner in der hauseigenen Gärtnerei gearbeitet und seitdem er Rentner ist, besucht er noch täglich regelmäßig, aber zu eingeschränkten Zeiten, die Werkstatt. Er steht morgens gegen 7.30 Uhr auf, erfährt die entsprechende Unterstützung bei der Körperhygiene und der Nahrungsaufnahme und geht gegen 9 Uhr zur Gärtnerei, wo er noch bis 11 Uhr mitarbeitet. Dann legt er die Hacke zur Seite, wäscht sich und geht früher als die anderen - die normale Arbeitszeit endet zur Mittagszeit um 12 Uhr - wieder zur Wohngruppe zurück, ruht sich aus und bereitet sich auf das Mittagessen vor. Anschließend Mittagsschlaf und nachmittags besucht er die Tagesstrukturierenden Maßnahmen, Abendessen und normale Freizeitgestaltung wie Fernsehen, Spaziergang machen.

Die Angebote sind natürlich jahreszeitlich bedingt bzw. auch abhängig davon, wie der Wochenrhythmus ist. Am Wochenende besucht er Gottesdienste. Es ist interessant, dass die älteren Bewohner großen Wert darauf legen zu unterscheiden zwischen Sonntags- und Alltagskleidung - weißes Hemd und Schlips. Ein Teil der Bewohner fährt sonntags immer nach V. oder E., je nachdem wo sie gerne hin möchten. Hier im Kloster wird auch ein eigener Gottesdienst angeboten. Das Essen wird von außerhalb ins Haus geliefert. Putzarbeiten führen entsprechende Hilfskräfte aus.

Haus D: Im Haus gilt das Prinzip, dass jeder das machen soll, was er kann. Wenn er selbst seine Wäsche waschen kann, soll er es nach Möglichkeit machen, das Zimmer putzen u. ä. Das hat natürlich sicherlich auch Grenzen, z. B. in einer 12er Gruppe. Obwohl eine hauseigene Großküche vorhanden ist, ist jede Wohngruppe mit einer Küche ausgestattet, so dass jede Gruppe selbst kochen kann, wenn gewünscht. Am Wochenende wird dieses

gelegentlich gemacht oder an Geburtstagen wird gebacken. Zusammenfassend: an den alltäglichen Verrichtungen werden die Bewohnerinnen beteiligt sofern sie in der Lage sind.

Haus E: Auf den Gruppen wird Wäsche gefaltet, sortiert, Tisch auf- und abgedeckt, Kaffee gekocht, Kochen, d. h. kleine Hausarbeiten werden verrichtet. Die Seniorinnen gehen entweder mittwochs zum Seniorenfrühstück oder montags oder donnerstags am Morgen zum Singen. Nachmittags ist am Dienstag und am Freitag offener Treff. Es gibt jeden Tag eine bestimmte Einheit, zu der sie ohne Anmeldung hingehen können; eine Ausnahme bildet lediglich das Treffen zum Frühstück. Sehr viele Bewohner gehen spazieren oder fahren gelegentlich mit dem Bus in den benachbarten Ort.

Frage 5: Gestaltung offen strukturierter Angebote

Haus A: Ausflüge, Veranstaltungen und weitere gemeinsame Unternehmungen finden regelmäßig statt. Es ist ein kontinuierliches Angebot vorhanden. Es gibt z. B. Senioren, die Bekleidungseinkäufe in der Gruppe ablehnen und dieses viel lieber mit dem Tagesdienst oder alleine erledigen wollen. Diese Senioren machen das regelmäßig und sind z. B. häufiger in der Stadt als Bewohner, die lieber durch den angrenzenden Tiergarten gehen und für die die Stadt nicht besonders attraktiv ist.

Haus B: Es finden Angebote im Hause aber auch viele außerhalb statt. Regelmäßig sind z. B. Kinogruppe, Seniorenstammtisch, Kegeln; Einkaufen kommt eher sporadisch vor. Die Mitarbeiter schauen, wo die Bedürfnisse und Wünsche sind. Wenn z. B. gerade der Zirkus in der Stadt gastiert, wird dieses Angebot wahrgenommen. Tagesausflüge über das Jahr hinweg werden immer gemacht. Aktivitäten werden auch miteinander verbunden, z. B. fährt ein Betreuer in die Stadt mit zum Arztbesuch; dieses wird dann mit nötigen Kleidungseinkäufen verbunden, evtl. mit Essen gehen, Kaffeetrinken u. a.

Haus C: Speziell für die älteren Bewohner gibt es Angebote. Darüber hinaus existieren für alle Bewohner Angebote, die teilweise feste Gruppen umfassen, z. B. Tanzgruppe. Dann gibt es Angebote, die punktuell angeboten werden, z. B. Weihnachtsplätzchen backen o. ä. Es kann sich Jeder anmelden, der Lust dazu hat.

Haus D: Geburtstage, Jubiläen, Gruppenfeste, Ausflüge, Einladungen zu Bekannten, Schützenfeste, Pfarrfeste, Kirmes - es gibt zahlreiche Angebote. Die Palette ist schon sehr weit und man muss sehen, dass sich Einzelne nicht überfordern. Das Angebot darf ruhig breit sein, aber es bedeutet nicht, dass Jeder alles mitmachen muss, denn das bekämen einige Bewohner für sich nicht mehr geregelt.

Haus E: Fahrten am Wochenende, z. B. zur Volksmusik, ins Kino, Einkaufsbummel, Urlaubsfahrten (regelmäßig).

Frage 6: Kontakte mit Nicht-Behinderten innerhalb des Wohnheims

Haus A: Frage nicht relevant, da hier nur Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Mehrfachbehinderung leben.

Haus B: Trifft nicht zu. Ausschließlich geistige bzw. geistige/psychische Behinderung.

Haus C: Diese Frage ist nicht relevant, weil hier nur Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Mehrfachbehinderung leben.

Haus D: Entfällt, da alle geistig behindert sind.

Haus E: Alle sind geistig behindert.

Frage 7: Umgang mit Sterben und Tod

Haus A: Aufgrund des Todes mehrerer Bewohner kurz hintereinander wurde sich verstärkt mit dem Thema auseinandergesetzt. Aus diesem Anlass kam ALPHA-NRW ins Haus, eine Organisation, die in Sterbebegleitung ausbildet. Die Behinderten und das Personal werden bei Bedarf betreut. Ein Sterbezimmer gibt es nicht, im Fall von Doppelzimmern kann das Zimmer geräumt werden, um dem Sterbenden einen würdigen Rahmen zu geben. Ca. 20 % der Behinderten nutzen die Gelegenheit, sich zu verabschieden. Es wird dafür gesorgt, dass die Behinderten zu Beerdigungen o. ä. gehen können. Die Befürchtungen der Verwandtschaft, der Behinderte könne „ausflippen“, sind unbegründet.

Haus B: Mit dem Thema wird sehr offen umgegangen. Es gab hier schon mehrmals Sterbebegleitung bei älteren aber auch bei jüngeren Bewohnern. Wie bei Haus A wird Unterstützung von ALPHA eingeholt, ebenso über ein Sterbehospiz. Die Behinderten werden psychisch unterstützt. Im Dokumentationssystem können spezielle Bestattungsverfügungen (wie und wo soll beerdigt werden usw.) registriert werden.

Haus C: Es wurde für den Umgang mit Sterbenden ein spezielles Konzept erstellt; was in den Teams besprochen wird. Die Trauerrituale werden durch die Ordensgemeinschaft bzw. durch Pastoren vor Ort vorgenommen. Psychische Unterstützung für Verwandte und Freunde gibt es nicht. Wenn der Sterbende in einem Doppelzimmer lebt, wird der andere Bewohner woanders untergebracht. Die übrigen Bewohner werden in den Sterbeprozess mit einbezogen, wobei die Reaktionen sehr unterschiedlich sind.

Haus D: Die Sterbenden und auch die Bewohner werden gut begleitet. Z. B. ist eine ca. 70jährige an Krebs erkrankte Frau bis zum Tod begleitet und gepflegt worden. Selbst der Tagesdienst war bereit, auch nachts bei ihr zu bleiben. Begleitet wurde die Sterbende zusätzlich von einem jüngeren Augustiner-Pater. Seit ca. 10 Jahren gibt es im Stift einen Lientheologen, der Fortbildungen anbietet. Die Sterbenden kommen nicht in einen Sonderraum. Selbst die Gruppe wird, wenn es eben geht, mit einbezogen, was vorbildlich funktioniert. Die Bewohner nehmen im Zimmer Abschied, beten, gehen mit zur Beerdigung; es ist alles „normal“.

Haus E: Zu diesem Thema werden Kurse angeboten werden. Noch können die Sterbenden in ihren Zimmern bleiben. Aber es sollen in Kürze die Bettlägerigen in eine eigene Pflegegruppe kommen. Die geistig Behinderten vergessen Todesfälle recht schnell.

Frage 8: Verbesserungsvorschläge

Haus A: Es fehlt ein Zimmer zum Abschiednehmen von den Sterbenden.

Die eigene Biographie sollte unter systematischen Gesichtspunkten rekonstruiert werden. Der Seniorensport ist noch verbesserungswürdig, wobei im Moment die Kompetenzen der Kollegen etwas eingeschränkt sind.

Die Einrichtung ist gewachsen und bis jetzt erfolgt die Angehörigenarbeit gruppenübergreifend. Es besteht aber der Wunsch, dass auf Dauer die Angehörigenarbeit an die Gruppe angebunden wird, da die Angehörigen sonst nicht mehr kommen werden.

Haus B: In der Praxis ist man schon weit fortgeschritten, aber es bestehen Defizite in der Ausbildung. In der Altenpflege wird es teilweise angerissen, bei den Heilerziehungspflegern weniger.

Umgang mit Medizin: Gerade in Deutschland sind sozialpolitisch die Grundvoraussetzungen für Behinderte nicht besonders gut.

Altersgemäße Milieugestaltung: Mit diesem Thema beschäftigt man sich, z. B. in Form von Ruhezeiten für Senioren. In der Gruppe mit 17 Senioren ist dieses sehr problematisch. Fragestellung: Wie kann diese große Gruppe zukünftig entzerrt werden, in kleinere Gruppen aufgeteilt werden usw.?

Senioren sport wurde zwischendurch angeboten. Anfangs war die Teilnahme regelmäßig, später ließ sie nach.

Übergang WfB und die darauf folgende Heim-Tagesstruktur für Rentner: Seit Ende 2000 ist eine Projektgruppe gegründet worden, um zu diesem Thema zu arbeiten und zwar: Wie bereitet man Behinderte, die in der WfB arbeiten, darauf vor, dass sie berentet werden? In der Vergangenheit ist zu dem Thema zwar auch schon einiges zur Sprache gekommen, allerdings nicht konzeptionell.

Angehörigenarbeit wird ganz groß geschrieben, was aber im Bereich der psychisch behinderten Senioren problematisch ist.

Generationenprobleme sind weniger vorhanden. Dieses wird nur bemerkt, wenn beispielsweise Feierlichkeiten anstehen; die Senioren empfinden es als Krach und Belästigung.

Beschäftigungstherapie: Möglichkeiten zur Beschäftigung für die Senioren bestehen morgens in der hauseigenen kleinen Werkstatt, was jedoch abgeschafft werden soll, da es nicht in den Wohnbereich hineingehört. Angebracht ist stattdessen eine alltagsnahe Tagesstrukturierung. Die Ergotherapie wird nur noch eingesetzt, wenn es individuell unbedingt nötig ist.

Haus C: Im Haus wird der Umgang mit dementierenden alten geistig behinderten Menschen als schwierig erlebt. Das müsste entsprechend in der Ausbildung berücksichtigt werden. Hilfreich sind die neuen Methoden aus dem Bereich der Altenhilfe, z. B. Validation (Realitätsorientierungstraining).

Religiösität ist ein Problem, das sich noch verstärken könnte. Es besteht eine Kluft zwischen dem, was die älteren Menschen brauchen und dem, was jüngere Mitarbeiter ihnen anbieten können. Aufgrund der unterschiedlichen Sozialisation sind in diesem Bereich ganz unterschiedliche Erfahrungen und auch ganz unterschiedliche Bedürfnisse vorhanden. Diese Problematik wird sich künftig noch verstärken.

Haus D: Die Sensibilisierung für die Bedürfnisse der älteren Menschen ist verbesserungswürdig, ebenso die Beschäftigung insbesondere der bettlägerigen älteren Menschen.

Haus E: Es fehlen vor allem Angebote im Seniorensport.

Frage 9: Leitidee des lebenslangen Wohnangebots (vgl. AK Wohnen 1997, S. 19)

Haus A: Die Leitidee gibt es und sie wird auch umgesetzt. Im Moment liegen keine Sparzwänge vor. Es wurde zwischenzeitlich darüber nachgedacht, ob die Senioren nicht unter verbesserten Bedingungen (Neubau, Einzelzimmer) gegenüber auf das Grundstück ziehen sollten. Dieses lehnten die Senioren jedoch ab. Niedersachsen hat einen Vorstoß gemacht, geistig behinderte Senioren auszugliedern; sie hätten dadurch jedoch nur Nachteile gehabt. Wenn einer einen Anspruch nach Eingliederungshilfe hat, dann bekommt er diese. Die Pflege ist letztlich eine Andexleistung zur Eingliederungshilfe, was auch richterlich anerkannt ist. Es ist bekannt, dass es in etlichen Bundesländern die Überlegung zur Ausgliederung gibt, was allein Überlegungen der Träger sind. Westfalenfleiß z. B. hat davon wieder Abstand genommen. Der Abbau hier im Haus geht in eine andere Richtung, nämlich die, dass evtl. ca. 30 Bewohner in Außenwohngruppen gehen könnten.

Haus B: Die Bewohner haben ein lebenslanges Wohnrecht. Bisher musste noch niemand weggegeben werden. In anderen Bundesländern sieht das teilweise anders aus, was wohl etwas mit Kosten hin- und herschieben und dem Ausschöpfen der Pflegeversicherung zu tun hat.

Haus C: In Nordrhein-Westfalen besteht ein Rechtsanspruch auf lebenslanges Wohnen in der Wohnstätte (im Gegensatz dazu das Land Niedersachsen). Aber auch dort sind Bestrebungen im Gange, ein lebenslanges Wohnangebot zu machen.

Haus D: Vor ca. 2 Jahren gab es Bestrebungen vom Kostenträger (LWL), die Pflegebedürftigen auszusondern, um die Gelder von der Pflegeversicherung besser ausschöpfen zu können. Hier ist die PV mit nur maximal 500 DM dabei. Im Moment ist dieses aber kein Thema mehr.

Haus E: Es verbleiben alle im Haus; niemand wird „abgeschoben“.

Frage 10: Individualisierung der Angebote für die SeniorInnen

Haus A: Im Haus gibt es 16 mehrfachbehinderte Menschen, die stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die meisten von ihnen sind in der Schwerstbehindertengruppe konzentriert. Von den anderen Mitarbeitern wurde verlangt, dass die Betreuer dieser Gruppe alles alleine machen sollten, z. B. auch bei Ausflügen. Dann wären aber sieben Mitarbeiter für sieben Schwerstbehinderte nötig, was nicht zu bezahlen ist. Aus diesem Grund werden bei Ausflügen die Gruppen gemischt. Es gibt aber Anstrengungen, auch auf diese Gruppe gezielt einzugehen. Vorbehalte bei den Betreuern und den Angehörigen müssen dafür allerdings erst beseitigt werden.

Haus B: Im Moment ist keiner bettlägerig. Zum Teil behindern räumliche Unzulänglichkeiten die Mobilität der stark Behinderten (z. B. zu schmale Türen). Dort, wo Senioren stark verhaltensauffällig sind, werden zusätzliche Kräfte eingesetzt (Aushilfen). Es wurde schon viel Geld für zusätzliche Nachtwachen ausgegeben. Geplante Ausflüge bei Krankheit von Bewohnern müssen nicht ausfallen. Es helfen dann entweder andere Gruppen aus oder von den Fachkräften fahren nicht alle mit. Es kommt natürlich bei akuten Vorfällen vor, dass geplante Aktivitäten ausfallen müssen.

Haus C: Wenn jemand nicht mit in die Gruppenangebote hineingenommen werden kann, müssen ihm Angebote gemacht werden, d. h. auch für Bettlägerige, die dann in Form von tagesstrukturierenden Maßnahmen an diese Personen herangetragen werden. Die soziale Komponente wird mit einbezogen, d. h. es wird versucht, ihn in eine Gruppe zu holen. Nur wenn dieses nicht möglich ist, muss auf den Einzelnen zugegangen werden.

Haus D: Hier gibt es so etwas wie Nachbarschaftshilfe. Bettlägerige können dann in die Nachbargruppe gegeben werden, wenn z. B. ein Ausflug stattfindet.

Haus E: Zum Beispiel werden, sofern die Seniorinnen es bezahlen können, Ferienfreizeiten gemacht. Die Bettlägerigen verbleiben in der Gruppe.

Frage 11: Möglichkeit der freiwilligen Tätigkeit in der WfB (Werkstatt für Behinderte)

Haus A: Es sollte möglich sein. Aber die Heimleitung vermutet, dass wohl nicht viele Bewohner davon Gebrauch machen würden.

Haus B: Es gibt Rentner, die in der WfB (außerhalb) noch etwas mithelfen. Rein rechtlich geht das allerdings nicht. Der Kostenträger (LWL) bezahlt auch die Werkstatt und steht auf dem Standpunkt, dass mit 65 Jahren Schluss ist. Das Personal in den Werkstätten wird vom LWL finanziert und der Personalschlüssel ist dort ganz anders als im Wohnbereich. Die Mitarbeiter können die berenteten Personen nicht noch stundenweise beaufsichtigen. Im Projekt „WfB - Ausstieg Tagesstruktur“ beschäftigt man sich mit dieser Thematik. Es wäre eine Forderung an den Kostenträger, dass nicht die Grundaussage des LWL ist, dass mit 65 Jahren Schluss ist, sondern – etwa auf 630 DM-Basis – auch über 65 Jahre hinaus noch Arbeit angenommen werden kann, was aber im Moment dort gar nicht zur Diskussion steht. Dieses Problem ist eine sozialpolitische Angelegenheit und keine Sache der Wohnstätten. Es würde bedeuten, dass der LWL die Kosten tragen muss, da die Werkstätten dazu nicht in der Lage sind.

Haus C: Dieses wird im Haus praktiziert. Laut Erfahrung ist es für die Rentner sehr wichtig und deshalb zu begrüßen.

Haus D: Aufgrund einer internen Absprache ist es möglich, täglich stundenweise die Werkstatt aufzusuchen.

Haus E: In der WfB ist mit 65 Jahren definitiv Schluss. Stattdessen gibt es andere Angebote für die Seniorinnen.

5.3.1.8 Zusammenfassung

Die Heimleitungen bemühen sich überwiegend, den BewohnerInnen ein den „normalen“ Standards angepasstes Leben so weit wie möglich anzubieten. Aber bei manchen Antworten schimmert die Frage durch: ist das überhaupt immer so erstrebenswert? Geistig behinderte ältere Menschen haben oft andere Bedürfnisse, für sie sind individualisierte Vorgehensweise mitunter unabdingbar; zudem ist ein Heim eben doch nicht dasselbe wie ein eigenes Haus oder eine eigene Wohnung, der Unterschied kann nicht immer verwischt werden.

Was dagegen für die Heimleitungen sehr wichtig ist, ist ein fest strukturierter Tages- und Jahresrhythmus, an dem sich die Behinderten ausrichten können; wichtig sind auch wiederkehrende Festtage oder Feste, wie Weihnachten, Ostern, Kirmes usw. Ritualisierung ist für Behinderte von großer Wichtigkeit, es „bringt Ordnung in ihr Leben“. Die Aussage der Heimleitung A fällt in Bezug auf die Tagesstrukturierung etwas aus dem Rahmen und ist bemerkenswert. A schränkt ein, eine feste Tagesstrukturierung/Ritualisierung ist nicht in jedem Falle von Bedeutung, manche Menschen lehnen dies auch ab. Wichtig ist eine feste Strukturierung nach Meinung der Heimleitung A vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung (z. B. Menschen mit Down-Syndrom) und extrem wichtig für solche, die darüber hinaus psychische Problematiken aufweisen. Aber Ritualisierung ist kein Selbstzweck.

Weil in den Heimen, zumal in konfessionell gebundenen, noch immer entweder nur Männer oder Frauen leben, ist das Thema „Leben in einer bisexuellen Welt“ nach wie vor eine große Herausforderung für die Heime. Paarbildung gibt es offenbar erst in Ansätzen (vor allem in den Außenwohngruppen), und mit Geschlechtermischung in den Heimen selbst wird erst begonnen (Ausnahme: Haus A).

Die Heimleitungen legen vermehrt Wert auf Fortbildung und Individualisierung der Betreuungspläne für die geistig behinderten älteren Menschen – im Rahmen des Qualitätsmanagements. Angestrebt wird u. a. auch eine Abkehr von den Großeinrichtungen, die Häuser sollen kleiner werden, weniger Anstaltscharakter aufweisen.

Beklagt wird auch wieder der hohe Zeitaufwand, der für die Dokumentationssysteme für die Pflegeversicherung benötigt wird (Haus E).

Bis auf das Putzen (mit Ausnahme von Haus D) und die Gartenarbeiten können sich die SeniorInnen offenbar überall betätigen, auch in den Werkstätten mitarbeiten, wenn sie wollen. An tagesstrukturierenden Möglichkeiten scheint es jedenfalls nicht zu fehlen. Es scheint fast schon ein Überangebot an offen strukturierten Angeboten zu geben; die Frage ist, ob die Angebote auch bei den Bewohnern „ankommen“, speziell bei den älteren geistig Behinderten. Vielleicht sollten die geistig Behinderten zu den Angeboten „hingeführt“ werden. Wie das geschieht, darüber geben die Heimleitungen leider keine Auskunft.

Es ist bemerkenswert, wie professionell die Heimleitungen mit dem Thema Sterben und Tod umgehen. Die Mitarbeiter werden geschult (etwa durch Profis aus den Hospizen), psychologisch betreut usw., Supervision angeboten, auf die Sterbenden und ihre Umgebung wird einfühlsam eingegangen. Nur die Verwandten der Sterbenden werden etwas außen vor gelassen. Allerdings ist es auch nicht die Aufgabe der Heime, die Verwandten noch zusätzlich zu begleiten (höchstens als „Beiprodukt“). Die zentralen Stichworte lauten auch hier: Fortbildung und Supervision. Das Problem ist nur: die Heime müssen die Fortbildung selbst organisieren; in der Ausbildung der Pfleger/Betreuer wird dieses Thema noch zu wenig berücksichtigt (Frage 8, Haus B).

Wie ein roter Faden zieht sich durch die unterschiedlichen Antworten in den Interviews, dass die Heime im wachsenden Maße versuchen, ihren Großenrichtungscharakter abzustreifen und von bloßen Verwahr- und Beschäftigungsinstitutionen zu ganzheitlich ausgerichteten, im Wortsinn „Wohnstätten“ für ältere geistig Behinderte (aber nicht bloß für diese) zu werden. Deshalb soll die Tendenz auch dahin gehen, dass die Unterscheidung Pfleger/Betreuer wegfällt und jeder Mitarbeiter potenziell alles machen kann – es sei denn, es geht um spezialisierte Dienste (z. B. medizinisch/psychiatrisch). Die alte Arbeitsteilung in solchen Einrichtungen, vor allem die in Pflege und Betreuung, erweist sich zunehmend als Hindernis, um den neuen Herausforderungen (wachsende Anzahl an alten Menschen z. B.) angemessen zu begegnen.

Das Thema „Abschiebung in Pflegeeinrichtungen“ ist z. Z. offenbar noch kein akutes Thema. Die Heimleitungen haben eher Interesse daran, die Einwohnerzahl der Häuser zu reduzieren, d. h. eine Dezentralisierung der Einrichtungen vorzunehmen.

Bezüglich des Stichworts „Individualisierung von Angeboten“ gehen die Bemühungen eher dahin, die Schwerstbehinderten verstärkt in die Gruppenstrukturen zu integrieren, nicht zu isolieren oder zu „individualisieren“. Notfalls werden sie in eine andere Gruppe gebracht, wenn die eigene Gruppe einen Ausflug machen will, an dem die Schwerstbehinderten nicht teilnehmen können etc. Es wird auch eine vorübergehende Erhöhung des Personalstocks in Kauf genommen, um Freizeitaktivitäten zu ermöglichen. Der „Gruppenegoismus“ existiert nach Meinung der Heimleitung Haus A in erster Linie in den Köpfen der MitarbeiterInnen.

Uneinheitliche, widersprüchliche Aussagen gibt es hinsichtlich der Frage, ob SeniorInnen auch noch über ihr 65. Lebensjahr hinaus in der Werkstatt für Behinderte (auf freiwilliger Basis natürlich) mitarbeiten dürfen. Laut Auskunft der meisten Heimleitungen ist es aus rechtlichen Gründen eigentlich gar nicht mehr möglich, dass über 65jährige noch in der Werkstatt stundenweise arbeiten können. Die Häuser B, C und D praktizieren es trotzdem, möglicherweise in bewusster Ignoranz der Rechtslage. Letztendlich ist es auch eine Frage der Anzahl des Aufsichtspersonals und – fast noch wichtiger - eine sozialpolitische Fragestellung, wie die Leitung Haus B wohl nicht zu Unrecht anmerkt.

5.3.2 MitarbeiterInnen (Pflegekräfte / SozialarbeiterInnen / PädagogInnen / TherapeutInnen)

5.3.2.1 Ergebnisse

Frage 1: Arbeitsbereich

Haus A: Pädagogisch-sozialarbeiterischer / therapeutischer / pflegerischer / hauswirtschaftlicher Bereich.

Haus C: Angaben identisch wie bei Haus A.

Haus D: Pädagogisch-sozialarbeiterischer Bereich machen 50% der Arbeit aus.

Therapeutischer Bereich / Koordination, Planung von Fortbildungen für Kollegen / Pflegerischer Bereich / Erstellung von Fortbildungen.

Sonstiges: Begleitung der Praktikanten und Pflegeschülerinnen; Seniorenarbeit (Konzeptentwicklung); Seniorengesprächskreis; biographische Arbeit; Ferienmaßnahmen für Senioren; Beratung von Senioren.

Frage 2: Ausbildung

Haus A: Heilerziehungspflegerin in Ausbildung; Examen 2001.

Haus C: Erzieherin (niederländische Ausbildung).

Haus D: Sozialpädagogin; macht z. Zt. eine systemische Therapieausbildung.

Frage 2. 1: Zufriedenheit mit der Qualität der Ausbildung

Haus A: Weniger zufrieden. In der Schule gibt es zu wenig Praxisbezug.

Haus C: Sehr zufrieden, sehr praxisbezogen.

Haus D: Sehr zufrieden.

Frage 3: Verdienst

Haus A: Ca. 1500 DM/Monat (netto). Nach dem Examen BAT VI, später Vc. Ist mit dem Verdienst zufrieden.

Haus C: BAT V. Ist mit dem Verdienst zufrieden.

Haus D: Bat IV a. Keine Angaben, ob mit dem Verdienst Zufriedenheit besteht.

Frage 4: Arbeitszeit

Haus A: Ganztags.

Haus C: Ganztags oder halbtags, je nach Anforderung.

Haus D: Ganztags.

Frage 5: Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima

Haus A: Überhaupt nicht zufrieden. Im kleinen Team ist das Klima in Ordnung, im Haus ist es schlecht. Es gehen Gerüchte um und es werden immer mehr an Aufgaben an die MitarbeiterInnen herangetragen. Das Klima ist durch die Einführung des neuen Qualitätsmanagements durch die Heimleitung schlechter geworden. Jede/r starrt nur noch auf „seinen“ resp. „ihren“ Bereich und fühlt sich für alles Andere nicht mehr zuständig.

Haus C: Das „Hausklima“ ist okay, aber die Mitarbeiterin hat Schwierigkeiten mit den Kollegen im Team. Sie hat das Gefühl, „gegen eine Wand zu stoßen“. Sie macht die neue Gruppenleitung dafür verantwortlich und vermutet, dass diese keine ausreichende fachliche Qualifikationen mitbringt. Sie fühlt sich arbeitsmäßig überlastet, einige ihrer Kolleginnen und Kollegen seien krank, z. T. psychisch. Auch für Letzteres macht sie die Arbeitsüberlastung verantwortlich.

Haus D: Weniger zufrieden. Das Haus ist katholisch und aufgrund seiner hierarchischen Strukturen relativ starr. Schnelle Veränderungen sind deshalb kaum möglich. Das Haus wird von Nonnen geführt. Es wird auf Gemeinschaftssinn viel Wert gelegt (Betriebsfeste etc.). In der Arbeitsgruppe Personalentwicklung wird sich um eine Umstrukturierung des Hauses bemüht.

Frage 6: Veränderung des Betriebsklimas in den letzten Jahren

Haus A: Verschlechtert. Erklärung s. Antwort auf Frage 5.

Haus C: Im Team verschlechtert. Erklärung s. Antwort auf Frage 5.

Haus D: Verbessert. Es bewegt sich mehr und es wird zunehmend auf die Basis gehört. Die Leitung ist jetzt interessierter an den Fragen der Mitarbeiter. Eine positive Veränderung hängt bestimmt damit zusammen, dass im Moment eine Qualitätsbeschreibung der Einrichtung gemacht wird und dadurch gibt es positive Reibungen.

Frage 7: Länge der Betriebszugehörigkeit

Haus A: 2 Jahre

Haus C: 4 ½ Jahre

Haus D: 7 Jahre

Frage 8: Verhältnis zu den geistig Behinderten

Haus A: Es kommt auf den Einzelfall an. Wenn die Rentner ausgelastet wären, wäre ihr Verhalten in der Gruppe anders, nämlich positiver. Zum Beispiel treten gehäuft Aggressionen auf, die vermutlich ihren Ursprung im Unausgelastetsein der älteren Menschen haben.

Haus C: Gut. Die Arbeit mit Älteren macht Spaß.

Haus D: Gut. Die Interviewte sieht als Vorteil an, dass sie selbst zu den Älteren gehört. Sie hatte einen leichten Start, da die Seniorinnen es anscheinend bevorzugen, auch zu einer älteren Frau zu gehen. Wichtig bei Senioren ist, die Biographie zu sehen. Die Senioren haben oft kein oder ein sehr grausames Elternhaus gehabt (Lieblosigkeit, Ablehnung), ganz andere Lebenserfahrungen. Dieses mit ihnen zu reflektieren, ist etwas ganz anderes als bei jüngeren Frauen. Ein Teil der Seniorinnen hat auch eine psychische Erkrankung.

Frage 9: Unterstützung durch die Heimleitung

Haus A: In der praktischen Ausbildung ist die Interviewte „herumgeschubst“ worden, musste ad hoc die Gruppe wechseln, wenn es Engpässe gab. Inzwischen gibt es keine Konflikte mehr. Sie wird auch nach dem Examen übernommen.. Von der Leitung erfolgt allerdings kein Lob sondern eher Kritik, wenn etwas schlecht gelaufen ist. Inzwischen scheint es aber hier auch besser zu werden.

Haus C: Die Mitarbeiterin kommt mit der Heimleitung gut zurecht, sieht aber auch, dass z. B. bei den Personalproblemen der Leitung auch die Hände gebunden sind. Die Problematik des Teams untereinander ist bekannt (Hauptauslöser ist dafür die Arbeitsüberlastung). Dagegen kann man kann nichts unternehmen, außer jetzt z. B., wo es in ihrem speziellen "Notfall" individuelle Supervision gibt.

Haus D: Die Interviewte fühlt sich von der Ordensschwester voll unterstützt. Am Anfang war es wohl schwierig, da man sich erst aufeinander einstellen musste.

Frage 10: Zusammenarbeit der unterschiedlichen Dienste

Haus A: Es klappt für das Notwendigste im Allgemeinen. Die Nachbargruppen mit à 7 Bewohnern arbeiten gut zusammen.

Haus C: Der Wille ist da, aber die Nachbargruppe ist gleichfalls überlastet, so dass „Nachbarschaftshilfe“ nur bedingt möglich ist.

Haus D: Die Interviewte kann dies nicht beurteilen, da ihre Arbeit davon nicht tangiert wird.

Frage 11: Grundversorgung und ausreichende Zuwendung

Haus A: Bis vor einiger Zeit haben hier nur vier Kollegen gearbeitet, so dass für die Bewohner nicht viel Zeit blieb. Inzwischen gab es Neueinstellungen in ihrer Gruppe und man kann sich mehr um die Bewohner kümmern, z. B. mit ihnen mal ihre Schränke gemeinsam aufräumen, mehr Zeit für Gespräche u. ä. aufwenden. Für die Gruppe der „jungen, fitten RentnerInnen“ findet die Mitarbeiterin die Situation unbefriedigend. Für sie gibt es keine angemessene Tagesstruktur. Sie sind hier völlig alleine und haben den ganzen Tag nicht viel zu tun. Es ist für diese Gruppe eher ein „Versorgtsein“.

Haus C: Die bettlägerigen Bewohner sind fast den ganzen Tag allein, die Betreuer können sich außer der Grundversorgung nicht ausreichend um sie kümmern. Normalerweise lässt die Interviewte den alten Menschen Zeit, etwas zu erledigen. Jetzt „ertappt“ sie sich dabei, wie sie die alten Menschen antreibt, um beispielsweise rechtzeitig zur Nachtruhe fertig zu sein. Nur während der Pflege kann sie sich den Pflegefällen individuell zuwenden. Die pädagogische Arbeit entfällt aufgrund der Steigerung der Pflegefälle. Die Ziele in den Betreuungsplänen können wegen des Zeitmangels gar nicht umgesetzt werden. Je mehr Pflege für die Pflegefälle, desto weniger kann sich auch den „Rüstigen“ gewidmet werden. Die sog. tagesstrukturierenden Aktivitäten kommen zwar bei den schweren Pflegefällen aufs Zimmer, es sind aber nur wenige Momente der Abwechslung für die Bewohner.

Haus D: Es besteht eindeutig ein Mangel und eindeutig eine große Bedürftigkeit. Es gibt noch viel zu tun, was aber nicht nur mit Kostendeckelung zusammenhängt, sondern auch mit Fortbildung und Schulung von Mitarbeitern. Sie müssen lernen, Prioritäten zu setzen, nämlich z. B. auch andere Arbeit liegen zu lassen, um sich zu den Bewohnern zu setzen, da sie ja in

erster Linie für die Bewohner da sind. Das ist noch sehr schwer und zu diesem Thema gibt es nichts drumherum oder schön zu reden. Das ist die eine Seite. Die andere ist aber auch zu sehen, nämlich wie Mitarbeiterinnen sich bemühen, den Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu werden. Aber man kann denen nicht ganz gerecht werden, was manchmal sehr bitter ist. Ein Traum der Interviewten wäre, in jeder Wohngruppe zwei Mitarbeiter mehr zu haben. Durch das Qualitätsmanagement ist auf alle Mitarbeiter mehr Verwaltungsarbeit und mehr Dokumentation zugekommen. Diese Zeit geht für die Bewohner verloren, die persönliche Begleitung wird dadurch beschnitten. Man kann Arbeit bzw. Zeit umschichten, um die Verwaltungsarbeit aufzufangen, aber es scheint alles ausgereizt zu sein. Im übrigen meint jedoch die Interviewte, dass sie im Haus D im Vergleich zu anderen Häusern noch gut dran sind.

Frage 12: Supervision

Haus A: "Richtige" Supervision haben sie nicht. Gruppengespräche mit der Heimleitung für weiteres Vorgehen nach dem Dokumentationssystem gibt es dagegen schon. Die Interviewte findet, dass diese Form schon wenigstens etwas bringt, denn 1 1/2 Jahre lang war gar nichts, was Absprache, Information usw. betraf, gelaufen.

Haus C: Aufgrund der Probleme (siehe dazu Frage 5) erhält die Mitarbeiterin individuelle Supervision. Für das Team der Schwerstpflegegruppe ist Supervision in Planung.

Haus D: Zum Standard des Hauses gehört es inzwischen, Teamsupervisionen zu geben. Bis jetzt sind vier Supervisionen gelaufen. Deutliche Bewegung im Haus gibt es seit zwei Jahren.

Frage 13: Zusätzliche Aspekte

Haus A: Keine Angaben.

Haus C: Die gehäufte Zahl der Schwerstpflegefälle hat sich in diesen beiden Gruppen einfach so ergeben. Man hatte schon überlegt, die Situation zu „entzerren“. Das wiederum würde bedeuten, dass einige Bewohner in eine andere Gruppe umziehen müssten, was ein Aufgeben ihrer Beziehungen bedeuten würde, auch wenn die andere Gruppe nur wenige Meter entfernt ist. Es wäre ein Aufgebenmüssen des Zuhauses der schwer Kranken, was man ihnen auf

keinen Fall antun wolle. Also bleibt die Situation ohne Personalaufstockung vorerst so wie sie ist.

In ihrer letzten Fortbildung wurde viel vorgeschlagen, was den Umgang mit schwierigen Bewohnern betrifft. Um so bedauerlicher findet die Mitarbeiterin, dass dieses Wissen aufgrund von Zeitmangel nicht mehr in die Praxis umgesetzt werden kann. Bis vor zwei Jahren war die Situation noch befriedigender, denn zu diesem Zeitpunkt waren die Bewohner allgemein noch rüstiger und das Personal reichte dafür aus. Die jetzige Situation findet die Interviewte sehr belastend.

Haus D: Die Pflicht zur Qualitätsbeschreibung kommt von den Verbänden. Die Interviewte meint, dass - wie in den 60er Jahren die Heimreform - jetzt wieder eine Umbruchzeit ist, deren Hintergrund die Kostendeckelung ist. Die Gelder sind einfach knapper geworden. Die Heime müssen überlegen, wie sie mit Kürzungen zurecht kommen. Trotzdem soll der Qualitätsstandard gehalten werden. Das sieht die Mitarbeiterin als Hauptgrund an. Ein Heimplatz/Tagesplatz kostet 172 DM pro Tag x 301 Bewohner und 301 Mitarbeiter in allen Bereichen. Sie ist sich bewusst, dass sie quasi von den Bewohnern bezahlt wird.

5.3.2.2 Zusammenfassung

Alle drei Mitarbeiterinnen äußern übereinstimmend Unzufriedenheit mit dem Arbeitsklima bzw. den Arbeitsbedingungen; die Gründe dafür sind freilich unterschiedlich. Während im Haus A eine Verschlechterung des Arbeitsklimas vor allem der Einführung des Qualitätsmanagements angelastet wird, die - populär gesprochen - viel „heiße Luft“ produziere und dabei lediglich Gruppenegoismus und eine Verschlechterung des Führungsstils der Heimleitung befördere, hat die Mitarbeiterin in Haus C Probleme mit der aktuellen Gruppenleitung und dem Umstand, dass die Arbeitsbelastung sehr hoch sei (MitarbeiterInnen würden oft krank etc.). In Haus D schließlich hat die Mitarbeiterin vor allem Schwierigkeiten mit der doch noch recht starren Hierarchie in einem katholischen Heim – auch wenn sie konstatieren muss, dass die Leitung bzw. die Arbeitsgruppe Personalentwicklung sich bemüht, diese Hierarchie abzubauen und modernere Methoden der Personalführung zu entwickeln.

Die Mitarbeiterin von Haus A spricht ein offenbar ziemlich gravierendes Problem an: die *Unausgelastetheit*, man könnte auch sagen: die *Langeweile* der RentnerInnen, die aus Mangel an Tagesstrukturierung oder Angeboten (vielleicht auch Zuwendung durch die BetreuerInnen?) Aggressionen entwickeln und nichts Rechtes mit sich anzufangen wissen. Einen weiteren Faktor führt die Mitarbeiterin von Haus D an: die SeniorInnen schleppen oft eine wenig erfreulich Lebensgeschichte mit sich herum, darauf müssen die MitarbeiterInnen Rücksicht nehmen. Zudem seien ältere Frauen generell aktiver als alte Männer, das muss entsprechend bei der Betreuung zusätzlich Berücksichtigung finden. Es gibt allerdings auch für behinderte Menschen (besonders für diejenigen mit psychischen Erkrankungen) ein Recht, einfach in Ruhe gelassen zu werden.

Das Problem des Unausgelastetseins der SeniorInnen bzw. das Problem der Langeweile generell hat natürlich auch etwas mit mangelnder *Zuwendung* durch das Personal zu tun, welche wiederum mit der chronischen Arbeitsüberlastung der MitarbeiterInnen zusammenhängt, über die sich in den Interviews ja auch beklagt wurde. Hier gibt es deutliche Parallelen zu M. Seiferts Aussage, dass auf die Bedürfnisse von geistig behinderten älteren Menschen in Berliner Heimen aufgrund von Mangel an qualifiziertem Personal *und* an tagesstrukturierenden Maßnahmen nicht ausreichend eingegangen werden kann (vgl. M. Seifert, 1993, S. 240 f.).

Aus den Äußerungen der Mitarbeiterinnen von Haus A und D (vor allem aus diesen) geht hervor, dass die mangelnde Betreuung nicht bloß dem Zwang zur Kosteneinsparung und dem chronischen Personalengpass geschuldet ist; es liegen auch Mängel in der Einstellung bzw. der Haltung des vorhandenen MitarbeiterInnen-Stabes zu den zu Betreuenden vor.

Das Qualitätsmanagement ist nach Meinung der Mitarbeiterin aus D zeitraubend und bedeutet mehr Verwaltungsaufwand; diese Zeit geht der Betreuung der BewohnerInnen verloren. Die Rationalisierungsreserven seien ausgereizt und nicht mehr weiter steigerbar.

Auch hier ist wieder zu vernehmen, dass vor allem die noch „jüngeren Alten“, diejenigen also, die noch gesundheitlich fit und mobil sind, unter einem Mangel an Tagesstrukturierung und Betreuung leiden, wenn das Personal die knappe Zeit mehr den schwerer Behinderten zuwendet. Dies wiederum beeinträchtigt in einer Art als Rückkopplungsschleife das allgemeine Arbeitsklima.

Selbst dort, wo Zuwendung stattfindet, gibt es Grenzen, Grenzen des Verstehens und der Empathie durch die Pflegekräfte. Auch diese Grenzen sollten in der Ausbildung und in der Supervision thematisiert werden.

In den Interviews mit dem Personal wird auf die entscheidenden Missstände aufmerksam gemacht. Immer wieder ist es die Personalknappheit aufgrund der Kostendeckelung bei gleichzeitiger Erhöhung der Anzahl der (Schwerst-) Pflegefälle, die auf mittlere bis längere Sicht pflegepolitischen Sprengstoff beinhaltet. Darunter leiden letzten Endes auch, wie schon an anderer Stelle mehrfach erwähnt, die noch „fitten“ RentnerInnen, wenn zugunsten der „schwereren“ Fälle Personal auf diese konzentriert wird und damit zwangsläufig die anderen mehr oder minder vernachlässigt werden müssen. Der Kampf der Heime um die Erhaltung des vorhandenen Qualitätsstandards ist ein defensiver Abwehrkampf. In der jetzigen Situation bedeutet die Verbesserung der Situation in einen Bereich (z. B. bei den Schwerstpflegebedürftigen) die Verschlechterung in einem anderen; beispielsweise bei den noch rüstigen RentnerInnen.

5.3.3 Geistig behinderte HeimbewohnerInnen

5.3.3.1 Ergebnisse

Fragen 1 - 3: Angaben zu den Informanten

	Alter	Geschlecht	Länge des Aufenthalts im Heim
Haus A	66 Jahre	männlich	7 Jahre (zum Zeitpunkt des Interviews)
Haus B	65 Jahre	männlich	6 Jahre
Haus C	69 Jahre	männlich	30 Jahre

Frage 4: Vermögen

In allen drei Fällen: Nein.

Frage 5: Verwandte/Bekannte/Lebenspartner?

Haus A: Der Bewohner hat noch eine Mutter von 88 Jahren, die in der gleichen Stadt lebt. Herr L. fährt ab und zu mit dem Bus dort selbständig hin. Er hat außerdem noch eine Schwester, die ebenfalls in der Nähe wohnt, aber nicht gesund ist. Ab und zu kommt die Schwester zu Besuch, gelegentlich fährt er sie auch besuchen und bleibt über Nacht.

Haus B: Der Bewohner hat noch einen Bruder, der in O. wohnt.

Haus C: Der Interviewte hat noch Schwestern³⁴ und einen Bruder.

Frage 6: Besuch

Haus A: Ab und zu kommt die Schwester zu Besuch

Haus B: Außer dem gesetzlichen Betreuer kommt Niemand.

Haus C: Ab und zu kommt Besuch.

Frage 7: Gefällt es Ihnen hier im Heim/in der Wohngruppe/Wohngemeinschaft?

Haus A: Sehr gut. *Erläuterung: In der Wohngruppe gefällt es ihm recht gut. Einige Bewohner „hängen so ein bisschen daneben“. Vorher war er in einer anderen Wohngruppe, die alle noch in die Werkstatt gingen. Seit er Rentner ist, wohnt er in dieser Gruppe. Hat nicht viel Kontakt mit den Bewohnern, die Meisten arbeiten ja noch. Er ist viel allein unterwegs; dies stört ihn aber nicht. Er nimmt jede Gelegenheit wahr, um an Gemeinschaftsausflügen teilzunehmen.*

Haus B: Gut. *Erläuterung: Herr S. kann hier viel Spazieren gehen. Auf dem Hof gibt es zahlreiche Tiere: Pferde, Schweine, Katzen - es gefällt ihm. Er fühlt sich hier wohler als vor Jahren in einem anderen Heim. Hier wird er von den Betreuern nicht so „getrieben“. Herr S. hat jetzt ein Einzelzimmer, was ihm gut gefällt.*

Haus C: Gut (ohne nähere Erläuterung).

34 Die genaue Anzahl war nicht festzustellen..

Frage 8: Personal

Haus A: Gut, freundlich. *Erläuterung: Der Bewohner kommt mit dem Personal gut aus. Es gefällt ihm und die Betreuer sind freundlich zu ihm. Das Frühstück und auch anderes Essen wird oft mit den Betreuern zusammen gemacht. Sonst ist er viel allein in seinem Zimmer oder allein unterwegs, was ihn aber nicht stört. Er ist froh, dass er „gut hier angekommen ist“.*

Haus B: Gut, freundlich *Erläuterung: Gelegentlich muss Herr S. entrümpeln (aus Hobby schneidet er Papierschnitzel). Wenn er sie wegschmeißen muss, ist er nicht begeistert - sieht es aber wohl ein. Gruppenleiter haben Zeit für ihn - gehen auf seine Wünsche ein.*

Haus C: Gut, alle sind freundlich zu ihm.

Frage 9: Vertrauensvoller Kontakt zur Heimleitung oder zu sonstigen Personen

Haus A: Ja. *Erläuterung: Wenn man ein paar Sachen braucht, kann man sich an die Leute wenden (gemeint sind hier aber eher die Betreuer).*

Haus B: Ja. *Erläuterung: Hier könnte er sich beschweren, hatte aber bisher noch keine Beschwerden.*

Haus C: Ja. *Erläuterung: Der Bewohner hatte bisher noch keine besonderen Wünsche.*

Frage 10: Gesetzlicher Betreuer

Haus A: Hat keinen gesetzlichen Betreuer.

Haus B: Der gesetzliche Betreuer kommt des öfteren und kümmert sich um seine Anliegen.

Haus C: Der Bruder kümmert sich um seine Belange.

Frage 11: Tagesablauf

Haus A: Herr L. macht Küchendienst, Wäsche, spielt Karten - allerdings allein. Steht meist um 7 Uhr auf. Frühstück kann man sich allein machen, auch wenn man später aufsteht. Bei

gutem Wetter geht er gern spazieren. Bei Regen guckt er viel Fernsehen. Den Tag bekommt er gut herum.

Haus B: Herr S. geht einkaufen. Er singt im heimeigenen Chor einmal pro Woche. Weiter geht er einmal die Woche zum Seniorentreffen der evangelischen Kirche im Vorort, in dem Haus B liegt. Er wird zusammen mit anderen Bewohnern im VW-Bus dort hingebacht (von 10 - 13 Uhr). Herr S. geht ab und an Kaffee trinken. Morgens ist „Beschäftigungstherapie“; in der Werkstatt werden Körbe geflochten, Schalen geklebt. Dort geht er täglich gerne hin.

Haus C: Herr G. ist vormittags freiwillig in der Werkstatt; nach dem Mittagessen fährt der mit dem Rad; abends Fernsehen; zwei Mal pro Woche nimmt er an den Tagesstrukturierenden Maßnahmen (TM) teil; geht viel Spazieren.

Frage 12: Freizeitangebote

Haus A: Mit dem VW-Bus werden oft Ausflüge gemacht; meist für ein paar Stunden spontan ohne Anmeldung. Ausflüge oder angekündigte Tagesfahrten gehen in die nähere Umgebung, z. B. in den städtischen Zoo. Gemeinsame Urlaubsfahrten werden ebenfalls unternommen, Herr L. war schon in Dänemark und Norwegen. Dieses Jahr sind für 2 Wochen Schweden geplant (mit 2 VW-Bussen und ca. 10 - 12 geistig Behinderten).

Haus B: Er fährt jedes Jahr in Urlaub. Früher existierte ein Gymnastikangebot, dieses gibt es jetzt nicht mehr. Im Haus gibt es jetzt einen Stammtisch. Alle 14 Tage wird in der nächst gelegenen Stadt gekegelt. Jeden Vormittag wird außerdem „Beschäftigungstherapie“ angeboten: Werkarbeiten (streichen, Holzsägearbeiten, Körbe flechten, Malkurs).

Haus C: Ausflüge, Tagesstrukturierende Maßnahmen, Kaffeekränzchen, gemeinsame Stadtfahrten, Urlaubreise.

Frage 13: Medizinische/therapeutische/psychologische Hilfe

Haus A: Herr L. war schon oft im Krankenhaus, ist aber sonst nicht krank, weshalb er nicht genau weiß, ob ein Arzt ins Haus kommt.

Haus B: Es kommt ein Arzt. Die Betreuer kommen auch und sehen nach, wie es ihm geht. Sie bleiben auch etwas und unterhalten sich mit ihm.

Haus C: Der Arzt kommt, wenn man krank ist (keine weiteren Angaben).

Frage 14: Lieber zuhause oder lieber im Heim wohnen?

Haus A: Herrn L. gefällt es hier sehr gut. Seiner Mutter und seiner Schwester geht es sehr schlecht, weshalb er dort nicht wohnen könnte. Dieses ist hier sein Zuhause.

Haus B: Herr S. bleibt lieber hier wohnen.

Haus C: Herr G. wohnt lieber hier.

Frage 15: Wünsche

Haus A: Verreist mit Vorliebe, würde allerdings gerne noch mehr reisen (Tagesausflüge).

Haus B: Keine Angaben.

Haus C: *Angaben vom Betreuer: Er ist immer mit einem „Kumpel“ gemeinsam Rad gefahren. Der Mann ist gestorben und Herr G. ist sehr traurig, dass er nun allein ist. Herr G. wünscht sich wieder Jemanden, der mit ihm gemeinsam Radtouren und Stadtbummel machen kann. Allein macht es keinen Spaß. Die Betreuer haben aber keine Zeit dafür.*

Frage 16. Sterben und Tod/Sterbebegleitung

Haus A: Er fühlt sich hier gut aufgehoben und hofft, dass ihm jemand beisteht und er nicht allein gelassen wird.

Haus B: Keine Angaben.

Haus C: Keine Angaben.

5.3.3.2 Zusammenfassung

Auch wenn die Informationen aus den Interviews mit den geistig behinderten älteren Heimbewohnern insgesamt etwas spärlich ausfallen – Einiges lässt sich schon aus ihnen ablesen. Ein Stichwort, das relativ häufig fällt, ist „Alleinsein“, alleine Karten spielen, alleine Spazieren gehen, alleine Fahrrad fahren etc. Der Mann, der beispielsweise gerne Fahrrad fährt, hat nach dem Tod seines „Kumpels“ keinen mehr, der mit ihm fährt – die Betreuer haben keine Zeit dafür (Frage 15, Haus C).

Dieses Alleinsein hat natürlich auch viel mit der Biographie dieser Menschen zu tun und stellt gleichsam für sie eine existentielle Grunderfahrung dar – der Übergang ins Rentenalter und der „Abschied“ von der Arbeit in der Werkstatt bedeutet für diese Menschen nicht selten, dass sie nichts mehr Rechtes mit sich anzufangen wissen und nur noch „herumhängen“ (Frage 7, Haus A). In manchem hört es sich so an, als ob es in erster Linie darum geht, „den Tag herum zu kriegen“. Es werden zwar diverse Angebote gemacht (von morgendlicher Beschäftigungstherapie über Singen im hauseigenen Chor, Kaffeekränzchen bis hin zu mehr oder weniger spontanen Ausflügen mit dem Bus in die nähere Umgebung), aber *systematisierte tagesstrukturierende Angebote* scheinen noch eher Mangelware zu sein. Am Weitesten ist man mit den tagesstrukturierenden Angeboten offensichtlich noch in Haus C, obgleich sie dort auch lediglich zweimal die Woche stattfinden (Frage 12). In Haus A und B scheint man eher noch entweder auf die „klassische“ Beschäftigungstherapie oder schlicht auf die Improvisationskünste des Personals (kurzfristig anberaumte Ausflüge mit dem Bus etc.) zu setzen, insoweit deren knapp bemessene Zeit dies zulässt. Eine erfreuliche Entwicklung ist zweifelsohne das Angebot an ausgedehnteren Urlaubsreisen auch für geistig Behinderte, vor allem in Haus A und C.

Positiv zu erwähnen wäre auch noch der Umgang mit Tieren (Frage 7, Haus B), was erfahrungsgemäß für die emotionale Ausgeglichenheit älterer Menschen von großer Bedeutung sein kann.

Das Verhältnis der befragten Behinderten zu den Heimleitungen und dem Personal scheint gleichfalls im Großen und Ganzen recht gut zu sein.

5.3.4 Fallstudie - verheiratetes Paar

Wie aus dem vorherigen empirischen Material ersichtlich, ist das Zusammenleben von männlichen und weiblichen Bewohnern in Heimen für geistig behinderte Menschen noch immer nur äußerst selten üblich, obwohl es Bemühungen von Seiten der Heimleitungen gibt, diese unbefriedigende Situation allmählich zu ändern. Haus A stellt in dieser Beziehung eine der wenigen Ausnahmen dar. Dort leben sowohl verheiratete als auch nicht verheiratete Paare zusammen. Die Hochzeit der Eheleute W. war seinerzeit (1990) eine Sensation und ist in der Presse erschienen.

5.3.4.1 Lebenslauf und Sozialbericht der Ehefrau

WESTFALENFLEISS GmbH

M., im Juli 1994

Haus A

S O Z I A L B E R I C H T

Frau W.

1. Allgemeines

1.1 Persönliche Daten

Frau W., geborene A., geschiedene T., wurde am 09.05.1932 in O. geboren.

Sie wurde am 01.07.1985 in das Wohnheim der Westfalenfleiß GmbH am X.weg aufgenommen. Seit dem 16.03.1987 lebt sie im Haus A.

Frau W., die zunächst ganztags in der Werkstatt für Behinderte angestellt war, arbeitet seit dem 04.01.93 in der Hauswirtschaftsgruppe von Haus A. Seit Ende 1992 ist sie nur noch halbtags beschäftigt. In einem ärztlichen Zeugnis von Frau Dr. R.-O. vom 02.12.92 heißt es hierzu: „Zu der geistigen Behinderung, die mit psychischen Alterationen verbunden ist, sind in letzter Zeit ausgeprägte altersbedingte Ausfallserscheinungen hinzugetreten, so dass aus ärztlicher Sicht eine Halbtagsbeschäftigung zwingend geboten ist“.

1.2 Diagnose der Behinderung

Da eine ausführliche Diagnose der Behinderung nicht vorliegt, können dahingehend keine detaillierten Aussagen gemacht werden. Sowohl Frau Dr. R.-O. als auch Herr Dr. W. attestierten in diesem Zusammenhang eine geistig Behinderung, die mit psychischen Alterationen verbunden ist.

1.3 Erkrankungen, die fachärztliche Behandlung erfordern

Frau W. leidet unter labiler Herzinsuffizienz, Harninkontinenz und hypotöner Kreislauffehlregulation.

1.4 Medikation:

Frau W. nimmt 1 x täglich 1 Dragee Novodral retard Forte zur Stabilisierung des Kreislaufs ein.

1.5 Hilfsmittel

Frau W. benötigt eine Brille und eine Zahnprothese als Hilfsmittel.

1.6 Allgemeine äußere Erscheinung

Frau W. macht einen sauberen Eindruck. Sie hat eine gute Körperhygiene und trägt saubere Kleidung. Sie hat jedoch insofern eine auffällige Erscheinung, als dass sie übergewichtig ist. Dadurch bedingt wirkt sie manchmal in ihrer Grobmotorik etwas langsam und schwerfällig. Trotz ihres Übergewichtes trägt Frau W. in erster Linie enge Kleidung, die für sie eher unvorteilhaft ist. Auch die farbliche und stilistische Zusammenstellung der Kleidung wirkt oft unpassend. Erfahrungsgemäß fällt es Frau W. sehr schwer, sich von abgetragener Kleidung zu trennen, auch wenn diese schon mehrfach ausgebessert werden musste. Neue Kleidung, die sie stolz zeigt, zieht sie sehr selten an, weil diese zu schade zum Tragen ist (wie sie selber sagt).

2. Familie und Entwicklung

Frau W. wurde am 09.05.1932 als Tochter der Frau L. J. M. geb. A. (Geburtsurkunde von 1941) in O. geboren. Der Name des Vaters ist unbekannt. Auch über die sonstigen familiären Verhältnisse ihrer Herkunftsfamilie (Geschwister etc.) liegen keine Daten vor.

Frau W. hat den Hauptschulabschluss nicht erreicht und keine Berufsausbildung absolviert.

Am 05.05.1961 heiratete Frau W. (geb. A) Herrn G. T. in O. Diese Ehe wurde am 19.03.1969 in O. geschieden.

Frau W. hat eine Tochter, Frau X., die am 03.08.1968 geboren wurde. Diese Tochter ging jedoch nicht aus der ehelichen Gemeinschaft mit Herrn G. T. hervor, sondern aus einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft, in der Frau W. ca. 20 Jahre lang (bis 1983) lebte.

Diverse Zeugnisse aus dem Zeitraum von 1964 - 1981 geben Aufschluss darüber, dass Frau W. mehrfach als Küchen- und Spülhilfe in M. tätig war. Am 01.09.1983 wurde Frau W. schließlich im G.-Haus des Sozialdienstes Katholischer Frauen (SKF) aufgenommen. Einem Bericht des SKF zufolge hatte der langjährige Lebenspartner von Frau W. sie dazu gedrängt, ihre Tochter zu Pflegeeltern zu geben. Weiter heißt es in dem Bericht, dass es in der Partnerschaft häufig zu Auseinandersetzungen gekommen ist. Als Konsequenz einer solchen Auseinandersetzung trennte Frau W. sich von ihrem damaligen Partner. "In der Lebensgemeinschaft wurde Frau W. nach eigenem Empfinden unterdrückt, aber auch dadurch, dass ihr viele Dinge abgenommen wurden, die sie nicht erledigen kann, unterstützt. Die finanzielle Versorgung erfolgte durch das Sozialamt, von wo aus, da beide nicht fähig dazu waren, eine Einteilung des Geldes vorgenommen wurde". (Zit. n. SKF, Bericht vom 24.10.83).

In dem oben erwähnten Bericht wird ferner darauf verwiesen, dass ein praktischer Arzt bei Frau W. (damals T.) eine schwere Psychose diagnostizierte. Ein detailliertes fachärztliches Gutachten liegt jedoch nicht vor.

Der SKF stellte im Oktober 1983 einen Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG und beantragte darüber hinaus eine Gebrechlichkeitspflegschaft mit dem Wirkungskreis "Vermögenssorge". Letztere wurde am 03.11.1983 vom Amtsgericht angeordnet. Im Januar 1984 übernahm Frau G. S. die Vermögenspflegschaft für Frau W.

Am 01.07.1985 wurde Frau W. in die Wohnstätte Haus G der Firma Westfalenfleiß aufgenommen, wo sie auch ihren jetzigen Ehemann, Herrn H. W., kennenlernte. Gemeinsam mit Herrn H. W. zog sie am 16.03.1987 in das Haus A in eine Gruppe von insgesamt 13 Personen. Am 04.07.1990 heiratete sie Herrn W.

Auf Bestreben des SKF arbeitete Frau W. seit dem 01.06.1984 in der Werkstatt für Behinderte, wo sie zunächst ganztägig in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen tätig war. Da sie sich mit zunehmendem Alter durch die Ganztagsbeschäftigung mehr und mehr überfordert fühlte (vgl. Punkt 1.1), wurde die Arbeitszeit auf eine Halbtagsbeschäftigung reduziert (Dezember 1992). Am 04.01.1993 schließlich wechselte sie in die Hauswirtschaftsgruppe des Hauses A. Hier ist hervorzuheben, dass ihr die Tätigkeit in der Hauswirtschaftsgruppe großen Spaß macht und darüber hinaus ein wichtiger Bestandteil ihrer Tagesstruktur ist.

Seit Februar 1994 lebt Frau W. gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer Außenwohngruppe (AWG) von insgesamt 4 Personen. Die AWG, in der der pädagogische Auftrag darauf abzielt, lebenspraktische Fähigkeiten zu erhalten bzw. auszubauen, bietet einen sehr persönlichen, fast familiären Rahmen, der bei Frau W. ein höheres Maß an Ausgeglichenheit bedingt.

Wie den Ausführungen zu entnehmen ist, kann die familiäre Situation und die Entwicklung von Frau W. hier nur äußerst lückenhaft nachgezeichnet werden. Frau W. selbst gibt keine Auskunft darüber. In ihrer Wahrnehmung ist sie niemals vorher verheiratet gewesen und hat auch keine Tochter. Demzufolge pflegt Frau W. keinerlei familiäre Beziehungen. Für mich als Betreuerin stellt es sich so dar, als hätte das Leben von Frau W. erst mit dem Einzug in das Haus G begonnen. Erzählungen aus ihrem Leben beziehen sich fast ausschließlich auf diese Zeit. Nach meiner Einschätzung fühlt Frau W. sich im Haus A zu Hause.

3. Verhalten

3.1 Verhalten zu Mitbewohnern

Zunächst einmal ist hervorzuheben dass sich Frau W.'s Verhalten zu den Mitbewohnern seit dem Umzug in die AWG, in der insgesamt 4 Personen leben, die ähnlich stark ausgeprägte Persönlichkeiten haben, deutlich in eine positive Richtung verändert hat. Im Rahmen der großen Gruppe von 13 Personen war zu beobachten, dass Frau W. sich jeden Tag nach der Arbeit alleine auf ihr Zimmer zurückgezogen hat, um dort auf ihren Ehemann zu warten. In den Gemeinschaftsräumen hat sie sich in erster Linie gemeinsam mit ihrem Mann aufgehalten. Innerhalb der Großgruppe war ihr Verhalten sehr wechselhaft. Je nachdem, wie ausgeglichen sie war, hat sie einerseits oft versucht, das Geschehen zu bestimmen. Andererseits war sie auch fähig, sich in den Alltag zu integrieren. In einer eher unausgeglichenen Stimmung wurden schwächere Gruppenmitglieder von ihr häufig bevormundet bzw. kritisiert (z. B. bei der Ausführung des Küchendienstes). Besonders ausgeprägt schien diese Verhaltensweise zu sein, wenn kein Betreuer anwesend war. Die anderen Bewohner beschwerten sich dann oft hinterher bei den Betreuern über das dominante grobe Verhalten von Frau W. Darüber hinaus war zu beobachten, dass sie in Konfliktsituationen ihren Ehemann dahingehend beeinflusst hat, ihre Konflikte mit Anderen für sie auszutragen. Des weiteren hat sie versucht, andere Bewohner "auf ihre Seite zu ziehen", so dass ihre Konfliktpartner (meistens schwächere Bewohner) in Extremfällen einer erheblichen Übermacht ausgesetzt waren. Diese Form ihres Konfliktverhaltens hat den

Gruppenalltag und die Gruppendynamik häufig negativ mitgeprägt. Sie war in diesen Situationen wenig einsichtig und beharrte in der Regel auf ihrem Recht.

Wenn Frau W. eher ausgeglichen wirkte, war zu beobachten, dass sie insbesondere die schwächsten Bewohner gerne umsorgte bzw. bemutterte. Ihre Kontaktbereitschaft zu anderen Bewohnern, die sie gerne mag, schien dann auch größer zu sein.

Insgesamt wirkte Frau W. jedoch eher unausgeglichen. Seitdem sie in der AWG lebt, macht sie einen zufriedenen Eindruck. In der kleinen Gruppe von 4 Personen besteht zum einen viel eher die Möglichkeit, Frau W. mit ihrem eigenen Verhalten zu konfrontieren, zum anderen bekommt sie durch vermehrte Ansprache mehr Zuwendung von den pädagogischen Mitarbeitern, so dass sie keine Aufmerksamkeit mehr durch negatives Sozialverhalten erwerben muss. Keine Veränderung ist hingegen bezüglich ihres Freizeitverhaltens festzustellen. Sie verbringt die Nachmittagsstunden alleine und wartet auf die anderen Bewohner bzw. auf die Betreuer. Um ihre Zufriedenheit auch auf lange Sicht zu erhalten, wäre es für Frau W. von großer Bedeutung, auch in den freien Stunden einen Ansprechpartner zu haben, der ihr Hilfestellung bei der Freizeitgestaltung gibt.

3.2 Verhalten zu pädagogischen Mitarbeitern

Frau W. ist gegenüber neuen Mitarbeitern zunächst sehr skeptisch. Sie wehrt sich gegen jeden Versuch der Einflussnahme und fühlt sich schnell bevormundet. Sie reagiert auf Anordnungen misstrauisch und provozierend, wird schnell aggressiv, wenn getadelt wird und verschließt sich. Erfahrungsgemäß versucht sie dann zu intrigieren und die Gruppe "auf ihre Seite zu ziehen". Sie braucht sehr lange, um die pädagogischen Mitarbeiter zu akzeptieren und darüber hinaus Vertrauen zu ihnen zu gewinnen. Körperliche Kontakte (z. B. Umarmungen) lässt sie erst sehr spät zu. Spürt sie, dass die Betreuer sie so mögen, wie sie ist, wird sie meines Erachtens nach zugänglicher und in ihrem gesamten Sozialverhalten umgänglicher. Sie kann dann sehr zuvorkommend und hilfsbereit sein und die Betreuer sogar bemuttern (z. B. Kaffee kochen etc.). Auf Kritik reagiert sie einsichtiger; Körperkontakt und Lob werden für sie dann wichtige Umgangsformen.

Letztlich erlebe ich Frau W., wenn sie sich angenommen fühlt, als fröhlichen Menschen. Besonders deutlich wird das seit dem Umzug in die AWG, in der es bedingt durch die kleine Gruppe eher möglich ist, auf die individuellen Bedürfnisse jedes Einzelnen einzugehen.

3.3 Verhalten zu sich selbst

Frau W.'s Stimmungen und Stimmungsverläufe sind, wie in Punkt 3.1 bereits beschrieben, sehr wechselhaft. Ihre jeweilige Stimmung kommt sehr deutlich durch ihre Körpersprache zum Ausdruck. Die Tatsache, dass sie in der AWG ausgeglichener ist, lässt sich meines Erachtens nach auf die Größe und die Zusammensetzung der Gruppe zurückführen, andererseits auf ein "Mehr" an Zuwendung durch die pädagogischen Mitarbeiter. In ihrem Verhalten zu sich selbst ist es sehr auffällig, dass sie große Passagen ihrer Lebensgeschichte ausblendet, indem sie behauptet, niemals zuvor verheiratet gewesen zu sein und keine Tochter zu haben.

3.4 Verhalten zu Sachen und sachlichen Aufgaben

Frau W. erledigt sehr gerne häusliche Aufgaben, besonders in der Küche. Geübte Tätigkeiten erledigt sie schnell und relativ ordentlich. Innerhalb ihres Zimmers fällt es ihr jedoch schwer, Ordnung zu halten (besonders in den Kleiderschränken). In Bezug auf ihre Kleider muss sie des öfteren angesprochen werden, damit sie die Kleider wechselt. Am gemeinsamen Esstisch vermittelt sie den Eindruck, dass sie Angst davor hat, "zu kurz zu kommen".

4. Kontakte und Orientierung außerhalb des Heimes

Frau W. hat keinerlei familiäre Kontakte. Der einzige Kontakt, den sie außerhalb des Hauses hat, besteht zu Frau S., ihrer Betreuerin. Besuche unternimmt sie aber nur gemeinsam mit ihrem Ehemann, der sie jedes Mal dazu motivieren muss. Von sich selbst aus pflegt sie diese Beziehung nicht. Insgesamt ist Frau W. sehr antriebsarm in Bezug auf Unternehmungen. Sie muss sehr stark motiviert werden, um an Außerhaus-Aktivitäten teilzunehmen. In der Regel unternimmt sie nur gemeinsam mit ihrem Mann etwas.

Nimmt sie an Kursreihen außerhalb des Hauses teil, so verliert sie sehr schnell das Interesse und ist nicht mehr dazu zu bewegen, den Kurs bis zu Ende zu besuchen. Alleine unternimmt lediglich in ihrer näheren Umgebung etwas (z. B. kleinere Einkäufe). In der Umgebung des Hauses A ist sie auch sehr gut orientiert. Sie würde jedoch nur in den seltensten Fällen alleine in die Stadt fahren, obwohl sie die Verkehrsmittel kennt und sowohl räumlich als auch zeitlich gut orientiert ist.

5. Freizeitbereich

Frau W. strickt gerne, hört Musik und sieht gerne fern. Darüber hinaus gestaltet sie ihre Freizeit nicht aktiv selbst. Außerhäusliche Aktivitäten unternimmt sie fast ausschließlich mit ihrem Ehemann. Auf anderweitige Freizeitangebote, die ihr von den pädagogischen Mitarbeitern gemacht werden, lässt sie sich durchaus ein, obwohl sie in hohem Maße motiviert werden muss.

6. Kulturtechniken

Frau W. kann lesen, schreiben und zählen. Sie nutzt diese Fähigkeiten aber aus eigenem Antrieb in sehr geringem Maße. Sie liest z. B. keine Bücher oder Zeitschriften. Ist etwas schriftlich zu erledigen, so überlässt sie das gerne ihrem Ehemann. Darüber hinaus kennt Frau die Uhrzeit, die Wochentage und die Monate.

7. Lernverhalten

In der ersten Zeit nach dem Umzug in die AWG hat Frau W. sich mit Angeboten zur Verselbständigung sehr schwer getan. Sie sah es nicht als ihre Aufgabe an, sich um die täglichen Belange selbständig zu kümmern. Aus diesem Grunde machte sie in erster Linie die pädagogischen Mitarbeiter dafür verantwortlich, wenn etwas nicht reibungslos verlief (z. B. wenn Lebensmittel fehlten). Dadurch, dass die Betreuer die Verantwortung dafür nicht übernahmen, fühlte sie sich mehr und mehr in die Pflicht genommen. Mittlerweile sind ihre Widerstände, Verantwortung für sich und für ihren Lebensbereich zu übernehmen, geringer geworden. Sie lässt sich stärker auf Lernprozesse ein, die darauf abzielen, ihre lebenspraktischen Fähigkeiten zu erweitern. Bestimmte Arbeitsabläufe, die ihr mehrfach erklärt werden, nimmt sie nach einiger Übung in ihr Handlungsrepertoire auf. Ferner ist zu beobachten, dass sie immer häufiger aktiv bei der Gestaltung der Wohnung mitüberlegt.

8. Prognose

Das Lernverhalten von Frau W., das sich meiner Meinung nach auf positive Weise darstellt, lässt darauf schließen, dass die lebenspraktischen Fähigkeiten durchaus weiterentwickelt werden können, trotz zunehmenden Alters. Die positive Entwicklung, die sich bezüglich ihres Sozialverhaltens seit dem Umzug in die AWG abzeichnet, legt die Vermutung nahe, dass Frau W. in besonderem Maße auf Zuwendung angewiesen ist. Für Frau W. wäre es von großer Bedeutung, auch tagsüber einen Ansprechpartner für ihre Belange zu haben, um ihre

Zufriedenheit auch auf lange Sicht hin nicht zu untergraben und um ein Zurückfallen in alte Verhaltensmuster zu vermeiden.

Des Weiteren wurde bereits deutlich, dass Frau W. ihre Freizeit nur sehr wenig aus Eigeninitiative heraus gestalten kann. Eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit bei der Organisation und bei der Gestaltung der freien Zeit wäre deshalb dringend geboten. Die Aktivierung, die soziale Betreuung und Hilfestellungen bei der Alltagsstrukturierung könnten durchaus sinnvolle Eckpfeiler sein, um einem vorzeitigen Alterungsprozess bzw. einer damit verbundenen Pflegebedürftigkeit prophylaktisch entgegenzuwirken.

Unterschrift:

H. (Gruppenbetreuerin)

Ergänzung zum Sozialbericht vom Juli 1994 von Frau W., geb. 09.05.1932, Ergänzung am 09.01.1998³⁵

1.1 Persönliche Daten

Frau W. ist seit dem 05.09.1990 mit Herrn W. verheiratet. Beide leben in der Selbständigkeitsgruppe des Hauses A seit 1994.

1.2 Erkrankungen

Frau W. leidet zudem noch unter öfter auftretenden Beschwerden und Schmerzen in der Knie- oder Wadengegend. Hier ist nicht eindeutig abgeklärt, ob diese von Verschleißerscheinungen im Knie oder Rückenbereich hervorgehen. Weiterhin ist oftmals ein Bluthochdruck bei Aufregungen oder Überbelastungen aufgetreten. Sie neigt ebenfalls zu Sehnenscheidenentzündungen bei starker Belastung der rechten Hand.

Ergänzungen zum Sozialbericht vom Juli 1994 zu Punkt 2. - Familie und Entwicklung

Aus Erzählungen von Frau W. geht hervor, dass ihre Mutter alleinerziehend war und sie schon sehr früh in ein Waisenhaus in O. gekommen ist. Nach ca. 5 Jahren wäre sie in einer Pflegefamilie aufgenommen worden, die sehr gut zu ihr war. Die Kriegs- und die

35 Die Auskünfte zu der Wohngruppe in den Berichten sind nicht ganz eindeutig. Fakt ist: Die Eheleute W. leben in der Selbständigen-Gruppe (auch Paar-Wohngruppe genannt), zu der 7 Personen gehören (2 Paare und 3 Einzelpersonen)

Nachkriegszeit sind ihr in schrecklicher Erinnerung. Sie weiß, dass sie im Bunker immer ganz alleine war und Angst hatte. Von der Nachkriegszeit erwähnt sie in letzter Zeit öfter "das ekelige Maisbrot" und die Essensmarken. Vielleicht stammt aus dieser Zeit auch ihre Angst, bei Mahlzeiten immer zu kurz zu kommen.

Ebenfalls erzählt sie von einem Bruder, der sie öfter in der Pflegefamilie besucht hat und der mit 21 Jahren in der Fremdenlegion gefallen ist. Wann sie die Pflegefamilie verlassen hat, weiß sie nicht mehr. Sie berichtet davon, immer schon etwas "pummelig" gewesen zu sein.

Ihr erster Ehemann, Herr T., sei nicht nett zu ihr gewesen, das Essensgeld hat er in der Kneipe nebenan immer vertrunken und hätte noch Schulden bei ihr. Er hat sie dann "verschenkt" (d. h. an andere Männer weiter verkuppelt). Der Lebenspartner, mit dem sie lange gelebt hat, hat ebenfalls getrunken und sie geschlagen.

Ihre Tochter wurde ihr laut ihres Berichtes weggenommen, obwohl sie sich in der Lage fühlte, diese zu versorgen. Die Schuld dafür gibt sie dem Lebenspartner, weil der immer getrunken hat.

Auf kleine Kinder und Schwangerschaft reagiert sie im allgemeinen angespannt. Dieses scheint sich jedoch in letzter Zeit zu lockern. Auch redet sie über ihre Tochter seit kurzem ganz frei und verleugnet diese nicht mehr. Sie hat darum gebeten herauszufinden, wo diese jetzt wohl ist und wie es ihr geht. Ausschlaggebend dafür war eine Begegnung in der Apotheke, in der eine junge Frau arbeitet.

2. Verhaltensweisen, die in Abweichung zu dem Sozialbericht vom 04. 07. 1994 in den Punkten 3 - 6 aufgezeigt worden sind.

2.1 Zu Punkt 3.1 vorgenannten Sozialberichtes - Verhalten zu den Mitbewohnern

Frau W. ist eine zumeist freundliche und hilfsbereite Bewohnerin und nimmt in der AWG eine mütterliche und fürsorgliche Position ein. So sorgt sie für die Medikamente ihres Mannes und umsorgt besonders Frau L. gerne, wenn sie krank ist. Auch fühlt sie sich für alle in der Gruppe aufkommenden Aktivitäten verantwortlich. Fühlt sie sich dadurch überfordert, untersagt sie den Mitbewohnern weitere Aktionen lautstark schimpfend und setzt sich in den meisten Fällen gegen ihre Mitbewohner und ihren Ehemann durch. Sie hält sich fast ausschließlich im Wohnzimmer auf, strickt viel und guckt Fernsehen, wobei sie ausschließlich das Programm oder die Musik bestimmt. Seit ihrer Verrentung ist sie des öfteren bereit, an Freizeitaktivitäten ihres Mannes teilzunehmen.

2.2 Zu Punkt 3.2 des Sozialberichts von 1994 - keine Veränderungen eingetreten

2.3 Zu Punkt 3.3 - Verhalten zu sich selbst

Seit ca. 1 Jahr ist Frau W. zunehmend bereit, über ihre Lebensgeschichte zu sprechen. Hier darf nicht direkt gefragt werden, sonst verschließt sie sich immer noch. Sie weiß viel von ihrer Lebensgeschichte, erzählt von der Pflegefamilie, dem Heim und der Nachkriegszeit. Auch ist sie in zunehmendem Maße bereit, über ihre erste Ehe und ihren langjährigen Lebenspartner zu sprechen. Sie äußerte um Weihnachten herum erstmalig, dass sie wissen möchte, wie es wohl ihrer Tochter geht. Alle Berichte und Erzählungen sind jedoch sehr kurz und oft unzusammenhängend.

2.4 Frau W. ist seit dem 09.05.97 nicht mehr berufstätig. Sie nimmt mehrmals die Woche an der Tagesbetreuung bis mittags teil. Dann genießt sie die Ruhe in der Wohnung. Mit der Tagesbetreuung kommt sie gut zurecht.³⁶

3. Hilfestellungen

3.1 Hilfestellungen in der Verrichtung des Grundbedarfs

Hin und wieder braucht sie Hilfe bei der Körperpflege, z. B. beim Waschen. Dieses wird zumeist von ihrem Mann übernommen. Bei der Sorge um Arzttermine und Einhaltung der regelmäßigen Arztbesuche benötigt sie Kontrolle und Hilfe. Eine Begleitung zum Arzt ist sinnvoll, da es ihr schwer fällt, ihre Beschwerden deutlich zu beschreiben und oft mit falschen Prognosen zurückkommt. Die Behandlung und Einnahme von Medikamenten übernimmt sie jedoch zuverlässig. Bei Hauterscheinungen und deren Behandlung durch Salben ist darauf zu achten, dass sie nicht mehrmals am Tag duscht. Auf die Menge der Nahrungsaufnahme muss oft aufmerksam gemacht werden. Frau W. neigt zu Übergewicht.

3.2 Hilfestellung bei der Verrichtung des hauswirtschaftlichen Bereichs

Hilfestellung und Anleitung bei der Einhaltung von Sauberkeit und Ordnung, hier besonders in den Schränken, in ihrem Zimmer und der Wohnung ist angezeigt. Bei der Planung und Zubereitung der Nahrung braucht Frau W. Anleitung und Begleitung. Einzelne Gerichte oder Teile zu einem Gericht kocht sie gerne und gut. Mit dem Backofen kann sie nicht umgehen. Garzeiten von unterschiedlichen Speisen kann sie nicht miteinander verbinden.

36 Dieses ist aber seit einiger Zeit, spätestens als ihr Mann in Frührente ging und jetzt auch den ganzen Tag im Haus ist, nicht mehr der Fall. Sie bleibt fast ausschließlich in ihrem Wohnzimmer.

Gewichtseinheiten und das Kochen nach Rezept sind ihr fremd. Hilfe und Anleitung bei der Auswahl ihrer Bekleidung und dessen Einkauf ist unbedingt erforderlich. Sie neigt dazu, ständig dasselbe anzuziehen und ihre sog. "guten Sachen" zu schonen. Ihr Empfinden bei der Zusammenstellung von Farben und Mustern ist nicht gut ausgeprägt. Probleme hat Frau W. im Umgang mit Geld. Sie kauft gerne ein und kann das Geld nicht einteilen.

3.3 Hilfeleistungen im psychosozialen Bereich

Begleitung und Unterstützung der Freizeitaktivitäten außerhalb des Hauses ist erforderlich, da Frau W. antriebsarm ist und oftmals in Gesellschaft vieler Menschen zu aggressivem Verhalten neigt. Sie fühlt sich dann schnell getrieben und bedroht und reagiert unangemessen laut. Bei der Bewältigung von Konfliktsituationen ist eine Begleitung dringend erforderlich. Bei Kritik oder bei nur auftretenden allgemeinen Problemen fühlt sie sich schnell angegriffen. Sie reagiert dann laut mit Gegenkritik und ist zu keiner Einsicht bereit. Sie leugnet alle Tatsachen und entzieht sich dem Konflikt durch Weggehen, wenn ihr Schimpfen nichts mehr nutzt. Die Mitbewohner und auch ihr Mann vermeiden Auseinandersetzungen mit Frau W., wenn keine Betreuer anwesend sind. Sie haben Angst vor Frau W. und fühlen sich ihr nicht gewachsen.

Bei der Erlebnisverarbeitung und der Entscheidungshilfe ist viel Zeit erforderlich, da Frau W. ungern direkt gefragt werden will und es besser erscheint zu warten, bis sie selbst erzählt. Bei Fragen fühlt sie sich schnell kontrolliert. Wichtig ist eine ständige Zuwendung durch Lob, damit sie sich angenommen fühlt und ausgeglichen bleibt. Die Hilfestellungen im psychosozialen Bereich nehmen einen großen Stellenwert ein.

5.3.4.2 Lebenslauf und Sozialbericht des Ehemannes

Selbst geschriebener Lebenslauf von Herrn W., geb. 4.9.1947:

1960 ging ich in die Volksschule in B. und wurde im 4. Schuljahr entlassen.

Mein Vater war Leiter der Landespolizeischule in B. für Ausbilder der Hundeführer. Dann kam ich zweieinhalb Jahre nach Bad O. in den W.hof. Da lernte ich Schuster und machte dann eine andere Ausbildung in der Großküche mit dem Chefkoch.

1965 kam ich wieder nach Hause und hatte einen Beruf auf dem Bau 10 Jahre als Kranführer.

1966 kam ich in die Landesklinik M. und bin dort 6 Jahre geblieben.

(Ende des schriftlichen Lebenslaufs von Herrn W.)

Sozialbericht (Datum von 1998) über Herrn W. von Haus A

1.1 Persönliche Daten

Herr W. wurde am 04.09.1947 in R. geboren und wohnt seit 1976 in der Wohnstätte der Westfalenfleiß GmbH. Seit 1990 ist er mit Frau W. verheiratet und wohnt mit ihr in der Selbständigkeitsgruppe des Hauses A.

1.2 Diagnose der Behinderung

Herr W. leidet unter einer frühkindlichen Hirnchwäche vom Grade der Imbezillität.

1.3 Medikation: keine Angaben.

1.4 Erkrankungen

Herr W. leidet unter einer chronischen Bronchitis. Bei Aufregung und Überforderung reagiert Herr W. mit starken andauernden Hustenanfällen. Beschwerden, eher wohl psychosomatischer Art, hat Herr W. im Magen- und Darmtrakt sowie der Blase. Diese sind jedoch seit einiger Zeit stark rückläufig, was auf eine allgemeine Zufriedenheit hindeutet.

1.5 Hilfsmittel

Herr W. benötigt eine Brille, die er zwar meist ohne Probleme trägt, jedoch nur bei Aufforderung sauber hält. Seit 1997 trägt er eine Zahnprothese, mit der er anfänglich Schwierigkeiten hatte, jetzt aber gut zurecht kommt.

1.6 Allgemeine äußere Erscheinung

Herr W. ist ein kleiner untersetzter Mann, der stets auf sein Aussehen bedacht ist. Seine Bewegungen sind fließend und geschickt, seine Sprache gepflegt und er ist wohlgezogen. Sein Verhalten und Auftreten ist geprägt von ausgesuchter Höflichkeit und Zuvorkommenheit.

2. Familie und Entwicklung

Stichwortartig:

Sohn von Ehepaar W.

Vater Polizeibeamter.

Besonders gute Erziehung und Förderung.

Hatte zum Vater einen besonders guten Kontakt.

Schwester – Eifersucht.

Nach dem Tod des Vaters - Einschnitt.

3. Verhalten

3.1 Verhalten zu Mitbewohnern / Ehefrau

Herr W. hat zu den Mitbewohnern der Gruppe einen sehr guten und aufrichtigen Kontakt. Er reagiert sensibel auf Spannungen und greift oft schlichtend ein. Hilfestellungen und Höflichkeit sind für ihn ein Selbstverständnis in der Gruppe und über die Gruppe hinaus. Er ist stets bemüht, gute Laune und ein friedliches Zusammenleben zu ermöglichen und ist dafür bereit, sehr Vieles zu übernehmen.

Zu seiner Ehefrau hält er bedingungslos, ist stolz auf sie und seine Ehe. Oftmals gerät er jedoch in starke Konflikte, wenn diese von Mitarbeitern und Mitbewohnern zu Recht kritisiert wird. Er bemüht sich dann, sehr ruhig mit ihr zu reden und Einsicht und Verständnis auf beiden Seiten zu schaffen.

Ein weiteres Problem innerhalb seiner Ehe ist durch die Antriebsarmut seiner Frau und ihre oft unpassende Kleidung gegeben. Er ist dann traurig, dass er seine Unternehmungen nicht mit ihr tätigen kann und sie seinen Vorstellungen von "Auftreten" zu besonderen Anlässen nicht entspricht.

3.2 Verhalten zu den pädagogischen Mitarbeitern

Das Verhalten zu den Mitarbeitern ist ebenso wie bei den Mitbewohnern stets zuvorkommend, höflich, herzlich und körperlich zugewandt. Hilfestellungen, Tipps und Kritik nimmt er mit übertriebener Einsicht an und bemüht sich redlich, sich dann zu verbessern. Herr W. braucht sehr viel Zuwendung und Beachtung.

3.3 Verhalten zu sich selbst

Herr W. hat ein gutes Selbstwertgefühl, welches sich besonders in seiner Vorliebe sich "schön" zu machen zeigt. Er zieht sich oft mehrmals am Tag zu allen Anlässen um. Er hat eine Vorliebe für Anzüge und Krawatten. Zu besonderen Anlässen hält er die Fliege für angemessen. Er ist in seiner äußeren Erscheinung stets gepflegt, wobei es oft bei der körperlichen Pflege und dem Wechseln der Unterwäsche mangelt.

Besonders auffällig ist sein Tatendrang und seine innere Unruhe, die ihn ständig drängt, neue Unternehmungen zu tätigen und zu planen. Er ist immer in Bewegung und verlässt das Haus besonders gern.

3.4 Verhalten zu Sachen und Aufgaben

Herr W. übernimmt alle Aufgaben mit großem Eifer und Pflichtbewusstsein, kann jedoch größere Aufgaben nur mit viel Hilfestellung bewältigen. Wenn er arbeitet, geschieht dieses zumeist mit großer Unruhe und Hektik, die er um sich herum verbreitet. Auch bei nicht vollständig oder richtig ausgeführten Arbeiten ist er stolz auf sich und seine Leistung. Besondere Schwierigkeiten hat er bei der Ordnung in seinen Schränken.

4. Kontakte und Verhalten außerhalb des Hauses

Über den guten Kontakt zu Mitbewohnern und Mitarbeitern des Hauses pflegt Herr W. den privaten Kontakt mit Arbeitskollegen und Bewohnern des Hauses G. Bei seinen Busfahrten erkennt er Menschen wieder und regt von sich aus Gespräche an. Er kann sehr gut auf andere zugehen und zeigt hier ein erstaunliches Gedächtnis für Personen und Namen. Auch das Telefon setzt er ein, um private Kontakte nicht abbrechen zu lassen. Für Feste und Feiern und andere Veranstaltungen zeigt er großes Interesse. Es sind für ihn willkommene Gelegenheiten, um Abwechslung in seinen Lebensalltag zu schaffen.

5. Freizeitbereich

Herr W. bevorzugt Reisen mit Bus und besonders Bahn. Er unternimmt Tagestouren nach Düsseldorf, Köln usw. Das Planen dieser Reisen macht ihm besonders viel Freude und er fährt hierfür mehrmals in die Stadt. Gut vorbereitet und ausgerüstet ist es jedoch erstaunlich, wie schnell er oft von diesen Touren zurückkehrt. Seine Aufenthalte in fremden Städten sind wohl nicht sehr lang.

Herr W. stellt sich gerne dar. Reden zu halten und auf offiziellen Anlässen aufzutreten ist für ihn besonders wichtig. Sein Bedürfnis, Träger von Statussymbolen und Inhaber einer Position zu sein, ist deutlich zu erkennen.

Ansonsten ist Herr W. aber auch für alle anderen Aktivitäten leicht zu motivieren.

6. Kulturtechniken

Herr W. kann lesen, schreiben und mit Hilfe des Taschenrechners einfache mathematische Aufgaben lösen. Er ist jedoch in all diesen Techniken unbeholfen und bedarf hier der geduldigen Betreuung.

7. Lernverhalten

Das positive Lernverhalten von Herrn W. lässt darauf schließen, dass er bei entsprechender konsequenter und zeitaufwendiger Anleitung die lebenspraktischen Fähigkeiten weiterentwickeln und zu einer betreuten Selbständigkeit ausbauen kann.

5.3.4.3 Informationen der Betreuerin

Nach Einschätzung von Frau P., der Betreuerin, ist die Beziehung der Eheleute W. schwierig geworden. Herr W. legt viel Wert auf Körperlichkeiten und würde auch gerne jemand Jüngeres haben. Frau W. dagegen kann durch ihre Vergangenheit schlecht mit Körperlichkeit umgehen, in den Arm nehmen u. ä.; sie blockt alles ab. "Aber man hat ja geheiratet und trennt sich nicht". Dieses sind gelegentliche Äußerungen von Herrn W. Grundsätzlich steht er aber zu seiner Frau. Wenn z. B. Konflikte in der Gruppe sind, tritt er ganz schnell für sie ein, klinkt sich auch in Konflikte ein, die er oft gar nicht mitbekommen hat, regt sich furchtbar auf und möchte alles sofort klären.

Untereinander kann das Ehepaar W. nicht über seine Probleme, den fehlenden Körperkontakt, sprechen. Sehr selten äußert sich Herr W. dahingehend bei seiner Bezugsbetreuerin. Frau W. schottet sich innerlich total ab und ist weder bereit, mit ihrem Ehemann noch mit ihrer Bezugsbetreuerin über Probleme zu sprechen. Auch über ihre Vergangenheit schweigt sie sich so gut wie völlig aus bzw. blockt ab. Die eheliche Beziehung der Eheleute scheint sich schon seit Jahren auf platonischer Ebene abzuspielen, was früher aber anders gewesen ist.

Einerseits sind sie untereinander sehr „bollerig“, d. h. können sich sehr heftig streiten, auf der anderen Seite versucht Herr W. immer einzulenken

Frau W. pflegt keine Außenkontakte. Herr W. ist sehr aushäusig, hält noch Kontakt zu einer ehemaligen Arbeitskollegin aus Haus B. Diese besucht er häufig bzw. sie kommt ins Haus A. Dann unternehmen sie auch einiges zu Dritt. Herr W. hat auch sonst anderweitig noch Kontakte. Diese sind aber immer sehr lose; es ist nichts Dauerhaftes.

Auch sonst zeigt Herr W. wenig Ausdauer, so z. B. bei seinen Sportarten. Er betreibt z. B. Inlineskating, aber nach 10 Minuten ist diese Aktivität auch schon wieder beendet.

Herr W. fährt sehr gerne mit dem Zug und Bus in andere Städte, z. B. nach M. oder O. Er wird schnell unruhig und muss dann einfach aus dem Haus heraus und viel unterwegs sein. Diese Tagestouren macht er meist alleine, da seine Frau nicht viel Interessen außerhalb der

Wohngruppe hat. Gelegentlich fährt Frau W. allerdings auch mit. Für diese relativ weiten Touren ist er aber immer erstaunlich schnell zurück, so dass davon auszugehen ist, dass er sich in der jeweiligen Stadt nicht lange aufhält. Herr W. hat einen guten Orientierungssinn, weshalb es ihm eigentlich nicht schwer fallen dürfte, sich bei diesen Tagesreisen etwas intensiver umzuschauen.

Die Situation für Herrn W. ist schwierig, da er noch nicht lange Frührentner ist. Es ist auch nicht gut, dass sich die Eheleute nun von morgens bis abends sehen. Frau P. ist der Meinung, dass die Eheleute zumindest für einen halben Tag getrennte Aktivitäten haben sollten. Sie brauchen eine geregelte, verpflichtende Ablenkung, die ihr Interesse anspricht.

Die RentnerInnen in dieser Gruppe, so auch das Ehepaar W., brauchen vielmehr eine regelmäßige Tagesstruktur. Sie sind einen großen Teil des Tages völlig alleine und haben den ganzen Tag nicht viel zu tun, da die Betreuer nach Beendigung des Frühdienstes am Morgen erst wieder um ca. 16 Uhr in die Wohngruppen zurückkommen. Die RenterInnen nehmen aber auch die Angebote vom Tagesdienst im Hauptgebäude kaum wahr, weil sie kein Interesse haben. Diese Situation ist wenig erfreulich, da dieser Personenkreis nicht ausgelastet ist.

Die Betreuerin meint, dass es eher ein Versorgtwerden (Frühstück, Mittagessen, evtl. mal ein Spaziergang) ist. Besonders für Herrn W. ist dieses auf keinen Fall ausreichend. Die Seniorengruppe verfügt auch über keine eigenen Gruppenräumlichkeiten. Dabei sollten die RenterInnen ihrer Meinung nach das Gefühl haben, dass sie jetzt aus ihrer Gruppe herausgehen, ihre Vormittagsstruktur haben und nachmittags dann nach Hause in ihre Gruppe zurückkehren. Die Eheleute W. als Frührentner haben aber auch kein Interesse an der Tagesstruktur teilzunehmen, die in der Gruppe der "alten Rentner" stattfindet; dort ist ihnen zu wenig los.

Die jungen, rüstigen Rentner sind eine Gruppe, die eigentlich nicht versorgt ist.

5.3.4.4 Zusammenfassung

Die Ausführungen der Betreuerin weisen auf ein offensichtliches Problem in den (Außen-) Wohngruppen hin: die mangelnde Betreuung der geistig behinderten Renterinnen und Rentner. Diese Personengruppe spricht nicht auf die Angebote in den stationären

Einrichtungen an und braucht eine eigene, gezielte Förderung und Betreuung (vgl. A. Skiba 1996, S. 44 f.). Die geistig behinderten Menschen haben es oft nicht gelernt, sich selbst zu beschäftigen, was besonders nach der Verrentung zu spüren ist. Sie verfügen über mehr als genügend Freizeit, sind aber meist nicht in der Lage, diese Zeit aus eigenem Antrieb sinnvoll auszufüllen.

Auch wenn tagesstrukturierende Angebote für RentnerInnen vorhanden sind, zeigen die Beobachtungen die Notwendigkeit auf, die Tagesstrukturangebote zusätzlich nach Altersgruppen zu differenzieren, da FrührentnerInnen andere Bedürfnisse als „alte RentnerInnen“ haben. Eine „Individualisierung“ und Intensivierung der Betreuung von Rentnerinnen und Rentnern in Außenwohngruppen ist deshalb dringend anzuraten. Besonders FrührentnerInnen wissen oft nichts mit sich anzufangen und leiden an Langeweile. Gerade für diese ist deshalb eine Tagesstrukturierung sowie eine anregende Betreuung und Umgebung von herausragender Wichtigkeit. Es ist vielleicht sogar ratsam, soweit dies machbar ist, Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Lehrgänge anzubieten, in denen sie gezielt auf den Ruhestand vorbereitet werden (vgl. M. Haveman et al. 2000, S. 56 ff.).

6. Zusammenfassung und Schluss

Im Folgenden sollen noch einige abschließende Bemerkungen und Beobachtungen zu den Befragungen angefügt werden, die die wesentlichen Ergebnisse der Studie zusammenfassend kommentieren.

Cum grano salis kann man sagen, dass sich die Befunde vor allem der Berliner Studie von Beginn der 90er Jahre (vgl. M. Seifert 1993) in den von mir durchgeführten Interviews im Münsterland wenigstens teilweise bestätigen oder widerspiegeln. Zwar scheinen – wie in der Berliner Studie – in den Wohnheimen im Münsterland die Kriterien des Normalisierungsprinzips weitgehend erfüllt zu sein (vgl. M. Seifert 1993, S. 240), aber man kommt nicht umhin, gleichwohl einige Defizite und „offene Flanken“ zu konstatieren, die aus dem Widerspruch zwischen Sicherung der Qualitätsstandards einerseits und Kostendeckelung andererseits resultieren.³⁷

Die Anzahl der RentnerInnen wird in den nächsten Jahren rasant ansteigen und damit zwangsläufig auch die Anzahl derjenigen, die behindert oder pflegebedürftig sind, zumal sich ja auch noch die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten drastisch erhöht hat. Die Zahl der geistig behinderten SeniorInnen und der Demenzerkrankten wird gleichfalls stark anwachsen³⁸. Auf diese Situation sind die Heime nur sehr unzureichend vorbereitet.³⁹ Der Personalschlüssel ist zu eng bemessen, dem können die Heime nur begegnen, indem sie intern Personal auf die besonders betreuungsintensiven Bereiche umschichten mit der Folge, dass anderswo Personal fehlt – besonders bei der Betreuung der noch „fitten“ RentnerInnen. Dennoch sind selbst die Gruppen bei den Schwer- und Schwerstbehinderten zum Teil noch zu groß, sie sind „ghettoisiert“ und von den weniger schwer Behinderten getrennt. Ebenso wie in Berlin fehlt es an qualifiziertem Personal, das besonders mit der Problematik von schwerer geistiger oder Mehrfachbehinderung vertraut und darin geschult ist: zwar ist die Grundversorgung mehr oder weniger gesichert („sauber und satt“)⁴⁰, aber alles, was darüber hinaus geht, bleibt Stückwerk oder versandet in gut gemeinten, aber vom Personal kaum umzusetzenden individualisierten Betreuungsplänen. Das Personal ist oft arbeitsmäßig stark überlastet, psychisch angespannt

37 Vgl. hierzu auch Kap. 5.3.2 und 5.3.2.2

38 Vgl. Kap. 3.2

39 Vgl. Kap. 5.3.1

40 Vgl. Kap. 3.3.1

oder leidet gar am „Burn out“-Syndrom.⁴¹ Zwar werden von den Heimleitungen Anstrengungen unternommen, den „Team“-Gedanken mehr zu betonen und Hierarchien abzubauen⁴² – aber auch dies bleibt oft in gut gemeinten Ansätzen stecken, wenn die Arbeitsbelastung für das Personal einfach zu groß ist.

Ferner ist ein weiteres Defizit anzusprechen, das auch in der Berliner Studie erwähnt wird (vgl. M. Seifert 1993, S. 240 f.): das *unzureichende Angebot an tagesstrukturierenden Maßnahmen*. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sind oft nicht in der Lage, sich selbst zu beschäftigen oder fallen aufgrund von mangelnder Beschäftigung oder Ansprache in überwunden geglaubte „infantile“ Verhaltensweisen zurück. Und selbst bei „leichteren“ Fällen ist das Gefühl von Langeweile und „Zeit totschiessen“ oder „den Tag irgendwie herumkriegen“ weit verbreitet. Demzufolge ist die Rangfolge der Daseinsthemen (vgl. H. Thomae 1992, S. 31) nicht gegeben oder kann aufgrund fehlender Angebote nicht gegeben sein⁴³. Das Personal bemüht sich zwar, den geistig Behinderten Angebote zu offerieren, aber in nicht wenigen Fällen bleiben diese Maßnahmen mehr oder weniger „Inseln in einem Meer der Langeweile“ bzw. des Alleinseins. Da gleichzeitig von alten Methoden des „Beschäftigtseins“ immer mehr Abstand genommen wird (Beschäftigungstherapie, Basteln etc.), entsteht hier eine Lücke, die nur teilweise geschlossen werden kann. Für die rüstigeren Behinderten bleibt so oft nichts weiter als „Fernsehen“, „Spazieren gehen“ oder mit sich selbst Karten spielen. Oder das Personal versucht, mit improvisierten Ausflügen o. ä. die Zeit zu überbrücken, die vorher mit „Beschäftigtsein“ ausgefüllt war.

Den Mangel an qualifiziertem Personal versuchen die Heimleitungen mitunter dadurch auszugleichen, dass sie das vorhandene Personal zunehmend *flexibilisieren*; darauf wird auch in der Aus- und Fortbildung großen Wert gelegt.⁴⁴ Unter Flexibilisierung ist gemeint, dass eine Pflegekraft auch im wachsenden Maße pädagogische Kompetenzen erwirbt, während umgekehrt mehr (heil-)pädagogisch ausgerichtetes Personal zusätzliche pflegerische Aufgaben übernimmt. Die MitarbeiterInnen sollen „All-round-Köner“ *und* Spezialisten für besondere Arbeiten *in einer Person* werden. Dies stößt ab einem bestimmten Punkt an gewisse Grenzen,

41 Vgl. Kap. 5.3.2

42 Vgl. Kap. 5.3.1

43 Vgl. Kap. 3.2.1

44 Vgl. Kap. 5.3.1

zudem bedeutet das letzten Endes noch mehr Stress und eine Intensivierung der Arbeit für den einzelnen Mitarbeiter/die einzelne Mitarbeiterin. Hier besteht also die Gefahr, dass gleichsam der „Teufel“ Personalmangel mit dem „Beelzebub“ chronische Arbeitsüberlastung der vorhandenen Mitarbeiter ausgetrieben wird bzw. werden soll. Zu befürchten ist, dass das bei pflegenden Familienangehörigen beschriebene Burnout-Syndrom⁴⁵ bei steigender Belastung auch bei den Pflegenden in den untersuchten Institutionen auftreten wird.

Was des Weiteren auffällt, ist der ausgewiesene *Mangel an Supervision*, die in vielen Fällen entweder einfach nicht stattfindet oder nur in Ansätzen vorhanden ist; hierin stimmen Heimleitungen und Personal in ihren Aussagen auffallend überein.⁴⁶ Dieses Ergebnis stimmt überein mit dem Ergebnis der Berliner Studie, in der Supervision in fast 70 % der Einrichtungen als unzureichend erachtet wurde⁴⁷.

Was die *baulichen* Bedingungen betrifft, so hat sich auf diesem Feld in den letzten Jahren Vieles gebessert. Einzel- oder Doppelzimmer sind inzwischen fast Standard (bis auf ein Heim alle), in anderen Fällen wird auf die Übersichtlichkeit der Anlage bewusst Wert gelegt.⁴⁸ Auf diesem Gebiet sind die selbstgesteckten Ziele zu großen Teilen bereits erreicht.

Es wird beklagt, dass die Pflegesätze teilweise seit 10 Jahren nicht mehr angepasst wurden, mit Ausnahme des Inflationsausgleichs. Die Pflegeversicherung ist für die Heime nur von indirekter Relevanz und betrifft mehr die Abrechnungsmodi der Kostenträger (PV-Gelder werden mit Sozialhilfe verrechnet). Eine Gefahr besteht allerdings dahingehend, dass besonders schwer Behinderte oder Bettlägerige in Pflegeheime abgeschoben werden, weil von staatlicher Seite bzw. den Kostenträgern teilweise argumentiert wird, diese Menschen seien in den Wohnheimen eigentlich am „falschen Platz“. Hier versuchen die Heimleitungen gegenzusteuern und ihre „Schützlinge“ so lange wie möglich da zu behalten. Es scheint aber auch Tendenzen zu geben, dass manche Bundesländer diesbezüglich ein „Einsehen“ haben und lebenslanges Wohnrecht gesetzlich verankern.⁴⁹

45 Vgl. Kap. 3.5.3

46 Vgl. Kap. 5.3.1 und 5.3.2

47 Vgl. Kap. 4.1

48 Vgl. Kap. 5.3.1

49 Vgl. Kap. 5.3.1

Wie in der Studie der AK Wohnen in der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Diözese Münster⁵⁰ dokumentiert, nimmt auch in den jetzt untersuchten Einrichtungen die Gruppengröße mit der Größe der Institution zu⁵¹.

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass die Wohngruppen in den Heimen stark *geschlechts-homogen* strukturiert sind. Aber dessen sind sich die Heimleitungen sehr wohl bewusst und es werden auch Schritte unternommen, dies abzustellen bzw. zu ändern.⁵²

In Anlehnung an den Forderungskatalog von M. Seifert in ihrer Studie (vgl. 1993, S. 241) müssten, summa summarum, für die Heime im Münsterland folgende Forderungen bzw. folgender „Verbesserungskatalog“ erstellt werden:

- Anhebung des Personalschlüssels
- Verbesserung der Qualifikationsstruktur des Personals
- Mehr Supervisionsangebote
- Verkleinerung der Gruppen
- Auflockerung der Gruppenstruktur durch Mischung der Behindertengrade
- Auflösung geschlechtshomogener Gruppen
- Erweiterung an tagesstrukturierenden Maßnahmen.

Weiterhin seien noch einige Punkte und Beobachtungen angefügt, die zum Teil einzelne Häuser betreffen oder generelle Trends in den Wohnheimen widerspiegeln. Sie seien zur Ergänzung und Bestätigung des oben Gesagten noch angefügt.

Haus A und Haus B klagten sehr auffallend über das neu eingeführte Dokumentationssystem. Jedes befragte Wohnheim hat ein *Bezugsbetreuer-System* im Zuge der Qualitätssicherung eingeführt, d. h. jedem/r MitarbeiterIn werden ca. zwei BewohnerInnen zugeordnet, für die er/sie verantwortlich ist; er/sie muss das pädagogische Konzept umsetzen und die (mehr oder weniger umfangreichen) Formulare entsprechend ausfüllen. In den Häusern D und E scheint ein vertretbarer Mittelweg gefunden worden zu sein, ebenso in Haus C, in dem das Thema „Dokumentationen“ noch das geringste Thema war. Nach den Maßstäben der neuen

50 Vgl. Kap. 4.1

51 Vgl. Kap. 5.3.1

52 Vgl. Kap. 5.3.1

Qualitätssicherung ist auch eine erweiterte Dokumentation m. E. sehr sinnvoll (das bestritt auch niemand der Mitarbeiter); ob dies allerdings in einem derartigen Umfang - v. a. in Haus A und Haus B (ein gemeinsamer Träger) - notwendig ist (auch wenn es von der Leitung nicht als Verwaltungsaufwand sondern als pädagogische Arbeit angesehen wird), ist jedoch stark zu bezweifeln.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Pflege zu – das sich verschärfende Problem durch plötzlich immer mehr „hinfallige“ BewohnerInnen, die innerhalb kürzester Zeit intensiver Pflege bedürfen, machte den BetreuerInnen aller Wohnheime sehr zu schaffen. Wenn bis dato die Anzahl der BetreuerInnen in der Gruppe noch einigermaßen vertretbar war, „kippt“ alles, sobald ein bis dahin noch ziemlich selbständiger Senior plötzlich körperliche und/oder psychische Probleme bekommt; die Tendenz bei älteren BewohnerInnen zu drastischen Gesundheitsverschlechterungen ist steigend. Dieses Thema ist für die nächsten Jahre sehr akut, denn die Zahl der SeniorInnen steigt enorm. Ein Beispiel: Haus C hat vor Jahren aus Haus X fünfzig Männer gleichen Alters auf einmal übernommen und diese Männer werden in wenigen Jahren alle das Rentenalter erreicht haben.

Der LWL inspiziert die Wohnheime und anhand der Zahl der BewohnerInnen und deren Schweregrad der Behinderung wird ein durchschnittlicher Tagessatz ermittelt, den das Heim pro BewohnerIn erhält. Diese Sätze werden der allgemeinen Teuerungsrate in Abständen angepasst. Bemerkenswert dabei ist allerdings, dass in allen Wohnheimen eine Überprüfung letztmalig vor ca. 10 (!) Jahren stattgefunden hat. Zu dieser Zeit gab es kaum SeniorInnen und Pflegefälle und fast alle BewohnerInnen arbeiteten in der Werkstatt für Behinderte.

Aufgrund der völligen Veränderung durch Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit, geänderte Tagesstrukturen usw. müsste hier längst ein *neuer Tagessatz*, dessen Erhöhung auch einen *besseren Personalschlüssel* zur Folge hätte, festgelegt worden sein und eine Überprüfung der sich künftig immer drastischer verändernden Kriterien durch die Vielzahl der kommenden SeniorInnen in kurzen, regelmäßigen Abständen durch den LWL erfolgen. Die Heimleitungen sind erst kürzlich beim LWL zu dieser Problematik vorstellig geworden und haben auf eine erneute Überprüfung gedrängt bzw. planen neue Verhandlungen zu dieser Thematik.

Haus C hatte im Bereich Tagesstrukturierung sehr viel zu bieten – beim Haus D lagen umfangreiche Angebote vor – Haus E war für mein Dafürhalten gleichfalls mit Angeboten

angemessen vertreten – Haus A und Haus B stützen sich aufgrund ihrer zentralen Ortslage sehr auf die Angebote der Gemeinde und die Annahme dieser Möglichkeiten durch die BewohnerInnen. Insofern sind die in die Studie einbezogenen Einrichtungen bezüglich der tagesstrukturierenden Maßnahmen besser gestellt als Seifert es in ihrer Studie der Berliner Heime festgestellt hat⁵³.

Die in einigen Heimen umfangreichen Angebote bei den tagesstrukturierenden Maßnahmen gehen nach meinen Eindrücken und den Ergebnissen der Befragung größtenteils an den Bedürfnissen der höher betagten SeniorInnen, den Schwerstbehinderten und denen, die auch in jungen Jahren schon eher introvertiert und nicht sehr gesellig waren, vorbei. Mit zunehmendem Alter ist allgemein zu beobachten, dass die meisten Menschen ihre früheren Aktivitäten zugunsten einer ruhigeren und „beschaulicheren“ Lebensführung reduzieren. Dieses bestätigt sich durch vielfach übereinstimmende Aussagen von BetreuerInnen der verschiedensten Heime, nämlich dass viele SeniorInnen sich gar nicht mehr aus ihrer Wohngruppe entfernen wollen. Sie sind an den meisten Aktivitäten nicht interessiert, sondern möchten im Haus verweilen und vor allem mit ihren Bezugspersonen (BetreuerInnen) „klönen“; sie möchten mit den BetreuerInnen in ihrer Wohngruppe ihre Unterhaltungszeit verbringen. Aber diese Zeit haben die BetreuerInnen leider nicht. Auch nicht, wenn umfangreiche tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten werden, da personalmäßig davon ausgegangen wird, dass in dieser Zeit die SeniorInnen ja andernorts beschäftigt sind. Diese Rechnung geht aber nicht auf, wenn vielen BewohnerInnen – hier speziell den nicht mehr rüstigen SeniorInnen - diese Angebote keine Freude machen.

Der Mitarbeiter, der in Haus C die tagesstrukturierenden Maßnahmen leitet, die von vielen BewohnerInnen angenommen werden - aber eben nicht von jeder Zielgruppe - machte auf Folgendes aufmerksam: Die Bewohner fallen in Verhaltensauffälligkeiten zurück, die ursprünglich schon längst abgelegt waren, wenn die MitarbeiterInnen keine Zeit haben und sich folglich auf die Bedürfnisse der geistig behinderten BewohnerInnen nicht genügend einstellen können. Somit wird aufgrund dieser Problematik noch mehr Zeitmangel produziert, weil durch die Verhaltensauffälligkeiten auch wieder Pflegebedürftigkeit auftritt - es ist eine Spirale, die sich immer mehr nach oben dreht.

53 Vgl. Kap. 4.1

Im Gegensatz zu den sich häufenden Negativmeldungen aus sog. „normalen“ Pflege- und Altenheimen spricht evtl. auch für die Behinderteneinrichtungen, *dass sie überwiegend in gemeinnütziger Trägerschaft sind* (die beiden Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen - einmal für das Rheinland, einmal für Westfalen - sind als überörtliche Träger der Sozialhilfe für den stationären Bereich auch der Kostenträger für die Wohnheime für Geistigbehinderte). Es ist offenbar für private Anbieter noch nicht attraktiv, in diesem Bereich tätig zu werden.

Aufgrund des demographischen Wandels wird es in Zukunft immer mehr pflegebedürftige Menschen geben als heute. Schon heute reichen die vorhandenen Maßnahmen nicht aus, um den zu Pflegenden ein menschenwürdiges und individuelles Leben zu ermöglichen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat an dieser Tatsache nichts geändert, sondern durch Standardisierung und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nur für weitere Einschränkungen gesorgt⁵⁴. Dass dies kein bundesrepublikanisches Problem allein ist, zeigen die Ausführungen zu den Ländern Niederlande, Österreich, Schweiz, Skandinavien und USA in Kap. 4. Nicht nur Seifert, sondern auch Lampert/Wagner⁵⁵ fordern eine Verbesserung der Situation in den Pflegeheimen. Notwendige Kriterien einer zukünftigen Sozial- und Altenhilfepolitik hat Backes (1997) aufgezeigt⁵⁶. Die sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen, die Auflösung der Gesellschaft in eine Individualgesellschaft fordert zwingend einen Umdenkungsprozess bei allen Verantwortlichen, um dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 GG und Art. 28 GG gerecht zu werden, um Grundrechte auch für Alte und Behinderte anwendbar zu machen und um für Alte und Behinderte einen weitgehend „normalen“ Tagesablauf nach dem Normalisierungsprinzip⁵⁷ zu gewährleisten. „Sauber und satt“ allein ist nicht menschenwürdig und entspricht nicht dem Sozialstaatsprinzip. Um dies erreichen zu können sind die politischen Institutionen gefragt, die normativen Grundlagen zu schaffen. Unterstützend können hier die sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege durch angewandten Lobbyismus für die Hilfebedürftigen auftreten, auch wenn in der PV, SGB 11, den Wohlfahrtsverbänden keine Vorrangstellung mehr eingeräumt wurde (vgl. E. Haugk 2002, S. 121 f.) wie im BSHG und im SGB 8. Denn in Sachen Sozialstaat wird man den Wohlfahrtsverbänden eine hohe, weil professionelle Kompetenz zubilligen müssen. Aufgrund

54 Vgl. Kap. 3.2, 3.5.3 und Kap. 4.1

55 Vgl. Kap. 3.2

56 Vgl. Kap. 3.5.1

57 Vgl. Kap. 4.1

der Tradition der Wohlfahrt in Deutschland ist ihnen immer besondere Sensibilität für soziale Probleme zugesprochen worden (R. Berger 1999, S. 319).

Bleibt die Frage der Finanzierung, denn jede zusätzlich angewandte sozialstaatliche Maßnahme erfordert weitere finanzielle Ressourcen. Jede Erfüllung eines Forderungskataloges bedarf eines Finanzierungsvorschlages. Giddens plädiert dafür, „daß die wirksamste Maßnahme zur Überwindung der Ungleichheit darin besteht, den Benachteiligten die Fähigkeit zu vermitteln, selbst handeln zu können.“ (A. Giddens 1996, S. 335)⁵⁸. Ob Alte und Behinderte wirklich in der Lage sind, so „selbst handeln“ zu können, damit sie nicht zu den „losern“ der Gesellschaft gehören⁵⁹, ist äußerst zweifelhaft. Die Einbeziehung ehrenamtlich tätiger BürgerInnen in Betreuung, Beschäftigung und Versorgung der Pflegebedürftigen kann neben den hauptamtlich Tätigen mit entsprechender Ausbildung in diesem Bereich jedoch ein Weg sein, die zukünftigen Probleme unserer Gesellschaft, die der demographische Wandel mit sich bringt, zu bewältigen. Sinnvoll könnte deshalb eine Stärkung des Ehrenamtes sein: gesellschaftliche Anerkennung des Ehrenamtes, Steuerbefreiung bei ehrenamtlicher Tätigkeit, Förderung des Ehrenamtes, kostenlose Ausbildung ehrenamtlich tätiger BürgerInnen in den entsprechenden Tätigkeitsbereichen, usw. Verantwortliche jeglicher Couleur sind hier aufgerufen, ein entsprechendes Konzept auszuarbeiten, damit der Staat, der sich in seiner Verfassung „Sozialstaat“ nennt, auch ein Sozialstaat ist.

58 Vgl. Kap. 2.1.3 und Kap. 2.3

59 Vgl. Kap. 2.1.3

7. Literaturverzeichnis

- Abstracts in Social Gerontology – Current Literature on Aging, o. J.,
URL: <http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0007.html>.
- Aglietta, M.: Ein neues Akkumulationsregime. Die Regulationstheorie auf dem Prüfstand.
VSA: Hamburg 2000 (VSA).
- AK Wohnen in der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Diözese Münster: Bericht der Arbeitsgruppe: Ältere und älter werdende Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Münster, Februar 1997.
- Albrecht, E.: Den Sterbenden begleiten – Das Hospiz als Konzept der Sterbebetreuung. Politische Studien 340 (1995), 46, S. 73-81.
- Albrow, M.: Abschied vom Nationalstaat. Staat und Gesellschaft im Globalen Zeitalter. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1998.
- Alfred-Herrhausen-Gesellschaft für internationalen Dialog (Hrsg.): Arbeit der Zukunft – Zukunft der Arbeit, 2. Jahreskolloquium 17./18. Juni 1994, Frankfurt am Main. Schäffer-Pöschel: Stuttgart 1994.
- Altwater, E./B. Mahnkopf: Grenzen der Globalisierung. Ökonomie, Ökologie und Politik in der Weltgesellschaft. Westfälisches Dampfboot: 2. korr. Auflage, Münster 1997.
- Amann, A./B. Wiegele: Sozialgerontologie in Österreich. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz: Weinheim und Basel 1999, S. 47-64.
- Anonym: Die Pflegeversicherung – Der Staat stockt seine Finanzquellen auf. *Gegenstandspunkt* 2/94, München 1994, S. 88-100.
- Appel, M./W. K. Schaars: Anleitung zur Selbständigkeit - Wie Menschen mit geistiger Behinderung Verantwortung für sich übernehmen. Beltz: Weinheim und Basel 1999.
- Arber, S./J. Ginn: Connecting Gender and Ageing. OUP 1991.
- Arber, S./J. Ginn (eds.): Connecting Gender and Ageing: a sociological approach. Milton Keynes: OUP 1995.
- Ariès, P.: Studien zur Geschichte des Todes im Abendland. München, Februar 1981.

- Backes, G. M.: Alter(n) als „Gesellschaftliches Problem“? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Westdeutscher Verlag: Opladen 1997.
- Baltes, G. M.: Geschlechterverhältnisse im Alter. Alter als komplementäre „weibliche“ und „männliche“ Vergesellschaftungsform. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer, Soziale Gerontologie – Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz: Weinheim und Basel 1999, S. 453-469.
- BBJ Consult Info, Arbeitsmarkt und Beschäftigung in der Informationsgesellschaft. Telekooperation – Telearbeit – Tele-Learning – virtuelle Arbeitswelten, Berlin, Ausgabe II/III 1997, Nr. 50, 12. Jahrgang (Dokumentation der Fachtagung „telekooperation – telearbeit – tele-learning – virtuelle Arbeitswelten“ vom 18. und 19. 6. 1997 in Berlin-Adlershof).
- Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1986.
- Beck, U./E. Beck-Gernsheim: Das ganze normale Chaos der Liebe. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1990.
- Beck, U.: Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne. In: Ulrich Beck/Anthony Giddens/Scott Lash, Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1996, S. 19-112.
- Beck, U./A. Giddens/S. Lash: Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1996.
- Beck, U.: Schöne neue Arbeitswelt. Vision: Weltbürgergesellschaft. Campus: Frankfurt/M.-New York 1999
- Becker, S./T. Sablowski/W. Schumm (Hrsg.): Jenseits der Nationalökonomie? – Weltwirtschaft und Nationalstaat zwischen Globalisierung und Regionalisierung, Argument: Hamburg 1997.
- Berger, R.: Der Umbau des Sozialstaates. Ansichten von Parteien und Wohlfahrtsverbänden zur Modernisierung des Staates, Opladen 1999.
- Bergmann, C.: Deutschland auf dem Weg in die Informationsgesellschaft. Telekooperation und Telearbeit bedürfen der Ausgestaltung. In: BBJ Consult Info, Arbeitsmarkt und Beschäftigung in der Informationsgesellschaft. Telekooperation – Telearbeit – Tele-Learning – virtuelle Arbeitswelten, 12. Jahrgang, Ausgabe II/III 1997, Berlin, Dezember 1997, S. 3-6 (Dokumentation der Fachtagung „telekooperation –

telearbeit – tele-learning – virtuelle Arbeitswelten“ am 18. und 19. 6. 1997 in Berlin-Adlershof).

- Birker, P.: Un-heimliche Verwandtschaft – Zum Naheverhältnis von Zivil- und Bürgergesellschaft. *Streifzüge* 3/2000, Wien 2000, S. 1-8.
- Birkhölzer, K.: „Soziale Ökonomie“ und „Dritter Sektor“ als Ausweg. In: Friedrich Heckman/Eckart Spoo (Hrsg.), *Wirtschaft von unten*. Heilbronn 1997, S. 102-106.
- Blaikie, A.: *Ageing and Popular Culture*. OUP: Cambridge 1999.
- Blair, T./G. Schröder: *Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten*, 1999.
- Bobbio, N.: *Die Zukunft der Demokratie*. Rotbuch Rationen: Berlin 1988.
- Boldt, H.: *Die Europäische Union – Geschichte, Struktur, Politik*. B. I. Taschenbuchverlag/Meyers Forum: Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich 1995.
- Borosch, R./G. Naegele: Hat sich der Kampf gelohnt? Zwischenbilanz der Pflegeversicherung. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 49, 1998.
- Bourdieu, P. et al.: *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. UVK: 2. Auflage, Konstanz 1998.
- Bourdieu, P.: Verstehen. In: Pierre Bourdieu et al.: *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. UVK: 2. Auflage, Konstanz 1998, S. 779-822
- Brandenburg, H.: Welche Faktoren beeinflussen die Nutzung sozialer Dienste bei älteren Menschen? *Pflege* 11, 1998.
- Bruder, J.: Milieuthérapie Demenzkranker. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.): *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck*. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 388-398.
- BT-Drucksache 12/5262: Begründung zum Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen vom 24. 6. 1993.
- Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.): *Bildung und Pflege*, Stuttgart/New York 1997.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Erster Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995. BMA-Eigenverlag: Bonn 1998.

Carell, I.: Kleines Plädoyer für die Selbsterfahrung, erstellt am 26. 8. 2000.
URL: <http://www.alter-in-wuerde.de/service/download/selbster.htm>.

Carls, C.: Das „neue Altersbild“, O.O., o.J.
URL: <http://www.home.t-online.de/home/kritische-Gerontologie>.

Carls, C.: Altenhilfe als Begegnungsraum: passé? *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, Nr. 2, 1994, S. 73-79.

Clemens, W.: Frauen zwischen Arbeit und Rente. Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand. Westdeutscher Verlag: Opladen 1997.

Cloerkes, G.: Soziologie der Behinderten – Eine Einführung. Universitätsverlag C. Winter: Heidelberg 1997.

Cumming, E./W. Henry: Growing Old: The process of disengagement. Basic Books: New York 1961.

Daatland, S. O.: Similarities and Contrasts in Scandinavian Care Politics. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 408-424.

Dahlem, O./D. Giese/G. Igl/T. Klie: Erläuterungen zum Heimgesetz, 13. Lfg., Februar 1991 und 20. Lfg., Juli 1997 („Aus den Gesetzesmaterialien“).

Dahlke, R.: Krankheit als Sprache der Seele, München 1997.

Deppe, H. U.: Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen Wissenschaft. Fischer: Frankfurt/Main, Mai 1978.

Deutscher Bundestag 1984, Drucksache 10/1943.

Deutscher Bundestag 1992, Drucksache 12/3253.

- Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen. 27. Jg. Heft 1/2 Jan./Febr. 2000.
- Dickinson, F. G.: In: Report to the First Annual Southern Conference on Gerontology, 1951, zit. n.: O. V., Politics of Aging: Government Agencies and the Aging Network, o.J., URL: <http://www.trinity.de/~mkearl/ger-pol.html>.
- Dietz, B.: Anmerkungen zum Pflegeversicherungsgesetz – Pflegeverunsicherung oder pflegepolitische Hoffnung für die Bundesrepublik? *Widersprüche*, Heft 54 (Umbau des Sozialstaates – „Treffen der Generationen“). Verlag 2000: Offenbach/Main, März 1995, S. 67-77.
- Dittmann-Kohli, F. et al.: Lebenszusammenhänge, Selbstkonzepte und Lebensentwürfe. Die Konzeption des Deutschen Alten-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL), Forschungsbericht 47. FU Berlin: Berlin 1995.
- Dittmann-Kohli, F. et. al.: Lebenszusammenhänge, Selbstkonzepte und Lebensentwürfe. Die Konzeption des Deutschen Alten-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL), Forschungsbericht 61. FU Berlin: Berlin 1997.
- Donzelot, J.: Die Ordnung der Familie. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1979.
- Eggert, A./K. H. Meywirth/I. Titze: Daten zum Zusammenhang zwischen Behinderung und sozialer Schichtzugehörigkeit. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 31, 1980, S. 816-821
- Egli, J./K. Hüsey (Hrsg.): Geistig behinderte Menschen und psychiatrische Kliniken – eine Herausforderung. Edition SZH der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern 1990.
- Eidgenössische Kommission für Altersfragen: Die Altersfragen in der Schweiz, Bern 1966.
- Eidgenössische Kommission für Altersfragen: Die Altersfrage in der Schweiz, Bern 1979.
- Eidgenössische Kommission „Neuer Altersbericht“: Altern in der Schweiz. Bilanz und Perspektiven, Bern 1995.
- Estes, C.: The Aging Enterprise. Jossey Bass: San Francisco 1979.
- Estes, C./J. Swan/L. Gerard: Dominant and competing paradigms in gerontology : Towards a political economy of aging. *Aging and Society* 12, 1982, S. 151-164.

Etzioni, A.: Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeit und das Programm des Kommunitarismus. Schäffer-Poeschel: Stuttgart 1995.

EU-Vertrag von Nizza, Dezember 2000. URL: <http://ue.eu.int/cigdocs/de/cig2000-DE.pdf>.

Evers, A.: Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer, Soziale Gerontologie – Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz: Weinheim und Basel 1999, S. 569-578.

Ewinkel C./G. Hermes u. a. (Hrsg.): Geschlecht: behindert – besonderes Merkmal: Frau. AG SPAK: 5. Auflage, Neu-Ulm 1999.

Featherstone, M./A. Wernick: Images of Ageing. Routhledge: London 1995.

Friedrich, K.: Alltagshandeln älterer Menschen in ihrer räumlichen Umwelt. In: Annete Niederfranke/Ursula M. Lehr/Frank Oswald/Gabriele Maier: Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Quelle & Meyer: Heidelberg/Wiesbaden 1992,

Gergen, K. J./M. M. Gergen: The New Aging: Self Construction and Social Values, o. J. URL: <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/newaging.html>.

Geser, H.: Milizverwaltung und professionelle Verwaltung auf Gemeindeebene. Handbuch politisches System der Schweiz, Bd. 3. Haupt: Bern 1986.

Giarini, O./P. M. Liedtke: Wie wir arbeiten werden – Der neue Bericht an den Club of Rome. Globus: Hamburg, Heft 2/1998.

Giddens, A.: Sociology. Polity Press: Cambridge 1993.

Giddens, A.: Leben in einer posttraditionalen Gesellschaft. In: U. Beck/A. Giddens/S. Lash, Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1996a, S. 113-194.

Giddens, A.: Risiko, Vertrauen und Reflexivität. In: Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1996b, S. 316-337.

Giddens, A.: Jenseits von Links und Rechts, Frankfurt/Main 1997.

- Giersch, H.: Die Industrie und das Beschäftigungssystem im weltweiten Strukturwandel. In: Alfred-Herrhausen-Gesellschaft (Hrsg.), Arbeit der Zukunft – Zukunft der Arbeit, 2. Jahreskolloquium 17./18. Juni 1994, Frankfurt am Mein. Schäffer-Pöschel: Stuttgart 1994, S. 151-173.
- Gilberg, R.: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen im höheren Lebensalter. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Berlin 1997.
- Gilliand, P./S. Rossini : Le budget social de la Suisse. Réalités Sociales: Lausanne 1995.
- Goldhagen, D. J.: Hitlers willige Vollstrecker. Ganz gewöhnliche Deutsche und der Holocaust. Siedler: Berlin 1998.
- Goffman, E.: Stigma – über die Bewältigung beschädigter Identität. 12. Auflage, Frankfurt/Main 1996.
- Gößling, S.: Praktische Konsequenzen der veränderten Rahmenbedingungen für die Pflege älterer Menschen. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 346-354.
- Gottwald, U: Praktische Konsequenzen des BVerfG-Beschlusses zur Testierfähigkeit schreib- und sprechunfähiger Personen:
URL: <http://www.vrp.de/archiv/beitrag/1999/b9900015.htm>
- Graumann, C. F.: Alte Menschen in ihren Umwelten. In: Annette Niederfranke/Ursula M. Lehr/Frank Oswald/Gabriele Maier (Hrsg.), Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Quelle & Meyer: Heidelberg/Wiesbaden 1992, S. 95-102.
- Gräbel, A.: Professionelle Hilfe bei häuslicher Pflege, Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, 1, 1998.
- Gröbel, A.: Verteilungspolitik – Arbeits- und Sozialordnung. Verlag für Wirtschaftsskripten: München, November 1989.
- GUGRISPA (Groupe universitaire genevois de recherche interdisciplinaire sur les personnes âgées) : Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui. Georgi: St. Saphorin 1983.
- Habermas, J.: Die Moderne – ein unvollendetes Projekt. Leipzig 1994.

- Haugk, E.: Caritative Verbände als politische Organisationsformen in der Zivilgesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Untersuchung zur politischen Arbeit der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Göttingen 2002.
- Hawel, M.: Nekropolis der Gegenwart. Über das Verschwinden der bürgerlichen Gesellschaft im Spätkapitalismus (2000).
URL: <http://www.sopos.org/aufsaetze/39783a9d43884/1.html>.
- Haveman, M. J./S. Michalek/P. Hölscher/M. Schulze: Selbstbestimmt älter werden – Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand. *Geistige Behinderung* 1/00 (2000), S. 56-62.
- Hazan, H.: Old age, constructions and deconstructions. Cambridge University Press: Cambridge 1994
- Heidegger, M.: Sein und Zeit (1927). Niemeyer: 15. Auflage, Tübingen 1979.
- Heinemann, E./U. Rauchfleisch/T. Grüttner: Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse und Pädagogik in Schule, Heim und Therapie. Fischer: Frankfurt/Main, September 1992.
- Heinemann-Knoch, M./C. Schönberger: Pflege in Einrichtungen. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer: Soziale Gerontologie – Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Westdeutscher Verlag: Weinheim und Basel 1999, S. 629-644.
- Hensche, D.: Der Renten-Trick - Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose und Rentner sind die eigentlichen Opfer des Bonner Sparpakets, 25. Juni 1999.
URL: <http://www.igmedien.de/news/meldungen/1999/062501.html>.
- Hickel, R.: Standort-Wahn und Euro-Angst. Die sieben Irrtümer der deutschen Wirtschaftspolitik. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg, Mai 1998.
- Hirsch, J.: Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus. Edition ID-Archiv: Berlin, Oktober 1995.
- Hirshman, A. O.: Denken gegen die Zukunft. Die Rhetorik der Reaktion. Fischer: Frankfurt/Main, Januar 1995.
- Horkheimer, M. T. W. Adorno: Kulturindustrie. Aufklärung als Massenbetrug. In: dies., Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente (1944) Fischer: 6. Auflage, Frankfurt/Main, Mai 1979, S. 108-150.

- Höpflinger, F.: Soziale Gerontologie in der Schweiz. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Westdeutscher Verlag: Weinheim und Basel 1999, S. 65-76.
- Hübner, J.: Menschenwürde am Ende des Lebens. In: Peter Borscheid (Hrsg.): Alter und Gesellschaft. Stuttgart 1995, S. 109-121
- Huffschmid, J.: Politische Ökonomie der Finanzmärkte. VSA: Hamburg 1999.
- IFO-Institut für Wirtschaftsförderung: In: IFO-Schnelldienst 23/1996
- Igl, G.: Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert – Skizzen zu einigen Grundlagen der Umsetzung der Pflegeversicherung. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 317-332.
- Industriegewerkschaft Metall, Abt. Wirtschaft/Technologie/Umwelt: Zukunftsarbeit -. Arbeit in der Informationsgesellschaft. Frankfurt/Main 1998 (Redaktion: Ellen Klement; Redaktionsschluss: 30. 10. 1998).
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Deutschland 2000 – Wandel, Wachstum, Wohlstand – Eine Bilanz des 20. Jahrhunderts. Deutscher Instituts-Verlag: 2. Auflage, Köln 2000.
- Jamieson, A.: The Politics of Long-Term Care: Cross-National Perspectives. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 399-407.
- Jansen, B.: Informelle Pflege durch Angehörige. In: Birgit Jansen/Fred Karl/Hartmut Radebold/Reinhard Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Soziale Gerontologie – Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Westdeutscher Verlag: Weinheim und Basel 1999, S. 604-628.
- Jones, C.: State Social Work and the Working Class. Macmillan: London 1983.
- Julius, M.: Identität und Selbstkonzept von Menschen mit geistiger Behinderung. *Behindertenpädagogik*, 39. Jg., Heft 2/2000, S. 175-194.
- Jungjohann, E.: Kinder klagen an. Angst, Leid und Gewalt. Fischer Taschenbuch: Frankfurt/Main, Juli 1991.

- Jürgens, A.: Thesenpapier zur Pflegeversicherung – Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI). : *Widersprüche*, Heft 54, Offenbach/M., März 1995., S. 79-80.
- Kaplan, E. A.: Resisting pathologies of age and race. In: P. Komersaroff/P. Rothfield/J. Daly (eds.), *Reinterpreting Menopause*. Routhledge: New York 1997.
- Katz, S.: *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. UPV: Charlottesville 1996.
- Katz, S. et al.: Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. In: *Journal of the American Medical Association* 185, 1963, S. 94-99.
- Kern, H./M. Schumann: Vorwärts in die Vergangenheit? Zustand der Arbeit – Zukunft der Arbeit. *Gewerkschaftliche Monatshefte* 11-12, 1996, S. 715-724.
- Klages, J. Hrsg.): *Facetten der Cyberwelt: Subjektivität, Eliten, Netzwerke, Arbeit, Ökonomie*, VSA-Verlag, Hamburg 2002.
- Klee, E.: *Euthanasie im NS- Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Fischer: Frankfurt/Main 1985.
- Klee, E.: *Was sie taten. Was sie wurden*. Fischer: Frankfurt/Main 1998.
- Klie, T.: „Anordnungen des Heimarztes ist Folge zu leisten“, Ergebnisse einer rechtsstaatlichen Untersuchung. *Altenheim* 1986, S. 320 ff.
- Klie, T.: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Altenpflege. *RsDE* 6 (1989), S. 87 ff.
- Klös, H.-P.: Bedeutung und Struktur der Beschäftigung im Non-Profit-Sektor. *IW-Trends, Institut der deutschen Wirtschaft, Quartalshefte zur empirischen Wirtschaftsforschung*, 1998, S. 32-56.
- Koch, B.: (EU-Gipfel in Nizza –) EU für Wachstum und Erweiterung: Abbau der Sozialstandards. *Contraste – Die Monatszeitung für Selbstorganisation*, Heidelberg, Januar 2001, S. 11.
- Koolwijk, J. v.: Die Befragungsmethode In: J. v. Koolwijk /M. Wieken-Mayser, *Techniken der empirischen Sozialforschung*, Bd. 4, Erhebungsmethoden: Die Befragung. München/Wien 1974, S. 9-23.

- Koslowski, P.: Die Ordnung der Wirtschaft. Studien zur Praktischen Philosophie und Politischen Ökonomie. J. C. B. Mohr/Paul Siebeck: Tübingen 1994.
- Kruse, A.: Entwicklungspotentiale im Alter. Eine lebenslauf- und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung. In: Peter Borscheid (Hrsg.): Alter und Gesellschaft, Stuttgart 1995, S. 63-86.
- Kuckartz, U.: winMAX – Professinelle Version – Handbuch zum Textanalysestystem winMAX für Windows 95/98/NT. Westdeutscher Verlag: Durchgesehene und verbesserte Auflage, Opladen, September 1999.
- Kuckartz, U.: Computergestützte Analyse qualitativer Daten. Eine Einführung in Methoden und Arbeitstechniken. Westdeutscher Verlag: Opladen, Juni 1999.
- Kurz, R.: Schwarzbuch Kapitalismus. Ein Abgesang auf die Marktwirtschaft. Eichborn: Frankfurt/Main 1999.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, Band 2: Methoden und Techniken. Beltz: 3., korrigierte Auflage, Weinheim 1995.
- Lampert, T./M. Wagner: Zur Bedeutung von Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Wolfgang Clemens/Gertrud M. Backes (Hrsg.), Altern und Gesellschaft – Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel. Leske + Budrich: Opladen 1998, S. 187-215.
- Lehr, U.: Die Alten sind anders, als wir sie sehen. *Bild der Wissenschaft* 8, 1976, S. 63-67.
- Lehr, U.: Körperliche und geistige Aktivität - eine Voraussetzung für ein erfolgreiches Altern. *Zeitschrift für Gerontologie* 11, 1978, S. 290-299.
- Lehr, U.: Vorurteile gegenüber dem Altern. *Altenpflege* 4, 1979, S. 417-432.
- Lehr, U.: Altersstereotypen und Altersnormen - das Bild des alten Menschen in unserer Gesellschaft. In: Hartmann, K.D. / Koeppler, Karlfriz (Hrsg.): Fortschritte der Marktpsychologie, Bd. 2: Grundlagen - Methoden - Anwendungen. Frankfurt a.M. 1980, S. 327-338.
- Lehr, U.: Research on Aging in Behavioral Sciences in the Federal Republic of Germany. *Zeitschrift für Gerontologie* 14, 1981, S. 204-223.

- Lehr, U.: Von der neuen Kunst des Älterwerdens. In: Aktion Gemeinsinn e. V. (Hrsg.): Wie wollen wir morgen älter werden? Bonn 1987, S. 10-35.
- Lehr, U./H. Thomae (Hrsg.): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Bolsa: Stuttgart 1987.
- Lehr, U.: Alltagspsychologie. Methoden, Aufgaben, Ergebnisse. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt 1991.
- Lifton, R. J.: The Protean Self: Human Resilience in Age of Fragmentation. New York 1993, S. 229-232
- Löschner, K./H. Wätzig/C. Standtke, Die Betreuung Sterbender. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 43, 1992, S. 361-371.
- Lüders, I.: Angehörige in der Pflege – Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: H. Braun/T.Klie/M. Kohnert/I. Lüders (Hrsg.): Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Bibliomed: Melungen 1994, S. 165-183.
- Martin, H.-P./H. Schumann: Die Globalisierungsfalle. Der Angriff auf Demokratie und Wohlstand. Rowohlt: 8. Auflage, Reinbek b. Hamburg, Dezember 1996.
- Mattmüller, U./G. Vogel: Die Profis sind gefordert. Burnout bei pflegenden Personen in Privathaushalten. *Häusliche Pflege* 10, 1995, S. 739-742.
- Mayer, K. U. et al.: 28. Gesellschaft, Politik und Altern. In: Paul B. Baltes/Jürgen Mittelstraß/Ursula M. Staudinger (Hrsg.), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin/New York 1994, S. 721-757.
- Meier, B.: Unternehmer – Leistungselite der Sozialen Marktwirtschaft. Deutscher Instituts-Verlag: Köln, September 2000.
- Meretz, S.: Produktivkraftentwicklung und Subjektivität. Vom eindimensionalen Menschen zur unbeschränkt entfalteten Individualität, Version 1.02, letzte Änderung: 27. 10. 1999. URL: <http://www.kritische-informatik.de/pksubjl.htm>.
- Mergler, O.: Einführung. In: ders. (Hrsg.): Bundessozialhilfegesetz – Vorschriftensammlung, Rechtsstand 1. Januar 1991. Deutscher Gemeindeverlag/Kohlhammer: 33., überarb. Aufl., Köln 1991, S. 1-21.

- Miller, A.: Am Anfang war Erziehung. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1983
- Müller, E.: Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. *PfleGe* 3, 2, 1998, S. 1-6.
- Naegele, G./H.-P. Tews: Theorieansätze und –kritik zur Altersentwicklung – Neue und alte sozialpolitische Orientierungen. In: Dies. (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Westdeutscher Verlag: Opladen 1993, S. 329-402.
- Narr, W.-D./A. Schubert: Weltökonomie. Die Misere der Politik. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1994.
- Narr, W.-D.: Zukunft des Sozialstaats – als Zukunft einer Illusion?. AG SKAP: Neu-Ulm 1999.
- Negt, O.: Lebendige Arbeit, enteignete Zeit. Politische und kulturelle Dimensionen des Kampfes um die Arbeitszeit. Campus: 2. Auflage, Frankfurt/M.-New York 1985.
- Negt, O./A. Kluge: Maßverhältnisse des Politischen, 15 Vorschläge zum Unterscheidungsvermögen. Fischer: Frankfurt/Main 1992.
- Neugarten, D. (ed.): The Meanings of Age. University of Chicago Press: Chicago 1996
- Niederfranke, A.: Pluralisierung und Individualisierung als Bestandteil weiblichen Älterwerdens. In: I. Fookon (Hrsg.), Alter(n) – Umbruch und Kontinuität. Akzentsetzungen von Wissenschaftlerinnen, Siegener Studien Bd. 55. Die Blaue Eule: Essen 1994, S. 69-80.
- Nielandt, J./M. Brodkorb: Ausbau der Zivilgesellschaft. Non-Profit-Organisationen und Dritter Sektor, Supplement der Zeitschrift Sozialismus 9/2000. VSA: Hamburg 2000 .
- Notz, G: Die Neuen Freiwilligen. Das Ehrenamt – Eine Antwort auf die Krise?. AG SPAK: 2., aktualisierte Auflage, Neu-Ulm 1999.
- Ohne Verfasser: „Alter setzt Männern mehr zu“. *Münstersche Zeitung* vom 21. 2. 2000.
- Ohne Verfasser: Politics of Aging: Government Agencies and the Aging Network, o. J.
URL: <http://www.trinity.de/~mkearl/ger-pol.html>.

Ohne Verfasser: Wiesbadener Kurier, 1. 4. 2000, S. 14

Ohne Verfasser: Wiesbadener Kurier, 1. 4. 2000, dpa-Grafik 3039

Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: R. König/M. Tönnemann (Hrsg.), Probleme der Medizinsoziologie. Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln/Opladen 1958, S. 10-57.

Phillipson, C.: *Reconstructing Old Age*. Sage: London 1998.

Pirker, P.: Un-heimliche Verwandtschaft. Zum Naheverhältnis von Zivil- und Bürgergesellschaft. In: Streifzüge 3/2000. Wien 2000, S.1-8

Plessner, H.: Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie (1927). De Gruyter: Berlin/New York 1975.

Powell, J. L.: Theorising Social Gerontology: The case of Social Philosophies of Age, Sincronia Summer 2001, URL: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/powell.htm>.

Powell, J./S. Biggs: Bio-ethics and Technologies of the Self: Understanding Aging. *Journal of Medical Humanities*, 2001 forthcoming.

Priller, E./A. Zimmer/H. K. Anheier: Der Dritte Sektor in Deutschland. Entwicklungen, Potentiale, Erwartungen. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament B9/99, 26. 2. 1999, S. 12-30.

Reitzle, W.: Die neue Rolle der Arbeitgeber. In: : Alfred-Herrhausen-Gesellschaft für internationalen Dialog (Hrsg.), Arbeit der Zukunft – Zukunft der Arbeit, 2. Jahreskolloquium 17./18. Juni 1994 in Frankfurt am Main, Stuttgart 1994, S. 207-220.

Rifkin, J.: *Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft*, Frankfurt/M.-New York 1995.

Rifkin, J.: *Das biotechnische Zeitalter. Die Geschäfte mit der Gentechnik*. Goldmann: München, Oktober 2000.

Roloff, J.: Alternde Gesellschaft in Deutschland. Eine bevölkerungsstatistische Analyse. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 35/96, 1996, S. 3-11.

- Rosenmayr, L.: Alterssoziologie In: W. Bernsdorf (Hrsg.), Wörterbuch der Soziologie I. Fischer: Frankfurt/Main 1972, S. 21-27.
- Rosenmayr, L.: Schwerpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie). In: René König (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 7. Enke: 2. Auflage, Stuttgart 1976, S. 218-420.
- Rosenmayr, L. (Hrsg.): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. Piper: München 1978.
- Röttger, B.: Neoliberale Globalisierung und eurokapitalistische Regulation. Die politische Konstitution des Marktes. Westfälisches Dampfboot: Münster 1997.
- Rückert, W.: Die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI – eine erste Bestandsaufnahme, in: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 333-345.
- Schandl, F.: Vorwärts, zur Nachknappheitsordnung! Anthony Giddens und die Plattheiten der Zweiten Moderne. *Krisis* 23, Bad Honnef 2000, S. 150-154.
- Schnack, D./R. Neutzling: Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg, 33.-52 Tsd., August 1991.
- Schubert/Klein: Das Politiklexikon. Dietz: 2. Auflage, Bonn 2001.
- Schüller, H.: Wie wir die Zukunft unserer Kinder verspielen. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg, November 1998.
- Schütz, A.: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie (1932). Suhrkamp: 5. Auflage Frankfurt/Main 1991.
- Schulze, G.: Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Campus: Frankfurt/Main 1992 (zuerst publiziert 1985).
- Schulze, G.: Kulissen des Glücks. Streifzüge durch die Event-Kultur. Campus: 2. Auflage, Frankfurt/M.-New York 2000.
- Schwengel, H.: Jenseits der Ideologie des Zentrums. Eine strukturelle Revision der Marx'schen Gesellschaftstheorie. Marburg 1978.

- Seifert, M.: Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin, unter besonderer Berücksichtigung der Personen mit hohem Betreuungsbedarf – Bestandsaufnahme und Perspektiven -, Bericht des Forschungsprojekts „Wohnen mit schwerer geistiger Behinderung in Berlin“ (Laufzeit: September 1990 – August 1992), FU Berlin: Berlin 1993 (Berlin-Forschung: Förderprogramm für junge Wissenschaftler/innen der Freien Universität Berlin, 12. Ausschreibung).
- Senatsverwaltung Berlin, Die Sackgassen der Zukunftskommission – Streitschrift wider die Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, Berlin 1998.
- Siegrist, J: Medizinische Soziologie, 5. Auflage, München 1995.
- Skiba, A.: Fördern im Alter. Integrative Geragogik auf heilpädagogischer Grundlage. Klinkhardt: Bad Heilbrunn 1996.
- Stierlin, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Dtv: München, Januar 1992.
- Strachwitz; R. Graf. (Hrsg.): Dritter Sektor – Dritte Kraft, Stuttgart u. a. 1998.
- The Bill of Rights for the Old: Title I, Older Americans Act, 1965 (U. S. Annotated Code, Title 42).
- The RAND Center for the Study of Aging: About the Rand Center for the Study of Aging, URL: <http://www.rand.org/labor/aging/about/> (vgl. auch: URL: <http://www.asaging.org/members/brochure/index.cfm>).
- Thomä, D.: Die Zeit des Selbst und die Zeit danach. Zur Kritik der Textgeschichte Martin Heideggers 1910-1976. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1990.
- Thomae, H.: Alltagserleben und Umgangsformen mit dem Alltag im Alter. In: Annette Niederfranke/Ursula M. Lehr/Frank Oswald/Gabriele Maier (Hrsg.): Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Quelle & Meyer: Heidelberg/Wiesbaden 1992, S. 27-38.
- Thimm, W.: Behinderung als Stigma. *Sonderpädagogik* 5, 1975, S. 149-157.
- Thimm, W.: Mit Behinderten leben. Hilfe durch Kommunikation und Partnerschaft. Herder: Freiburg 1977.
- Tismer, K. G., Untersuchungen zur Lebensthematik älterer Menschen, unveröffentlichte Dissertation. Universität Bonn: Bonn 1969.

- Touraine, A.: Was nützt die Soziologie? Suhrkamp: Frankfurt/Main 1976.
- Tuggener, H./U. Morf-Rohr: Dabei oder nicht dabei? Jungsein und Altsein in der Schweiz: Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm 3: Probleme der sozialen Integration. Haupt: Bern 1984.
- Turkle, S.: Leben im Netz – Identität in Zeiten des Internet. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg, Juli 1999.
- Uexküll, J. v., Umwelt und Innenwelt der Tiere. Springer: Berlin 1921.
- Vester, M. u. a.: Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung, 1. vollständig überarbeitete Auflage, erweiterte und aktualisierte Fassung, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001.
- Wahl, H.-W.: Ökologische Perspektiven in der Gerontopsychologie. Sicherheit und Autonomie als zentrale Begriffe für Theorie und Praxis. In: Annette Niederfranke/Ursula M. Lehr/Frank Oswald/Gabriele Maier (Hrsg.), Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Quelle & Meyer: Heidelberg & Wiesbaden 1992, S. 103-114.
- Wahl, H. W./H. Mollenkopf/F. Oswald: Alte Menschen in ihren räumlich-dinglichen Umwelten: Herausforderungen einer Ökologischen Gerontologie. In: Gerhard Naegele/Rudolf M. Schütz (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 62-84.
- Waldrop, M. M., Inseln im Chaos. Die Erforschung komplexer Systeme. Rowohlt: Reinbek b. Hamburg, Februar 1996.
- Wambach, M. M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Suhrkamp: Frankfurt/Main 1983.
- Weinert, F. E.: 7. Altern in psychologischer Perspektive. In: Paul B. Baltes/Jürgen Mittelstraß/Ursula M. Staudinger (Hrsg.), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin/New York 1994, S. 180-203.
- Wendeler, J.: Geistige Behinderung: Normalisierung und soziale Abhängigkeit. Heidelberg 1992.
- Wendeler, J./H. Godde: Geistige Behinderung, Ein Begriff und seine Bedeutung für die Betroffenen. *Geistige Behinderung* 4/1989, S. 306-317.

- WHO: World Health Organization, 1980 (in Deutsch: ICD, Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD), 9. Revision, Band I, Teil A, Systematisches Verzeichnis der Dreistelligen Allgemeinen Systematik und der Vierstelligen Ausführlichen Systematik. Kohlhammer: 2. überarbeitete Auflage, Köln 1988).
- Wienhues, J.: Behinderte Frauen. Einführung in ein wenig beachtetes soziales Problemfeld Reha-Verlag: Bonn 1988.
- Wirth, L., The problem of minority groups. In: R. Linton (ed.), The science of man in the world crises, New York 1945, S. 347-372.
- Woche im Bundestag 14/93-III/150.
- Zeman, P.: Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. DZA, Diskussionspapier, 4, 1996.
- Zeman, P.: Probleme der Vernetzung von sozialen Diensten und Lebenswelt in häuslichen Altenpflegearrangements. In: Gerhard Naegle/Rudolf M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 375-387.
- Ziegler, A.: Bilder einer Schattenmedizin, Zürich 1987.
- Zinn, K. G.: Jenseits der Markt-Mythen. Wirtschaftskrisen: Ursachen und Auswege. VSA: Hamburg o. J. (1997).
- Zoneveld, R. J. van: Social Gerontology and Social Geriatrics in The Netherlands – Some Personal Remarks on their Origin and Early Development In: Gerhard Naegle/Rudolf M. Schütz (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden 1999, S. 85-92.

8. Anhang: Fragebogen

8.1. Fragebogen

8.1.1. Heimleitungen

A) Allgemeine Fragen und statistische Angaben:

1.) Träger der Einrichtung:

- a) freigemeinnützig (konfessionell gebunden/nicht gebunden)
- b) öffentlich
- c) privat

2.) Wieviele Menschen wohnen insgesamt in Ihrer Einrichtung/Ihrer Gruppe, und wieviel davon sind ältere Menschen ab 65 Jahre?

3.) Bitte in Altersgruppen einordnen: wieviel sind

- a) zwischen 65 und 75 Jahre
- b) zwischen 75 und 90 Jahre
- c) über 90 Jahre

4.) Nach Geschlecht einteilen

- a) männlich
- b) weiblich

5.) Wieviele dieser Seniorinnen/Senioren sind geistig behindert (Demenz Erkrankte und schwer geistig Behinderte extra erwähnen)? Männlich/weiblich

6.) Wieviele sind geistig *und* psychisch behindert? männlich/weiblich

7.) Betrifft Personal: Wieviele Pflegekräfte/BetreuerInnen stehen Ihnen in Ihrer Einrichtung insgesamt zur Verfügung?

8.) Welche Ausbildung haben die Pflegekräfte/BetreuerInnen

- a) Pädagogische Qualifikation:

- SozialpädagogInnen
 - SozialarbeiterInnen
 - ErzieherInnen
 - HeilpädagogInnen
- b) Pflegerische Qualifikation:
- Krankenschwestern
 - Krankenpfleger
 - AltenpflegerInnen
- c) HeilerziehungspflegerInnen
- d) Helferebene:
- KrankenpflegehelferInnen
 - AltenpflegerhelferInnen
 - MitarbeiterInnen ohne fachspezifische Ausbildung/Aushilfen

9.) Wieviel MitarbeiterInnen sind

- a) halbtags
- b) ganztags
- c) sporadisch
beschäftigt?

10.) Gibt es Weiterbildungsmöglichkeiten für Ihre MitarbeiterInnen und wie sind diese beschaffen? Gibt es Weiterbildungsangebote nur für die pädagogischen, sondern auch für die pflegerischen Kräfte und bestehen auch für die HelferInnen/Aushilfen Möglichkeiten der Weiterbildung? Könnten Sie dieses bitte näher erläutern?

11.) Wirtschaftliche Situation und Kostenträger:

- a) Wer ist in der Regel der Kostenträger für die älteren geistig Behinderten?
- b) Welche Bestimmungen des PVG sind für die Finanzierung relevant?
- c) Wie hoch ist der durchschnittliche Pflegesatz, der für den einzelnen geistig Behinderten zur Verfügung steht? (Wenn möglich und relevant, bitte aufschlüsseln nach Pflegestufen nach PVG)
- d) Besitzen die Behinderten Vermögen, das zur Finanzierung herangezogen werden könnte?

12.) Wie sind die Behinderten räumlich untergebracht?

- a) Anzahl Einbettzimmer
- b) Anzahl Zweibettzimmer
- c) Anzahl Dreibettzimmer und Mehrbettzimmer

13.) Wie groß sind die Gruppen, und wieviel MitarbeiterInnen betreuen wieviele Behinderte (Personalschlüssel)?

14.) In welcher Form sind die Behinderten in Ihrer Einrichtung untergebracht?

- a) Wieviele in der „traditionellen“ stationären Einrichtung (Alten- und Pflegeheim)? Aufgeschlüsselt in männlich/weiblich?
- b) Wieviel in Wohntrainingsgruppen bzw. Wohngemeinschaften? Altersgemischt/ altershomogen? Aufgeschlüsselt in männlich/weiblich?

15.) Wie ist die medizinische und ggf. psychologische/psychiatrische Betreuung in Ihrer Einrichtung organisiert?

- a) Externe Betreuung (z. B. durch niedergelassene Ärzte/Psychologen/Therapeuten in der Nachbarschaft)?
- b) Einrichtungsinterne medizinische Betreuung, und falls ja, wie sieht diese konkret aus? Haben Sie in Ihrer Einrichtung ein hauseigenen psychologischen/psychiatrischen Dienst?

16.) Haben Sie in Ihrer Einrichtung einen hauseigenen sozialarbeiterischen Dienst, und falls ja, wie ist dieser gestaltet?

B) Prävention

1.) Laut Pflegeversicherungsgesetz besteht der Gedanke der Prävention vor allem darin, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder möglichst lange hinauszuzögern, um so die Alltagskompetenz, die eigenen Kräfte der Betreuten (in diesem Fall: älterer geistig Behinderter im Rentenalter) so weit es geht zu erhalten. Was verstehen Sie – auch im Lichte dieser Definition – selbst unter „Prävention“?

2.) Ist die Situation in Ihrer Einrichtung – gemessen an Ihrer eigenen Definition – ausreichend oder könnte noch etwas getan werden, um diese zu verbessern?

3.) Im Hinblick auf präventive, gesundheitsfördernde Maßnahmen ist sicher auch die Ernährung von großer Wichtigkeit. Was wird in Ihrer Einrichtung in dieser Hinsicht angeboten? Gibt es eine spezielle Ernährung für ältere Menschen (Stichworte z. B.: Vollwerternährung, genug Obst und Gemüse, wenig Fleisch, genügend Flüssigkeitszufuhr, weil alte Menschen oft „vergessen“, ausreichend zu trinken)?

4.) Welche Sportmöglichkeiten (Gymnastik, Bewegungsspiele...) gibt es in Ihrer Einrichtung, wie oft werden diese Angebote gemacht (z. B. einmal die Woche), gibt es bei Bedarf ergotherapeutische Förderung?

5.) Inwieweit werden in Ihrer Einrichtung die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte der älteren geistig Behinderten gefördert bzw. unterstützt?

Stichworte z. B.:

- a) Kontakte nach außerhalb durch Ausflüge, Stadt-/Einkaufsbummel, Urlaubsfahrten o. ä.
- b) Aufrechterhaltung der Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden – werden diese gezielt angesprochen, wenn sich diese beispielsweise längere Zeit nicht mehr melden?
- c) Kontaktpflege zwischen den Betreuten/Bewohnern der Einrichtung durch gesellige Nachmittage, gemeinsame Unternehmungen u. ä., ggf. Konfliktmoderation durch pädagogische Mitarbeiter, wenn solche zwischen den Bewohnern auftreten?
- d) Kontakt zu Tieren (z. B. Hunden, Katzen, Vögeln) – ist das Halten eigener Tiere erlaubt? Oder können ab und an Tiere aus einem Tierheim, die Haustiere von Mitarbeitern o. ä. „zu Besuch kommen“?
- e) Werden die Beziehungen zwischen Betreuern/Behinderten bzw. Pflegekräften/Behinderten thematisiert? Gibt es einen „Ombudsmann“ („Prozessbegleiter“) für den Behinderten, der seine/ihre Interessen vertritt, neben einem „Alltagsbegleiter“, der mit dem/der Behinderten ggf. die täglich nötigen Verrichtungen abspricht?

6.) Inwieweit werden die noch vorhandenen kognitiven Leistungen der älteren geistig behinderten Seniorinnen und Senioren gefördert?

Mögliche Förderinhalte:

- a) Gedächtnistraining
- b) Biographie- und Erinnerungsarbeit
- c) Lebenslauf

- d) Zahlentraining
- e) Vergegenwärtigung des Tagesablaufs etc.

7.) Werden auch Maßnahmen hinsichtlich der Wohnraumgestaltung getroffen?

- a) Übersichtlichkeit der Anlage
- b) Können sich die Behinderten ihre Wohnungen/Zimmer selber einrichten?
- c) Farbgestaltung der Wände
- d) Einrichtungsgegenstände
- e) Technische Hilfsmittel etc.

C) Rehabilitation

1.) Laut PVG dient die Rehabilitation dazu, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mildern oder zumindest eine Verschlimmerung zu verhindern. Was ist Ihr Verständnis von Rehabilitation, besonders was geistig behinderte ältere Menschen betrifft?

2.) Wie arbeitet Ihre Einrichtung in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen mit externen Fachkräften zusammen, z. B. mit

- niedergelassenen Ärzten
- Psychiatern
- Psychologen
- Psychotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Geragogen
- Neurologen
- Sozialarbeitern und Sozialtherapeuten
- Sonstige

3.) Inwieweit stehen einrichtungseigene Fachkräfte für rehabilitative Maßnahmen zur Verfügung oder müssen sich überwiegend extern „versorgen“?

4.) Werden auch in *rehabilitativer* Hinsicht folgende Förderinhalte in der alltäglichen Praxis Ihrer Einrichtung berücksichtigt?

Mögliche Förderinhalte:

- a) Gedächtnistraining
- b) Biographie- und Erinnerungsarbeit
- c) Lebenslauf
- d) Zahlentraining
- e) Vergegenwärtigung des Tagesablaufs etc.

4.) Bevorzugen Sie bei rehabilitativen Maßnahmen eher den ganzheitlich-ökologischen (der eher den Lebenskontext und die soziale Umgebung des Behinderten thematisiert) oder einen individuellen Förderansatz?

5.) Gibt es in Ihrer Einrichtung bei rehabilitativen Maßnahmen eine Zusammenarbeit mit Bekannten/Freunden/Verwandten/Ehepartnern des Behinderten und wie werden diese von Ihnen gestaltet?

D) Integration

1.) Wie sieht Ihrer Meinung nach die Integration Ihrer stationären Einrichtung (bzw. in Ihren betreuten Wohngemeinschaften) in die Vernetzung einer gemeindenahen pflegerischen Infrastruktur aus? Wie ist die Kooperation beispielsweise mit

- a) Krankenhäusern
- b) Psychiatrischen Einrichtungen in der Nähe (Geronto-, Sozialpsychiatrie)
- c) SozialarbeiterInnen
- d) Ambulanten Diensten
- e) Sozialen Einrichtungen der Stadt/Gemeinde (z. B. Sozialamt), in der sich Ihre Einrichtung befindet?

2.) Wie sieht die Zusammenarbeit mit „Laien“ in dieser Hinsicht aus?

Beispielsweise mit

- a) Nachbarschaftshilfen
- b) Ehrenamtlichen HelferInnen
- c) Verwandten/Bekanntem/Lebenspartnern des Behinderten

3.) Betreiben Sie eine *gezielte* Öffentlichkeitsarbeit?

- a) Z. B. durch Herausgabe von Broschüren, Zeitungsberichten, „Tage der offenen Tür“ etc., um die Öffentlichkeit näher mit Ihrer Arbeit – speziell in Hinsicht auf Ihre Arbeit mit älteren geistig Behinderten – bekannt zu machen bzw. für sie zu werben.
- b) Wie stehen Sie zu kritischen Äußerungen zu Ihrer Einrichtung, wenn Sie beispielsweise in der Presse kritisiert werden?

E) Normalisierung

- 1.) In der Literatur wird unter „Normalisierung“ nicht mehr länger die Unterwerfung unter eine „Norm“ verstanden, der sich ein Behinderter zu fügen hat, als vielmehr die Ermöglichung eines möglichst *selbständigen und unabhängigen Lebens auch für Behinderte*, die Führung eines (Behinderten-)Lebens, wie es dem der Normalbevölkerung möglichst nahekommen bzw. entsprechen soll. Es geht also um eine „Normalisierung der Lebensbedingungen“, was eben auch eine möglichst große Selbständigkeit der HeimbewohnerInnen impliziert, wie es im Übrigen der Vorgabe des § 2 des Heimgesetzes entspricht.

Hier ist eine kurze Aufzählung der Felder, die den Bereich der „Normalisierung“ tangieren.

- Normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit und Wohnen
- Normaler Jahresrhythmus
- Normaler Lebenslauf
- Respektierung von Bedürfnissen
- Leben in einer bisexuellen Welt
- Normaler wirtschaftlicher Standard
- Standards von Einrichtungen

Würden Sie sagen, dass eine Einrichtung wie Ihre in der Lage ist, den Behinderten ein annähernd „normales“ Leben zu gewährleisten?

- 2.) Welche Punkte der im Folgenden aufgeführten würden Sie für das Projekt der „Normalisierung“ als wichtig erachten? (Wichtig – weniger wichtig – nicht wichtig)
- Veränderung der Wahrnehmung und Einstellung der wahrnehmenden Person (bezüglich des Verhältnisses der Pflegekraft zum Behinderten und des Behinderten zur Pflegekraft)

- Steigerung der Kompetenzen der gefährdeten Person
 - Architektonische Strukturen, die kompetenzfördernd wirken (Gestaltung der Wohnumgebung)
 - Intensive und affektive Förderung
 - Hohe Individualisierung der Aktivitäten und Programme
 - Förderung persönlichen Besitzes
 - Nutzung von Medien und Materialien, die anregungsreich und kompetenzfördernd sind
 - Gruppierung in einer Weise, dass kompetentere Personen (Pflegepersonal, pädagogische BetreuerInnen, Therapeuten, Freunde, Verwandte...) als Lernmodelle zur Verfügung stehen.
- 3.) Ist eine Tagesstrukturierung, eine relativ feste, ritualisierte Struktur des Tagesablaufs, für die älteren geistig Behinderten sehr wichtig/wichtig/weniger wichtig/unwichtig?
- 4.) Können Sie einen normalen Tagesablauf schildern? Werden die Behinderten an den alltäglichen Verrichtungen beteiligt (Kochen, Putzen, Gartenarbeiten etc.)?
- 5.) Wie sieht die Gestaltung offen strukturierter Angebote (sprich: Ausflüge, gemeinsame Unternehmungen, gesellige Veranstaltungen etc.) aus und wie oft werden diese durchgeführt? In regelmäßigen/unregelmäßigen Abständen, nur sporadisch?
- 6.) Wie gestaltet sich das Zusammenleben der älteren Bewohner mit geistiger Behinderung mit den nicht geistig Behinderten/Körperbehinderten oder werden die jeweiligen Gruppen gesondert untergebracht, so dass sie keinen/nur sporadischen Kontakt miteinander haben?
- 7.) Wie wird in Ihrer Einrichtung mit dem Thema Sterben und Tod umgegangen?
- a) Wird das Personal in dieser Hinsicht geschult?
 - b) Gibt es eine seelsorgerische Betreuung der Sterbenden?
 - c) Wie wird mit den Verwandten/Freunden/Lebenspartnern des Sterbenden umgegangen, führen Sie Gespräche mit den Angehörigen zu diesem Thema, bieten Sie seelsorgerische/psychologische Begleitung an?
 - d) Werden die Sterbenden während des Sterbeprozesses in ihren Räumlichkeiten belassen oder in abgesonderten Räumlichkeiten untergebracht?

- e) Wie wird mit den anderen Bewohnern/Behinderten über die Tatsache gesprochen, dass in ihrer Mitte ein Mitbewohner stirbt?
- f) Wird Trauerbegleitung angeboten?
- 8.) In einer Umfrage unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Behinderteneinrichtungen wurden folgende Punkte genannt, die noch nicht ausreichend in Ausbildung und alltäglicher Praxis berücksichtigt werden. Sagen Sie bitte zu den einzelnen Punkten, ob sie in Ihrer Einrichtung noch verbessert werden können oder schon ausreichend berücksichtigt werden oder aber bisher Ihrer Meinung nach überhaupt noch nicht berücksichtigt wurden:
- Begleitung von Sterbenden
 - Psychohygiene des Alterns
 - Geistige und körperliche Abbauprozesse und der Umgang damit
 - Pflegerische Grundversorgung im Alter
 - Gerontopsychiatrische Arbeit bzw. Arbeitshilfen
 - Umgang mit Medizin
 - Pflegerische Betreuung von Sterbenden
 - Krankheitsbilder des Alterns
 - Psychische Erkrankungen
 - Biographiearbeit mit alten Menschen (soweit mit geistig Behinderten möglich)
 - Neue Ansätze der Betreuung und Begleitung älterer behinderter Menschen (neuartige psychotherapeutische/geragogische Methoden beispielsweise)
 - Sensibilisierung für die Bedürfnisse der älteren Menschen
 - Religiosität und Begleitung (Seelsorge)
 - Beschäftigung (insbesondere bettlägeriger) älterer Menschen
 - Altersgemäße Milieugestaltung
 - Suchtprobleme im Alter
 - Gesprächsführung, Gedächtnistraining und Kommunikation im Alter
 - Seniorensport
 - Übergang Werkstatt für Behinderte und darauf folgende Heim-Tagesstruktur für Rentnerinnen/Rentner
 - Angehörigenarbeit
 - Generationenproblem, hier insbesondere in Teams und in Bezug auf ältere (behinderte) BewohnerInnen

- Beschäftigungstherapie
- Technische Hilfsmittel.

9.) Kann an der Leitidee des *lebenslangen Wohnangebots* aufgrund von Sparzwängen festgehalten werden oder droht eine Abschiebung älterer, hier: geistig behinderter Menschen in spezielle Einrichtungen und „Ghettos“? Welche Einschätzung haben Sie?

10.) Bislang bestehende Konzepte von Seniorenbetreuung in Behinderteneinrichtungen finden vor allem in Form von Gruppenangeboten statt (z. B. Ausflüge, Urlaubsfahrten, Stadtbummel etc.). Sehr schwer Behinderte oder Bettlägerige können jedoch an diesen gemeinsamen Unternehmungen nicht teilnehmen. Sollten sich deshalb Angebote für SeniorInnen außerhalb der Wohngruppe stärker individualisieren und nicht bloß auf Gruppenebene verbleiben)? Was meinen Sie dazu?

11.) Sollte es möglich sein, dass bereits verrentete Behinderte noch die Möglichkeit haben, tagsüber leichtere Tätigkeiten in der Werkstatt für Behinderte auszuführen, natürlich auf freiwilliger Basis?

8.1.2 MitarbeiterInnen

1.) In welchem Bereich arbeiten Sie hier?

- a) Pädagogisch-sozialarbeiterischer Bereich
- b) Therapeutischer Bereich
- c) Pflegerischer Bereich
- d) Hauswirtschaftlicher Bereich
- e) Technischer Dienst

2.) Welche Ausbildung haben Sie?

- a) Krankenpfleger/Krankenschwester
- b) SozialarbeiterIn
- c) Therapeutische Ausbildung
- d) ErzieherIn
- e) HeilerziehungspflegerIn
- f) KrankenpflegehelferIn

- g) PflegehelferIn
- h) Sonstiges
- i) Ungelernt

2.1) Sind Sie mit der Qualität Ihrer Ausbildung zufrieden?

- a) Sehr zufrieden
- b) Zufrieden/geht so
- c) Weniger zufrieden
- d) Gar nicht zufrieden
- e) Überhaupt nicht
- f) Entfällt

3.) Was verdienen Sie hier im Monat? Brutto/Netto

- a) Sind Sie mit Ihrem Verdienst zufrieden? Ja/Nein

4.) Wieviele Stunden arbeiten Sie hier pro Woche? Ganztags/halbtags/je nach Anforderung

5.) Sind Sie mit dem Arbeitsklima hier zufrieden?

- a) Sehr zufrieden
- b) Zufrieden/geht so
- c) Weniger zufrieden
- d) Überhaupt nicht zufrieden
- e) Mobbing, unhaltbare Zustände

6.) Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Einrichtung?

7.) Hat sich Ihrer Meinung in den letzten Jahren das Betriebsklima

- a) verbessert
- b) verschlechtert
- c) unverändert
- d) keine Angaben

8.) Wie kommen Sie mit den älteren geistig behinderten Menschen zu Recht?

- a) Sehr gut
- b) Gut

- c) Geht so
- d) Eher schlecht
- e) Sehr schlecht
- f) Überhaupt nicht
- g) Kommt auf den Einzelfall an

Erläuterung:

9.) Fühlen Sie sich von der Heimleitung genügend unterstützt oder kommt es öfters zu Konflikten? Falls ja, Gründe für Konflikte aufzählen.

10.) Arbeiten Ihrer Einschätzung die unterschiedlichen Dienste Ihrer Einrichtung effektiv zusammen oder gibt es Reibungsflächen und –verluste?

11.) Haben Sie den Eindruck, dass neben der Grundversorgung die soziale/emotionale Beziehung/Zuwendung zu den „Pfleglingen“/älteren behinderten Menschen ausreichend ist oder wegen Zeitmangels eher zu kurz kommt?

12.) Möchten Sie mehr Supervision oder ist der erreichte Stand ausreichend?

13.) Zum Schluss noch eine Frage: Gibt es Aspekte, die in dieser Befragung noch nicht vorkamen, die Sie aber noch anfügen möchten?

8.1.3 Geistig behinderte ältere HeimbewohnerInnen

- 1.) Wie alt sind Sie?
- 2.) Geschlecht: männlich/weiblich
- 3.) Wie lange wohnen Sie schon in dieser Einrichtung?
- 4.) Besitzen Sie noch Vermögen?
- 5.) Haben Sie noch Verwandte/Bekannte/Lebenspartner?
- 6.) Bekommen Sie von diesen Besuch?
 - a) Regelmäßig
 - b) Ab und zu
 - c) Nie

7.) Gefällt es Ihnen hier im Heim/in der Wohngruppe/Wohngemeinschaft?

- a) Sehr gut
- b) Gut
- c) Geht so
- d) Eher nicht
- e) Überhaupt nicht

Erläuterung:

8.) Wie werden Sie vom Personal behandelt?

- a) Sehr gut, sehr freundlich
- b) Gut, freundlich
- c) Geht so
- d) Eher gleichgültig, unbeteiligt
- e) Die Behandlung gefällt mir überhaupt nicht

Erläuterung:

9.) Können Sie sich vertrauensvoll an die Heimleitung oder an eine sonstige Person wenden, wenn Sie etwas auf dem Herzen/ein Anliegen haben? Ja/nein

10.) Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer und falls ja, setzt er sich für Ihre Anliegen ein oder lässt er/sie sich so gut wie nicht sehen?

11.) Beschreiben Sie doch mal einen normalen Tagesablauf hier in der Einrichtung.

12.) Bekommen Sie ausreichend Freizeitangebote gemacht (z. B. Ausflüge, gemeinsame Unternehmungen, Kaffeekränzchen, geselliges Zusammensein...) oder haben Sie den Eindruck, dass Sie hier meistens nur „auf dem Zimmer herumsitzen“ müssen?

13.) Wenn es Ihnen mal schlecht geht oder Sie krank werden, bekommen Sie dann hier ausreichend Hilfe (medizinisch, psychologisch, therapeutisch) oder nur „Pillen verschrieben“?

14.) Würden Sie lieber zu Hause (bei Verwandten/dem Lebenspartner) wohnen als hier oder ist es für Sie hier gerade recht?

15.) Welche Wünsche haben Sie noch, die bisher noch nicht erwähnt wurden?

16.) Zum Schluss noch eine Frage: Wenn Sie mal sterben müssen, würden Sie hier gerne sterben wollen? Haben Sie den Eindruck, dass man Ihnen hier in Ihren letzten Stunden beistehen würde?

8.2 Antworten

8.2.1 Heimleitungen

A) Allgemeine Fragen und statistische Angaben

Frage 11 a) und b)

Haus A : Die Pflegeversicherung ist in der Sozialhilfe der § 39 / 40. Nachdem wir die Kostenzusagen haben und seit Bestehen der Pflegeversicherung ist es so, dass es bei Vorliegen irgendeiner Pflegestufe die Wohnstätte max. 500 DM aus der PV bekommt bzw. der LWL dieses Geld bekommt. Für den Bewohner gibt es keine DM 500 real mehr - für die Wohnstätte ist es völlig egal. Es hat nur Nachteile gebracht in der Form, dass mit Bestehen der PV bestimmte gesetzliche Regelungen auf die Eingliederungshilfe übertragen worden sind, die uns früher gar nicht berührten - was eine Leistungseinschränkung von Individualleistung für einzelne Bewohner angeht. Z. B. wird erst einmal übertragen, dass wir genauso ausgestattet sein müssten, wie ein Pflegeheim; wir müssen quasi in jedem Einzelfall noch einmal deutlich machen, dass wir kein Pflegeheim sind. Das erfordert mehr Verwaltungsaufwand oder dass wir keine Leistungen aus der PV mehr bekommen für Behandlungspflegeleistung. Da sind z. B. Verbände anzulegen, das, was unter ärztlicher Aufsicht passieren muss - wo früher die ambulanten Dienste durchaus noch ins Haus kommen konnten und das machten. Das geht heute nicht mehr - der Arzt darf das nicht mehr verordnen. Wir müssen entweder dafür sorgen, dass das in der Praxis passiert oder hier Mitarbeiter ausgebildet sind, die das machen können. Es sind keine spürbaren Nachteile – man macht eher Übertragungsgeschichten.

Die Altenheime sind heute Pflegeheime. Wir sind auch ein Heim, also wird gesagt, dass es hier genauso ist wie im Altenheim - stimmt aber nicht. Die realen Nachteile sind nicht so gravierend, aber der zeitraubende Faktor ist, dass man immer wieder erklären muss, dass man Wiedereingliederungshilfe leistet.

Angehörige im Beamtenverhältnis sind beihilfeberechtigt für ihre Kinder - da zahlt dann die Beihilfe. Zeitweise sind einige Bewohner Selbstzahler, wenn sie z. B. geerbt haben.

Haus B: LWL - nach BSHG § 39 Eingliederungshilfe bis auf zwei Personen. wobei hier z. Z. zwei Personen sind, die eingegliedert sind nach Hilfe zur Pflege. Beide Bewohner klagen gegen den LWL wegen der Umwandlung. Finanziell ist kein großer Unterschied, es geht hier ums Prinzip: Nur weil eine geistig behinderte Person alt ist, wird sie reduziert auf Pflege I. Der Anspruch des Bewohners auf Eingliederung wird ihnen dadurch abgesprochen und in Niedersachsen z. B. musste dann dieser Personenkreis aus dem Wohnheim ausziehen - wer weiß, wie es hiermit in einigen Jahren in Nordrhein-Westfalen damit aussieht. In der Abgrenzung der Hilfearten muss man früh genug anfangen, um klarzustellen, dass dieser Personenkreis ein Anrecht auf Eingliederungshilfe hat, was nicht umgewandelt werden darf. In Nordrhein-Westfalen ist es allerdings nicht so, dass jemand, der umgewandelt wird in Hilfe zur Pflege, dass der automatisch ausziehen muss, weil das Heim keinen Pflegevertrag hat. Deshalb bekommen wir auch nicht die kompletten Einnahmen der Pflegeversicherung, weil wir eine Wohnstätte der Eingliederungshilfe sind. Wir bzw. die Bewohner argumentieren, dass ein Mensch, der alt ist, auch Eingliederungshilfe bekommen muss, denn die geistige Behinderung liegt ja immer noch vor, es kommen nur aufgrund des Alters noch andere Defizite hinzu. Hilfe zur Pflege gibt es speziell im Altenheim BSHG § 68 (aktivierende Pflege), Eingliederungshilfe BSHG § 39 – 40: vom Inhalt her ist die Herangehensweise an die Menschen schon eine ganz andere. § 68 ist reduziert auf die sog. aktivierende Pflege während die Eingliederungshilfe den kompletten Ansatz am Menschen hat.

Die Pflegeversicherung ist nicht für den Behindertenbereich gemacht worden, sondern für den Altenpflegebereich gedacht gewesen. Als dann das PVG⁶⁰ stand, stellte man fest, dass es ja noch ganz andere Sachen gab, wie z. B. Wohnstätten mit Eingliederungshilfe mit schwerstmehrfach behinderten Menschen, bei denen der Anteil Grundpflege höher ist als bei Anderen, wobei die Älteren gegenüber den Jüngeren noch in der Minderheit sind, weil es noch gar nicht viel alte Geistigbehinderte gibt. Wenn diese Fälle nach dem PVG berücksichtigt werden, könnte man natürlich die PVG schröpfen. Es wurde anschließend § 43 a eingeführt, der die Wohnstätten betrifft - und dort steht drin, dass die Personen, die in Wohnstätten der Eingliederungshilfe leben, auch eingestuft werden nach der PVG Stufe 0 - III und dementsprechend, wenn sie zuhause leben, komplett das Geld bekommen, das ihnen zusteht. Wenn sie aber in den Wohnstätten leben, zahlt die PV anteilig bis zu DM 500 (ist der

60 PVG = Pflegeversicherungsgesetz

Höchstsatz). Das Geld bekommt nicht die Wohnstätte, sondern der Kostenträger. Nutznießer hier ist der LWL bzw. der örtliche Sozialhilfeträger.

Haus C: Keine. Der überörtliche Sozialhilfeträger erhält bei der Mehrzahl der Bewohner diese 500 DM nach § 43a SGB. Der Pflegesatz wurde mit dem LWL vereinbart und dadurch dass Bewohner in eine Pflegestufe kommen, hat das Heim keinen Pfennig mehr. Wir bekommen nach wie vor den Pflegesatz und die Leistungen der Sozialhilfe werden dadurch verringert, was nach der Systematik des BSHG auch verständlich ist, weil die Sozialhilfe das letzte soziale Netz ist. Diese 500 DM sind pauschal - gleichgültig, wie schwer die Behinderung ist.

Haus D: LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe)⁶¹. Alle Bewohner erhalten Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege nach BSHG. Bei Anerkennung ab Pflegestufe I erfolgt eine pauschale Abgeltung der Pflegekosten in Höhe von max. DM 500/monatlich durch die Pflegekasse. Zeitweilig hatten wir die Befürchtung, dass der LWL die Menschen, die über 65 Jahre sind, hier nur 500 DM bekommen. Dann holen wir sie hier raus und geben sie in eine Pflegeeinrichtung, da bekommen wir ca. DM 2.800. Frau J. meint, dass inzwischen davon abgerückt wurde.

Frage 11 c):

Haus C: Die unterschiedlichen Tagessätze in den verschiedenen Heimen liegen in der Geschichte der Heime begründet. Die Bewohnerstruktur und die Angebote der Heime sind sehr unterschiedlich. Das hat besonders Anfang der 90er Jahre zu Pflegesatzvereinbarungen geführt, die jeweils einrichtungsspezifisch abgeschlossen wurden. Ausgangspunkt bei Bemessung des Pflegesatzes ist vor allem die Betreuungsbedürftigkeit des einzelnen Bewohners gewesen. Die musste im einzelnen nachgewiesen werden, wurde kategorisiert und daraus wurden entsprechend Personalschlüssel entwickelt.

Diese Überprüfung ist seit 10 Jahren nicht mehr gemacht worden, weil es eine Deckelung im Bereich des BSHG gegeben hat. Haus C. lebt noch mit den Pflegesätzen wie vor 10 Jahren!!, die zwar noch ein bisschen angepasst worden sind, aber nicht so, dass die Kostensteigerung ausgeglichen wurde.

Das Thema "Alterung und erhöhter Betreuungs- und Pflegebedarf der geistig behinderten Bewohner" wird ja jetzt zunehmend aktuell. Alle Heime sind dadurch in einer besonderen

61 Vgl. hierzu auch: URL: <http://www.lwl.org>.

Situation. Herr S. von Haus C bereitet gerade eine Argumentation gegenüber dem LWL vor, dass zusätzliche Arbeitskräfte benötigt werden. Sie haben z. B. 1989/91 9% der Bewohner gehabt, die über 60 Jahre waren, jetzt aktuell sind es 35 % der Bewohner, die über 60 Jahre sind. Das macht deutlich, dass zum einen die Tagesstruktur ab dem 65. Lebensjahr wegfällt und das durch das Heim ausgeglichen werden muss, was früher die Werkstatt geleistet hat und zum anderen bei Menschen mit geistiger Behinderung im Alter auch eine erhöhte Pflegebedürftigkeit, wie bei jedem anderen Menschen auch, hinzukommt.

Haus D: Die letzte Überprüfung für den festgelegten Satz für das Haus war vom LWL - wie bei den anderen Heimen auch - vor ca. 10 Jahren. Das Haus ist neu in die Verhandlung getreten. Über Einzelfälle muss auch verhandelt werden. Wir haben z. B. eine Einzelbetreuung. Auch wird Ende d. J. verhandelt über die Seniorinnen, die zunehmend pflegebedürftig werden.

Haus E: „Rückfall ins Mittelalter“ – der LWL kommt, um mit dieser Maßnahme zu sehen, wo weitere Stellen gestrichen werden können. Im Moment müssen 18!! Stellen gestrichen werden – wie der LWL darauf kommt, weiß Niemand. Die letzte Erhebung vom LWL war 1990. Jetzt muss neu verhandelt werden, denn es passt gar nicht mehr. Es sind die großen Einbrüche, weil die Frauen aufgrund des Alters auffälliger und pflegebedürftiger geworden sind.

B) Prävention

Frage 1:

Haus A: Wir haben eine individuelle Hilfeplanung, in der der präventive Gedanke fest eingebaut ist in dem Maße, dass wir gucken, wie Menschen das behalten und weiterentwickeln, was sie haben, was sie weiterentwickeln möchten. Das ist in der Prävention mit drin. Darüber hinaus gibt es Prävention an der Stelle, wo wir in der bewohnerorientierten, medizinischen Dokumentation Standards vorgeben, was regelmäßige Routineuntersuchungen im Vorfeld sind. Weiter arbeiten wir daran aufzuarbeiten, wer z. B. hat welche Gebrechen, welche herausragenden Merkmale, die man im Sinne von Bildung angehen könnte. Konkret: wieviel Diabetiker haben wir, was bedeutet das für die Mitarbeiter an Qualifikation, für die Küche an Qualifikation? Oder wieviele Bewohner sind übergewichtig und was kann man da anbieten, um das offensiv anzugehen? Diese Auswertung von Daten ist noch in Planung, ist

noch nicht Realität. Im Moment wird dieses noch über individuelle Hilfeplanung gemacht. Wir wollen sehen, dass wir hier später Synergieeffekte haben.

Haus B: Prävention ist unser Auftrag der Eingliederungshilfe. Das ist unsere alltägliche Arbeit und noch mehr. Dieser Punkt ist eher Hilfe zur Pflege. Wir machen darüber hinaus noch viel mehr. Ein Altenheim z. B. integriert keine alten Menschen mehr in die Gemeinde oder unterstützt Partnerschaften oder Partnerschaftswohnen.

Ehrenamtliche in Altenheimen kommen meist dorthin und machen dort etwas. Wir wollen, dass die Ehrenamtlichen mit den Bewohnern Freundschaften eingehen, die Bewohner zu Veranstaltungen mitnehmen. Das ist Integration und das macht kein Altenheim. Das ist der Unterschied.

Haus C: Der Begriff spielte in unserem Bereich bisher so gut wie keine Rolle, sondern es geht darum, die Eingliederung der Menschen mit Behinderung zu unterstützen, zu fördern und zu begleiten. Das bedeutet, dass die Behinderung oder deren Auswirkungen aufgehoben, gemildert oder ausgeglichen werden sollen nach dem BSHG § 93. Diese Eingliederungshilfe bedeutet für uns, dass wir versuchen, im Rahmen unserer Möglichkeiten, den Bewohnern ein Leben so normal wie möglich anzubieten, das bedeutet z. B. eine Unterscheidung zwischen Wochentagen, zwischen Gestaltung der Tage, Arbeitszeiten, Freizeiten etc., dass ein normaler Jahresrhythmus ermöglicht wird, Abwechseln zwischen Arbeit und Urlaub und freier Zeit. Männer und Frauen können ganz normal zusammenleben. Wie die Zahlen zeigen, sind wir hier erst am Anfang, dass sie Freundschaften entwickeln können und dass sie unterstützt werden. Das ist unser Ansatz. Der Grundgedanke und das grundlegende Ziel von Haus C ist, den Männern und Frauen, die zu uns kommen und mittel bis schwer geistig behindert sind, eine sichere und gute Wohnung und ein Lebensumfeld anzubieten, das selbst bis ins hohe Alter und bis zum Tode auch sicher und stabil ist. Entsprechend haben wir auch nur eine ganz geringe Fluktuation. Im Durchschnitt der letzten Jahre starben zwei Bewohner pro Jahr und entsprechend langsam verändert sich auch das Verhältnis Männer zu Frauen.

Haus E: Für ältere Menschen haben wir Freizeitangebote für Senioren. Da wird Gedächtnistraining gemacht, regelmäßig wird gesungen, abends gibt es Seniorentreffs, Tanzen, Musik hören; am Wochenende werden Fahrten unternommen (z. B. zur Volksmusik), Filme für Senioren (ein Kino in Münster bot 1 x die Woche ganz alte Filme an); das wurde

sehr gerne angenommen. Wir versuchen lebenserhaltendes Training. Im Alltag werden die Mitarbeiter durch Bezugsbetreuung angehalten, die Fähigkeiten zu erhalten.

Frage 2:

Haus A: Es gibt eine Menge, was man verbessern kann. Durch die Änderung des § 93 von einer Einrichtung, die mehr auf Versorgung ausgerichtet war, entwickeln wir uns hin zu einer Einrichtung, die sich als Dienstleister versteht - das ist schon eine Menge, was da an Strukturen und Prozessen verändert werden muss. Wir sind nicht die schlechteste Einrichtung, aber es gibt eine Menge, was wir noch verbessern können, z. B. mehr Synergieeffekte zu haben, das, was Bewohner ausmacht, zusammen zu fassen und zu fragen, was bedeutet das eigentlich für eine Einrichtung. Ein weiterer Punkt ist sehr, sehr wichtig: In den Köpfen der Kollegen fußfassen zu lassen, dass sie ihre Angebote an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren und dass es nicht darum geht, eine Benachteiligtengruppe zu versorgen. Es geht auch darum, die Hierarchieebenen, die sich Menschen auch im sozialen Bereich aufbauen, zu verändern. Da gibt es tausend von kleinen Punkten, wo man immer wieder deutlich macht, jetzt seid ihr eigentlich wieder auf der Schiene "was kann man hier rationell machen" und nicht "was braucht der Einzelne". Es geht nicht mehr um Rationelles.

Haus B: Es kann immer etwas verbessert werden. Gerade das Managementsystem zeigt, dass wir schon viele gute Sachen haben, aber sehr viele Sachen sind noch nicht so, dass man sagen kann, sie sind kundenorientiert und das muss noch geändert werden. Im Prinzip ist es so, dass ein Bewohner, der im Haus wohnt, einen Anspruch auf Eingliederungshilfe hat. Wir als Wohnstätte haben diesen Anspruch ja nicht. Wir bieten im Wohnbereich einen Wohnplatz an und der Kunde hat einen Vertrag mit uns. Durch den Antrag des Kunden beim LWL ist entschieden worden, dass er aufgrund seiner geistigen Behinderung die entsprechende Unterstützung braucht.

Durch den § 93 wird das noch differenzierter gesehen. Zukünftig wird das so sein, dass für jeden einzelnen Bewohner der Hilfebedarf ermittelt werden muss, das ist dann unsere Dokumentation und auch dieser Hilfebedarf muss von der Wohnstätte gedeckt werden. D. h. wir als Wohnstätte müssen sagen, wir bieten das und das an, und der Bewohner sagt, ich brauche das und das, du hast das, also kaufe ich das bei dir ein. Da der Bewohner sich verändert und alles prozesshaft ist, müssen wir uns entweder mit ändern oder wir können ihm das nicht mehr bieten, was er benötigt.

Das ist die Herangehensweise durch das Managementsystem. Deshalb ist alles prozesshaft. Nach dem BSH § 93 müssen wir eine Konzeption vorlegen. Wir müssen Standards vorlegen. Die Konzepte dürfen nicht in der Schublade liegen bleiben, sondern es muss damit gearbeitet werden, angepasst und verändert werden.

Haus C: Weiter entwickelt werden muss, und damit beschäftigen wir uns, die Betreuung der Männer und künftig auch Frauen, die im Ruhestand leben. Wir haben über einen gewissen Teil des Tages tagesstrukturierende Maßnahmen aufgrund der Nähe der WfB und des Heimes. Es gibt also die Möglichkeit, dass Rentner, wenn sie es möchten, stundenweise die WfB besuchen und dort den Arbeitsmöglichkeiten nachgehen, die ihnen bekannt sind und die sie gerne machen. Wir werden aber in Zukunft den Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen für Rentner weiter verstärken müssen.

Haus E: Es ist nicht ausreichend. Wir haben ja bald mehr Senioren als Jüngere. Was wir planen, ist eine Seniorentagesstätte und das soll in ca. 1 - 1/2 Jahren entstehen. Es wird auf der pädagogischen Ebene ein Konzept entwickelt. In welchen Räumlichkeiten das stattfinden soll, z. B. das Waschhaus zu ebener Erde könnte umgebaut werden, ist noch nicht klar. Inhaltlich wird ganz konkret eine Seniorentagesstätte geplant. Unsere Seniorinnen sollten dort hingehen können, die Leitung ist immer präsent. Es gibt dann die Angebote, die schon vorhanden sind, werden aber erweitert, so dass die Seniorinnen tagsüber nicht in den Gruppen sein müssen, sondern dann dahin gehen können, mal was anderes sehen. Wir hätten auch Anspruch auf mehr Mitarbeiter, weil das ja dann eine anerkannte Einrichtungsstelle ist. Nach Konzepterstellung müssen wir das aber noch dem Kostenträger vorbringen.

Frage 3:

Haus A: Hier muss noch Statistik betrieben werden. Auch zu gucken, wie kommt eigentlich die Nahrung hier an. Wir sind im experimentiellen Bereich: zwei Gruppen kochen am Wochenende mit den Bewohnern, um das hausnäher zu bekommen. Was brauchen wir an Qualifikation, wir sind Pädagogen und keine Musterköche, damit das auch gut wird, was wir machen; nicht dass alle sagen, es war lecker, sondern dass auch keiner rund wird wie eine Kugel oder abmagert.

Haus B: Durch Alter oder Behinderung bedingte entsprechend benötigte Ernährung muss das Heim das natürlich bieten. In der Doku ist die gesamte Gesundheitsvorsorge mit drin.

Haus C: Wir haben das Angebot von verschiedenen Mittagessen, die ausgewählt werden können. Es kommt aus dem nahe gelegenen Krankenhaus und wird von entsprechenden Fachleuten zubereitet. Es ist anzunehmen, dass das Essen nach gesunden ernährungsphysiologischen Hinweisen zubereitet wird. Obst wird zusätzlich angeboten. Auf Flüssigkeitszufuhr wird gerade bei älteren Menschen, die nicht mehr dafür sorgen können, großer Wert gelegt.

Haus D: Eine spezielle Ernährung für ältere Menschen gibt es nicht. Wir kochen selbst hier im Haus. Schwester I. bezeichnet sie als gute Küche. Die Vollwerternährung wird von den älteren Menschen eher abgelehnt. Wir haben einen Küchenausschuss, der von Zeit zu Zeit tagt, der aus Mitarbeitern und Bewohnern besteht. Hier können Wünsche geäußert werden.

Haus E: Es ist sehr schwierig. Wir haben auf gesunde Ernährung geachtet und auch versucht, Vollwertkost einzuführen. Aber unsere geistig behinderten Menschen, vor allem wenn sie älter werden, sind somatisch ziemlich krank. Es ist ein Unterschied zu anderen älteren Menschen. Die Vollwertkost hat sich nicht durchgesetzt. Die Frauen haben es zum Teil nicht vertragen, weil es ein ziemlich hoher Körneranteil ist, so dass wir davon wieder abgegangen sind. Die Frauen mögen es nicht, deshalb essen sie es nicht und einem geistig behinderten Menschen können sie es nicht klar machen, dass es für die Gesundheit gut ist. Es ist hier das Essen einer Großeinrichtung und die Mitarbeiter achten individuell darauf, dass Obst und Säfte angeboten werden und jegliche medizinische Diät wird eingehalten. Es gibt hier auch zwei Diätassistentinnen.

Frage 6:

Haus A: Im Sinne von Training ist es mit eingebaut, nicht als explizite Geschichte. Es wird aber z. B. dafür gesorgt, dass die Woche untergliedert ist, der Tag untergliedert ist, dass eine regelmäßige Struktur da ist, dass die Bewohner soweit es möglich ist, noch in die Alltagsbewältigung mit einbezogen sind. Punkte a) - e) fließen allgemein mit ein und werden an einigen Stellen genutzt und mit einbezogen.

Haus B: Gedächtnistraining findet statt. Biographiearbeit sind wir ausführlich dabei zu entwickeln. Zu diesem Thema wird in diesem Jahr mit der Fachhochschule ein Projekt zusammen gemacht. In verschiedenen Gruppen mit unterschiedlichen Ansätzen und Herangehensweisen wird es schon praktiziert, z. B. in der Seniorengruppe wurde eine

Tagesfahrt organisiert, um zu den Geburtsorten der Bewohner zu fahren. In der Trainingswohngruppe mit den jüngeren Bewohnern wurde z. B. ein Familientreffen organisiert bei denen, die von weiter weg herkamen. Anlässlich des Todes von Familienangehörigen wurde die Idee entwickelt, Stammbäume anzulegen. Zusammen mit der Fachhochschule möchten wir es konzeptionell erarbeiten, eine Projektgruppe mit der Aufgabenstellung zu bilden, eine Biographie mit einem jungen Bewohner zu machen, bei dem die Familie mit einbezogen wird, was eine ganz andere Herausforderung ist zu nutzen, was noch da ist. Mit einem alten Bewohner soll eine Biographie erstellt werden, der alleine ist, wo es um Erinnerung geht, Sachen die noch vorhanden sind, anhand von Fotos z. B. Es wird ein Konzept erarbeitet und es ist zu gucken, wo sind da die Unterschiede, wann muss ich mit Biographiearbeit anfangen. Ich muss erst nicht damit anfangen, wenn ich alt bin. Lebenslauf, Zahlentraining, Tagesablauf gehört alles mit zu ihrer Arbeit.

Haus C: Es fängt an mit alltäglichen Sachen in der Gruppe, dass z. B. große Kalender aufgehängt werden, dass der Bewohner sich orientieren kann. Wenn er auch vielleicht nicht lesen kann, so erkennt er doch den Unterschied zwischen Werktag und Alltag an den Farben auf dem Kalender. In den Tagesstrukturierenden Maßnahmen wird täglich mit dem Lesen der Tageszeitung begonnen. Es sind an einigen Stellen Lebensberichte geschrieben worden, noch nicht an allen, ist aber in Arbeit. Zahlentraining: Im Mittelpunkt steht hier der Umgang mit Geld. Bewohner werden unterstützt z. B. beim eigenen Kiosk beim Abzählen des Geldes. Eine Mitarbeiterin wird geschult für das Training mit dem Bewohnern bei der Umstellung auf den Euro.

Haus D: Gedächtnistraining findet statt in regelmäßigen Freizeitangeboten, ebenso Biographiearbeit u. ä. Weiter findet gelegentlich statt: Auffrischen der damals erworbenen Kulturtechniken in speziellen "Schul- und Unterrichtsangeboten" von der Einrichtung aus.

Haus E: a) – e) wird alles gemacht. Wir haben in Haus E eigene Lieder, da können die Senioren wunderbar mitsingen. Da ist auch die Geschichte des Ortes drin, ein Methodenkatalog, wie man eine Biographiearbeit schreibt. Hier haben zum Teil die Heilpädagogen mitgearbeitet. Mit dem Gesang wird die Arbeit eröffnet und es macht den Seniorinnen sehr großen Spaß.

Dieses wird nicht in den Gruppen gemacht (die Mitarbeiter sind meist zu jung), sondern im Seniorenbereich sind ältere Mitarbeiter, die die Lieder kennen (das Haus ist 100 Jahre alt) und haben sie auch aufgenommen, dass sie nicht verloren gehen.

Montags bis donnerstags werden v. g. Angebote offeriert und am Wochenende gibt es größere Angebote, z. B. Fahrten zur Volksmusik.

C) Rehabilitation

Frage 1:

Haus A: Da muss bei jedem Bewohner geguckt werden, was zu tun ist, damit es nicht aus den Augen verloren wird. Dieses war natürlich schon so vor Einführung des neuen Dokumentationssystems. Es ist jetzt systematisiert und zusammengefasst worden. Früher standen nur drei Sachen nebeneinander: Berichtswesen, Dokumentation und die normale medizinische Dokumentation. Jetzt ist es zusammengefasst: eins baut auf das andere auf. Ich muss nicht mehr gesondert aufführen, was ich in der individuellen Hilfeplanung gemacht habe und auf dem anderen Bogen eine Tagesdokumentation aufführen. Jetzt ist beides auf einem Blatt. Das ist eine Vereinfachung. Berichtswesen, individuelle Hilfeplanung und medizinische Dokumentation mit Stammblätttern, wie man sie aus den Pflegeheimen kennt, sind jetzt zusammengebaut, so dass zeitlich ein Synergieeffekt besteht. Der Bewohner bleibt jederzeit dabei, wenn notiert wird.

Haus B: Angaben haben sich erledigt durch die Ausführungen in Prävention.

Haus C: Herr S. meint, dass seine Ausführungen zu Prävention übertragbar sind auf Rehabilitation.

Haus D: Aufrechterhaltung der erzielten Fähigkeiten.

Ein Beispiel: Es wird Schulunterricht in den Kulturtechniken und anderen Interessengebieten angeboten. Der Gedanke der Rehabilitation steht auch dahinter, um die Einzelnen zu fördern oder sie zumindest auf dem bestehenden Niveau zu halten.

Haus E: Rehabilitation haben wir in dem Sinne nicht. Wir wissen nicht, wie wir das mit geistig behinderten Menschen machen sollten. Wir müssten einen Mitarbeiter abstellen, der in die Rehaklinik fährt. Obwohl dieses ansteht, denn wir haben z. B. sehr viele Frauen, die Krebs

haben. Da ist Rehabilitation immer nötig, aber es wird nicht umgesetzt, da zum Teil die Frauen in den Krankenhäusern ganz unruhig sind und sich hier im Stift ganz wohl fühlen und froh sind, wenn sie wieder hier sind. Und deshalb wird das von vornherein gar nicht erst beantragt. Im Normalfall würde eine Rehamaßnahme eigentlich greifen. Wir haben Not, die Frauen in den Krankenhäusern zu halten. Unsere Mitarbeiter fahren schon jeden Tag hin, um sie dort zu betreuen und zu begleiten.

Frage 4:

Haus B: Grundsätzlich haben wir immer den ganzheitlichen Ansatz. Auf Reha bezogen, kann das nicht beantwortet werden, weil das bei jedem individuell ist, da alles extern gemacht wird und der Bewohner sich das aussucht. Geht es z. B. bei der Reha um die geistige Behinderung, sprich therapeutische Maßnahme oder geht es aufgrund einer zusätzlichen Erkrankung, die jeder andere auch bekommt und jetzt braucht der Bewohner eine Reha. Von daher ist es schwierig zu beantworten. Es ist wie bei uns auch. Wenn jemand psychisch krank wird, braucht er Hilfe. Dann wird versucht, diese individuell zu bekommen. Einem Bewohner z. B. wurde das Bein amputiert. Es wird in der ambulanten Rehasation in der Stadt versucht, wie für jeden Normalverbraucher auch, hier für den Bewohner das medizinisch Mögliche anzubieten.

Die Problematik stellt sich nicht von unserer Seite, sondern eher von der Seite, dass die Möglichkeiten für Behinderte beschränkt sind, weil die meisten sich mit Behinderten nicht auskennen. Es gibt in der ganzen Bundesrepublik nur ganz wenige Rehakliniken, die sich mit geistig Behinderten auskennen. Es gibt kaum Krankenhäuser, die sich auf geistig Behinderte einstellen können. Wenn es in der Westfälischen Klinik um Suchtprobleme geht, gibt es keinen Arzt, der sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat. Von daher ist es sehr schwierig, die Reha-Frage zu beantworten. Es liegt nicht daran, dass wir das nicht möchten. Es ist ein sozialpolitisches Problem. Gerade Rehamaßnahmen, Gesundheitsbereich ist für den Behindertenbereich ein sozialpolitisches Problem.

Haus C: Wir legen Wert darauf, dass auf der Grundlage der Lebensbiographie und der Wohngruppe, d. h. der sozialen Umgebung, die Förderung läuft. Ein Großteil der Förderangebote und begleitenden Angebote finden im Kontext einer Gruppe statt, die wechseln kann, wenn es außerhalb der Gruppe ist oder in der Wohngruppe selbst. Das ist dann eine relativ stabile Gruppe. Nur in Ausnahmefällen wird der Einzelne aus der Gruppe herausgeholt. Es gilt uns eher darum, dass wir die Begleitung und Förderung auch als soziales

Geschehen betrachten, um die Einheit von Körper, Geist, Seele und sozialem Umfeld auch mit betrachten zu können. Es gibt natürlich Einzelsituationen, wo Jemand im Bett liegt, da wird er besucht und auch für den Einzelnen etwas getan.

Frage 5:

Haus C: Ehepartner haben wir überhaupt nicht, keiner der Bewohner ist verheiratet. Im engen Bereich wird in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen eigentlich wenig mit Bekannten, Freunden oder Verwandten gearbeitet. Es geht mehr darum, dass über Bekannte und Freunde ein anderer Aspekt in den Mittelpunkt gestellt wird, nämlich dass der Bewohner, selbst der Schwerstbehinderte erfährt, wenn Jemand ihn besucht, dass da Jemand ist, der ausschließlich nur für ihn da ist. Und deshalb legt Haus C so großen Wert auf diese Kontakte. Denn Mitarbeiter in den Wohngruppen sind immer für die Gruppe und eine Anzahl von Bewohnern da. Dieser individuelle Besuch, der nur den einzelnen Bewohner trifft, wo der Besuch sich um Niemand anderen kümmert, der wird von den Bewohnern, selbst von Schwerstbehinderten, deutlich auch gesehen und entsprechend positiv bewertet. Man muss es aber fördern, sonst wird der Kontakt zwischen Bewohner und Angehörigen u. a. auch weniger. Die Mitarbeiter der Gruppen sind auch gefordert aktiv zu sein und an Geburtstage, Familiengedenktage usw. zu denken und dann auch entsprechend dazu zu agieren.

D) Integration

Frage 1:

Haus A: a) Krankenhäuser. Wir arbeiten mit mehreren zusammen mit Schwerpunkt mit einem Krankenhaus in der Nähe. Sind aber nicht sehr zufrieden mit diesem Krankenhaus. Es gab eine Phase, da waren Ärzte in der Notfallaufnahme, die ein mieses Menschenbild über Geistigbehinderte hatten. Ein Beispiel: "Wie, der ist hingefallen? Bei dem brauchen wir uns keine Mühe geben, der ist ja so schwer behindert, der wird ja nicht mehr heiraten wollen". In den letzten zwei Jahren geht es.

b) Die psychiatrischen Einrichtungen gehen ganz vorne mit schlechtem Beispiel voran, z. B. wenn Jemand seit über 30 Jahren in der Psychiatrie gelebt hat und der soll z. B. wegen der Enthospitalisierung umziehen und will das nicht, weil er sich dort wohl fühlt, der muss einfach raus, z. B. in ein Haus nahe der Klinik. Meinung der Heimleitung: Sie würde sich dann doch lieber bemühen, dass der Betroffene einen Platz im Wohnverbund auf dem

Klinikgelände bekommt, als ihn gegen seinen Willen wegzuschicken. Es hätte doch nichts mit seiner Art der Behinderung zu tun sondern mit der Berechtigung dort zu leben, wo er sich zu Hause fühlt.

Haus B: Mit Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen oder ambulanten Diensten gibt es für den Behindertenbereich ein großes Problem.

Sozialpolitisch muss hier sehr viel getan werden, weil das Fachwissen nicht vorhanden ist.

Haus C: a) Die Bewohner sind natürlich ganz normale Patienten in den umliegenden Krankenhäusern.

b) Mit psychiatrischen Einrichtungen in der Nähe haben wir nicht so ganz gute Erfahrungen gemacht. Da greifen wir lieber auf noch speziellere Krankenhäuser zurück, die auch Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung haben. Der Mensch mit geistiger Behinderung, der psychisch belastet ist und stationär behandelt werden muss, geht in normalen psychiatrischen Einrichtungen, Fachkrankenhäuser unter. Eine Möglichkeit der stationären Behandlung sehen wir in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und dem A.-Krankenhaus in M. Mit beiden wird gut zusammengearbeitet. Im A.-Krankenhaus ist direkt ein Heim dabei. Wir kommen damit gut klar und reden eine gemeinsame Sprache.

Ansonsten arbeiten wir im Bereich der pflegerischen Infrastruktur kaum mit umliegenden Einrichtungen zusammen, weil wir hier auch selbst gut versorgt sind.

Haus D a) – b): Probleme gibt es in einzelnen, ganz schwierigen Fällen. Z. B. die Frau, die einzeln betreut werden muss, war vorher in der Kleinstadt im Krankenhaus für neurologisch-psychiatrische Fälle. Das Krankenhaus war mit dieser Patientin überfordert; sie konnten sie nicht halten. Im Westfälischen Landeskrankenhaus gibt es jetzt seit einigen Jahren für geistig behinderte Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Abteilung. Hiermit machen wir eine gute Erfahrung, denn die haben sich darauf spezialisiert.

Bei normalen Erkrankungen, bei denen ein Krankenhausaufenthalt nötig wird, gibt es keine Probleme. Allerdings wird beobachtet, dass bei Kranken, die auf besondere Hilfestellungen angewiesen sind (können z. B. nicht selbst essen), vom Krankenhauspersonal kaum Zeit für diese Patienten ist. Das wird aber für alle anderen Patienten auch zutreffen, die von „draußen“ kommen - es liegt einfach an der Personalbesetzung im Krankenhaus allgemein - sie sind überfordert. Ansonsten ist die Kooperation gut.

c) Externe Sozialarbeiter haben wir nicht, Sozialpädagogen sind im Haus.

d) Ambulante Dienste dürfen wir nicht mehr einkaufen - es wird nichts mehr verordnet.

Haus E: a) Wir sind mit der Gemeinde vernetzt; unser hauseigener Bus fährt auch dort hin. Wir arbeiten mit einem Hospital in M. sehr eng zusammen. Weiter mit dem Krankenhaus in der Nähe im Notfall.

b) Die psychiatrische Einrichtung ist unsere eigene in einer nahe gelegenen Stadt.

c) Sozialarbeiter sind dort.

d) Ambulante Dienste nehmen wir nicht in Anspruch.

e) Zum größten Teil machen wir das mit unserer Verwaltung selber – deshalb trifft das bei uns nicht so zu.

Frage 2:

Haus A: In der Gemeinde läuft das alles bestens mit Laien. Nachbarschaftshilfe eher nicht, weil wir in dem Sinne keine richtigen Nachbarn haben. Nachbarschaftshilfe gibt es aber aus den umliegenden Häusern wohl, wenn dem einen oder anderen etwas seltsam vorkommt, dann rufen sie im Haus an. Die Nachbarn achten schon darauf, dass hier keiner "unter die Räder kommt". Ehrenamtliche Helfer haben wir eine ganze Reihe, z. B. im Bereich Förderverein, Leute aus der Gemeinde, die als gesetzliche Betreuer da sind, Menschen aus Sportvereinen, die sich immer wieder auch kümmern und Angebote machen. Insgesamt sind wir gut eingebunden auch was die Kirchengemeinde angeht. Wir werden an den Gemeindefesten beteiligt und sie kommen auch zu uns. Die Leute vom Förderverein sind fast alles Verwandte, die sich sehr engagieren. Es sind im Moment aber fast nur die Älteren, es dezimiert sich gerade. Es wird in Kürze einen Generationswechsel geben.

Haus B: Allein in Haus B sind 15 Ehrenamtliche eingebunden. Wir möchten gerne die ehrenamtliche Arbeit angehen, dass diese nicht hier im Haus stattfindet. Es soll vorwiegend Integration in der Gemeinde stattfinden, z. B. integriert werden in Seniorengruppen im Stadtteil. Teilweise sind schon Ansätze vorhanden. Wir möchten aber nicht noch mehr Freizeitgruppen bilden, wo nur Behinderte drin sind, sondern vorhandene Gruppen nutzen. Wir wollen unsere Bewohner, die Gemeindeglieder sind, in diese Gruppen integrieren. Mit der kirchlichen Ortsgemeinde z. B. wurde ein "Brückenkreis" gebildet, um dieses anzugehen.

Angehörigenarbeit ist sehr wichtig. Gerade im Seniorenbereich ist es wichtig, zwei Seiten zu sehen. Die Betreuer sehen meist nur einseitig negativ, dass die Angehörigen sich nicht blicken lassen. Hier bei den Senioren sind viel psychisch Behinderte oder aber, die geistig behindert sind und sehr lange in der Psychiatrie gelebt haben. Bei der Biographie dieser Bewohner

spielt Gewalt ein sehr große Rolle, verletzte Gefühle innerhalb der Familie. Als Geschwister u. ä. mussten sie sehr viel mitmachen, weil ein Familienmitglied psychisch behindert war. Von daher muss man differenzieren zwischen Angehörigenarbeit mit jüngeren geistig Behinderten und dem v. g. Bewohnerkreis. Durch langsames Herantasten wurden allerdings bei einigen Senioren wieder Angehörigenkontakte ermöglicht. Beispiel: Ein heute 70jähriger Mann, der seit 40, 50 Jahren in der Psychiatrie gelebt hat und mit 20 Jahren früher die Mutter vertrimmt und das Mobiliar zusammengeschlagen und viel getrunken hat. Es ist zu bezweifeln, ob man von der Familie erwarten kann, dass der Kontakt wieder hergestellt wird, nur weil er jetzt in unserem Haus lebt. Um kein schiefes Bild zu bekommen, muss man wirklich beide Seiten sehen.

Haus C: In der Pflege keine Kooperation, aber in der Betreuung machen Ehrenamtliche, Verwandte und Bekannte mit. In der pflegerischen Hinsicht besteht keine Zusammenarbeit, aber in der Betreuung haben wir sehr wohl ehrenamtliche Helfer, Verwandte, Bekannte. (Besonders hervorzuheben ist hier die Kolpingfamilie, die sich seit über 30 Jahren hier um die Integration bemüht).

Haus D: Unmittelbare Nachbarn beim Haus gibt es nicht. Es gibt viele ehrenamtliche Betreuer aus dem Umkreis. Es werden sog. Patenschaften übernommen. Einige Bewohner z. B. verbringen das Wochenende bei ihren Patenfamilien oder machen gemeinsame Ausflüge, Stadtbummel. Meistens findet das ca. 1x / Monat statt. In ganz einzelnen Fällen fahren auch Ehrenamtliche mit in die Ferienfreizeit - aber eher selten.

Die Senioren haben fast keine Verwandten mehr bzw. sind diese selbst alt. Im übrigen greift hier die Vorgeschichte der Seniorinnen. Sie kamen meist aus asozialen Familien, hatten größtenteils außereheliche Kinder und wurden aufgrund von Erziehungshilfe in das Haus eingewiesen, so dass schon in jungen Jahren von Familienleben, Verwandtenkontakt keine Rede sein konnte. Bei den Jüngeren sieht es anders aus, es ist ein völlig anderer Personenkreis. Da ist der Kontakt normal und wird auch gepflegt.

Haus E: Es gibt keine unmittelbaren Nachbarn. Die Zusammenarbeit mit Laien sieht ganz schlecht aus. Frau B. war mal in der Gesamtschule des Ortes, um die Schüler im letzten Schuljahr anzusprechen. Sie hat Projektstage mit den Schülern gemacht, sie hat Schüler eingeladen am Samstag/Sonntag mal für zwei Stunden die alten Damen mit den Rollstühlen rauszufahren. Eine katholische Frauengemeinschaft aus einem anderen Ort in der Nähe ist auf

uns zugekommen. Das sind die Einzigen, die kontinuierlich da sind, aber auch nicht für unseren Schwerstmehrfachbereich. Sie wollen nicht die alten klapprigen Damen, sondern wollen die, mit denen sie sich auch unterhalten können. Schwerbehinderte wollten sie nicht. Des ehrenamtlichen Helfersystems werden wir uns noch annehmen. Wir haben allerdings so viele Projekte laufen, dass es im Moment zu viel wird, z. B. betreutes Wohnen, wollen einen familienentlastenden Dienst einrichten. Das mit den Ehrenamtlichen sieht Frau B. als schwierig an. Wir wollen zum August einen Barfußwanderweg um das ganze Haus herum errichten. Bei der Einweihung wird die Öffentlichkeit informiert werden. Hiermit versuchen wir, wieder Integration zu machen. Eine Benefiz-Veranstaltung (Musikcorp) vom Haus wird für die Gemeinde ausgerichtet. Es wird also Einiges versucht, es ist aber von der Bevölkerung Angst und Befremdung da; nicht nur von jungen Leuten, sondern von auch Älteren. Wenn, dann müssen es schon leichtere Behinderte sein, aber keine Rollstuhlfahrerinnen. Und gerade die kommen nicht raus, bei zwei Mitarbeitern in der Gruppe, kommt niemand der Rollstuhlfahrer nach draußen. Es ist hier sehr schwer, bei der Bevölkerung Interesse zu wecken. Zwei Leute sind eine Patenschaft eingegangen – das ist aber auch alles. Die Menschen sind nicht mehr so sozial eingestellt, schon gar nicht bei Behinderten. Besuche von Verwandten/Bekanntem sind im Schnitt von der Häufigkeit auch nicht gerade überwältigend.

E) Normalisierung

Frage 1:

Haus A: Normalisierung ist eines unserer obersten Ziele.

Normaler Tagesrhythmus - ja

Trennung von Arbeit und Wohnen - ja, bis auf die Hauswirtschaft. Aber die haben auch ihren Arbeitsplatz hier bewusst gewählt.

Normaler Jahresrhythmus - ja

Normaler Lebenslauf: unter Umständen. Was Behinderung angeht, da gibt es ja schon Sachen, die nicht alles ermöglichen.

Respektierung von Bedürfnissen: Das wird gerade mit allen Beteiligten geübt. Im Prinzip ja - da geht es gerade sehr stark in einen Paradigmenwechsel rein - von den Bewohnern, aber auch von den Mitarbeitern. Wenn z. B. ein Bewohner den Mitarbeiter fragt, was er denn jetzt

machen soll, da muss der Mitarbeiter durchhalten und den Bewohner selbst drauf kommen lassen.

Leben in bisexueller Welt: findet statt. Paarwohnen in der Einrichtung. Die Begleitung ist hier manchmal schwierig, aber das gibt es im "wirklichen" Leben manchmal auch.

Normaler wirtschaftlicher Standard: Da arbeiten die Leute noch dran. Der ist noch nicht erreicht.

Standard von Einrichtungen: Da sind wir im Rahmen eines Qualitätsmanagements mit drin, identisch mit Haus B. Wir kehren das Unterste zuoberst und gucken, was wir verändern müssen.

Wenn die Heimleitung sich mit vielen anderen Einrichtungen vergleicht (sie ist gerade in einer Managementfortbildung) würde sie sagen, ihre Bewohner leben schon sehr, sehr normal, und zwar unter den Kriterien "Einrichtungsvergleich" - nicht unter den Kriterien "Wie lebt der Otto-Normalverbraucher".

Haus B: Normalisierung ist unser Auftrag, um mit der Behinderung so normal wie möglich leben zu können. Normaler Tagesrhythmus, Trennung Arbeit und Wohnen ist nicht bei jedem getrennt. Die Jüngeren fahren größtenteils in die WfB, bei den Älteren ist Gelegenheit, auf dem Hof etwas freiwillig zu arbeiten. Normaler Jahresrhythmus: es werden alle Sachen aufgezählt, die unseren Alltag ausmachen. Leben in einer bisexuellen Welt - aufgrund der Geschichte sind noch nicht so viele Frauen hier.

Haus C: Normaler Tagesrhythmus: ja. Es gibt keine festgelegten Schlafenszeiten. Wenn Jemand den Film zu Ende gucken möchte, kann er das. Die Mitarbeiter müssen dann "drumherumstricken", z. B. wenn vom Tagesdienst geholfen werden muss, bekommt der Bewohner schon früher am Abend seinen Bademantel an.

Trennung von Arbeit und Wohnen: Vom Prinzip der Normalität her wäre es normal, wenn die WfB im Industriegebiet des Ortes liegen würde. So ist es aber angemessen für die Bewohner, die wir haben. Den Normalitätsanspruch muss man immer mit einer gewissen Sorgfalt betrachten, was er für den einzelnen Bewohner bedeutet. Das ist der Spagat zwischen Normalität auf der einen Seite und dem, was den Bewohnern gut tut auf der anderen Seite. Aber so wiederum können auch die Rentner noch freiwillig die WfB aufsuchen.

Normaler Jahresrhythmus: wird auch beachtet. Betriebsurlaub im Sommer, entsprechende Feiern im Jahresrhythmus, kirchliche Feste bewusst erleben.

Normaler Lebenslauf: Rentnerleben - es ist die Frage, ob dieses überhaupt so erstrebenswert ist. Die meisten Bewohner nämlich genießen es, dass sie z. B. zwei Stunden länger schlafen können als früher, dann aber freiwillig noch für einige Stunden in die WfB gehen können.

Respektierung von Bedürfnissen: selbstverständlich, siehe auch wie vor: Rentner-WfB.

Leben in einer bisexuellen Welt: wird im Haus C dran gearbeitet.⁶²

Normaler wirtschaftlicher Standard: Dafür ist das Haus nicht zuständig. Der einzelne bekommt das, was nach dem Heimvertrag und nach dem Pflegesatz möglich ist. Sie erhalten Taschengeld und das WfB-Geld, das sie erarbeitet haben. Das ist mit Sicherheit kein normaler wirtschaftlicher Standard. Aber Herr S. hat den Eindruck, dass sie damit klar kommen.

Haus D: Arbeit - Wohnen: Die Bewohner müssen ein Stück zur Werkstatt laufen. Seit Jahren gibt es ein Abkommen, dass, wer will, auch über 65 Jahre noch stundenweise arbeiten kann. Es wird von vielen genutzt.

Leben in bisexueller Welt: Aufgrund der Geschichte des Hauses sind die Frauen in der Überzahl. Das Haus ist für Männer geöffnet und es muss sich entwickeln.

Normaler Lebenslauf, wirtschaftlicher Standard: Die Wohngruppen sind gestaltet mit Esszimmer, Wohnzimmer, Küche ... möglichst normal. Ein Wohnen im Heim ist natürlich nicht normal. Wir tun alles, um es annähernd normal zu gestalten.

Haus E: Normaler Tagesrhythmus – ja

Trennung von Arbeit und Wohnen – ja

Normaler Lebenslauf – ja. Es wird der Behinderung entsprechend versucht, den Behinderten ein möglichst normales Leben zu gewährleisten.

Jahresrhythmus: Sommerfeste, Kirmes, Weihnachts- und Osterfest, am 23. Dezember müssen alle Mitarbeiter da sein. Es gibt dann Bescherung, Festessen, die Leitung geht durch alle Gruppen. Es wird sehr auf den Jahresrhythmus geachtet. Es existiert wenig Paarbildung. Es wird sich um Normalität in den Wohnverhältnissen bemüht (Einzel- und Doppelzimmer); darauf achtet auch die Heimaufsicht.

Respektierung von Bedürfnissen: mehr oder weniger, das ist individuell. Das sieht man bei einigen Mitarbeitern mehr, bei einigen weniger. Aber wir achten darauf; es geht um das Menschenbild.

62 Im Kloster auf dem Heimgelände leben z. B. schon seit langer Zeit 7 Mönche und 9 Nonnen in unterschiedlichen Klausuren.

Bisexuelle Welt: Ist im Innenbereich ausgeklammert, wir haben keine Paare. Wir haben mit dem A.-Haus Kontakte – das ist die männliche Gegeneinrichtung. Wir gehen zusammen Kegeln und es gibt untereinander Freundschaften. Es wird angedacht, unser Haus auch im Innenbereich für Männer zu öffnen. Es ist daran gedacht, schwerst mehrfachbehinderte Männer aufzunehmen, weil von der Kinderheilstätte Nordkirchen viele Anfragen sind. Es sind viele Anfragen von jugendlichen Männern. In den Wohnstätten im Außenbereich gibt es schon Männer.

Normaler wirtschaftlicher Standard/Standard von Einrichtungen: die Heimaufsicht guckt, dass wir normale Standards haben. Wir streben an, nur noch Einzel- und Doppelzimmer zu haben. Es ist schon viel renoviert worden und noch Einiges in Planung.

Frage 2:

Haus A: „Pflegekraft“ möchte die Heimleitung gestrichen haben und ersetzen durch „Betreuer“. Sie möchten keine Pflegekräfte haben, sondern Pflege als Andexleistung betrachten, hier gibt es Betreuer, Begleiter oder Assistenten. Da muss man schon gucken, wie ist mein Selbstverständnis sowohl bei den Bewohnern als auch bei den Mitarbeitern. Es ist schon wichtig, immer wieder zu thematisieren und zu hinterfragen, sonst kommt man nicht weiter. Steigerung von Kompetenzen ist ein ganz wichtiges Ziel im Sinne von individueller Hilfeplanung, aber auch übergreifend zu sehen, welche Bildungsmaßnahmen werden nachgefragt, gefordert, müssen angeboten werden, z. B. behinderte Menschen möchten einen Computerkurs besuchen, Seminar in Hauswirtschaft o. ä.

Sehen, was die Bedürfnislage ist und dafür zu sorgen, dass das hier auch angeboten wird und zwar nicht selbst vom Haus sondern in der Volkshochschule, Familienbildungsstätten u. a.

Architektonische Struktur: Wir arbeiten an Ermöglichung der Einzelzimmer für alle, d. h. hier werden auf Dauer auch diese 24 Doppelzimmer aufgelöst. Wir nehmen an, dass langfristig viele Bewohner woanders leben, also nicht mehr hier im Haus, sondern ganz normal in den Wohngebieten. Wir würden sagen, wir würden überhaupt nicht mehr solche großen Häuser bauen, sondern nur Häuser, die max. so groß sind wie unseres jetzt, besser noch nur halb so groß. Am besten wären 12er Häuser, es ist die oberste Grenze, die sie haben wollen. Auch da sollen sie in den verschiedensten Wohnformen leben, 2er, 3er-Gruppen - also eher Wohnungscharakter

Affektive Förderung ist kein Spezialgebiet sondern Teil der individuellen Hilfeplanung. Wir gehen jetzt da noch einmal von der anderen Seite ran, an der Stelle, wo es um Spezialisten für

herausfordernde Verhaltensweisen geht. Wo da auch geguckt wird in der kollegialen Beratung, was kann man da diagnostisch machen, wofür steht so ein Verhalten.

Individualisierung ist wichtig und wir tun es auch. Persönlicher Besitz ist sehr wichtig und wir tun es auch.

Nutzung von Medien, wo immer es möglich ist; auch im Bereich von schwer Mehrfachbehinderten, um Sachen zu erschließen. Lernmodelle: wird gerade thematisiert. Inwieweit ist der Mitarbeiter nicht nur einfach Mitarbeiter, sondern wirklich auch Modell.

Haus B: Veränderung der Wahrnehmung und Einstellung der wahrnehmenden Person – sehr wichtig.

Das Verhältnis der Pflegekraft zum Behinderten und des Behinderten zur Pflegekraft ist Ziel der Förderung und Hilfeplanung.

Architektonische Strukturen, die kompetenzfördernd wirken (Gestaltung der Wohnumgebung) – sehr wichtig. Ist ein Prozess, der mehr Zeit in Anspruch nimmt. Bezogen auf ein einzelnes Zimmer ist das kein Thema. Umwelt, ganze Wohnstätte – durch das Managementsystem ist dies weiter in der Planung. Auch speziell in der Seniorengruppe mit 17 Bewohnern Sachen zu verändern, wobei die Kosten natürlich berücksichtigt werden müssen.

Intensive und affektive Förderung – sehr wichtig.

Hohe Individualisierung der Aktivitäten und Programme: Im Rahmen des individuellen Hilfeplanes.

Förderung persönlichen Besitzes: Gehört zu jedem dazu, dass er persönlichen Besitz hat. Es ist wichtig, dass jeder das haben kann, sofern er es sich leisten kann. Ist eine Grundvoraussetzung, die aber zu jedem normalen Leben gehört. Da gibt es mit den Bewohnern auch sehr starke Auseinandersetzungspunkte. Wünsche hat jeder, bei Geistigbehinderten ist es oft schwierig, ihnen verständlich zu machen, dass man sich nicht alles leisten kann.

Nutzung von Medien und Materialien, die anregungsreich und kompetenzfördernd sind – sehr wichtig, z. B. kam Jemand von der Sparkasse und hat zur Euroeinführung für die Bewohner etwas gemacht. Im Zuge des Managements läuft ein Projekt, und zwar Projektbildung für Bewohner. Wenn z. B. ein Bewohner wieder allein wohnen möchte, kann alle Förderung nur durch Bildung laufen, alles kann nur über Erwachsenenbildung laufen. Das ist bei geistig behinderten Menschen nicht anders als bei anderen Menschen.

Gruppierung in einer Weise, dass kompetentere Personen (Pflegepersonal, pädagogische Betreuer, Therapeuten, Freunde, Verwandte...) als Lernmodelle zur Verfügung stehen – sehr wichtig.

Haus E: Akzeptanz: das geht auch in Richtung Fortbildung. Wir bieten genug an, damit die Mitarbeiter ein höheres Verständnis für die Behinderung bekommen. Mitarbeiter bekommen auch hausinterne Senioren-Fortbildung, d. h. die Altentherapeutin hat Sitztänze vorgeführt, basale Stimulation, basale Kommunikation.

Architektonisch sind wir dabei, etwas zu ändern, es wird umgebaut, Aufzüge erstellt, damit Rollstuhlfahrer mobiler werden.

Intensive und affektive Förderung passiert auf den Gruppen.

Alle Punkte fallen unter das Qualitätsmanagement. Da geht es nach den persönlichen Kriterien: es gibt seit diesem Jahr einen neuen Betreuungsbogen, nach dem genau geguckt wird. Da fällt dann auch auf, was der Einzelne braucht, wie hoch ist seine Mobilität, Instabilität, was braucht er dafür, wie ist seine Freizeit, wie sind seine Kontakte zu Angehörigen.⁶³

Ist schwer zu beantworten, weil die Rentner sehr wenig Geld haben. Das Taschengeld bzw. das in der Werkstatt verdiente Geld ist nur 150 DM. Große Besitztümer können nicht erreicht werden, vielleicht mal ein Radio, ein Sessel o. ä.

Frage 4:

Haus A: Die Senioren müssen nicht mit den Anderen aufstehen. Es gibt aber viele, die stehen morgens um 7 Uhr auf. In der Tendenz ist es eher so, dass die meisten um 8.00 - 8.30 Uhr aufstehen und um 9 Uhr gemeinsam frühstücken. Die letzten frühstücken um 10 Uhr. Z. B. eine Vierer-Damenriege bemächtigt sich dann der Tageszeitung. Nach dem Frühstück kann es unterschiedliche Aktivitäten geben, angefangen vom Einkaufen, Essen machen, bis hin zu Tagesausflügen. Von der Klarheit der Struktur ist es so, dass die Bewohner 1x Woche gemeinsam kochen, es kann aber auch 2 - 3x sein. Es wird darauf geachtet, dass sie täglich vor die Tür gehen. Ansonsten wird gemeinsam geplant, wie der Tagesablauf gestaltet werden

⁶³ Ab diesem Jahr muss von jeder Bewohnerin eine Betreuungsmaßnahme erstellt werden. Die Betreuungsmaßnahmen werden im Team gemacht. Die Bezugsbetreuerin betreut zwei Bewohnerinnen und hat zu sehen, dass alles vollständig ist. Darüber hinaus gibt es noch Jahresberichte, die aber schon immer existierten. Für den Medizinischen Dienst, die PV, müssen detailliert sämtliche Pflegehandlungen notiert werden, z. B. Toilettengänge o. ä. Die Berichte für den LWL werden allgemein gehalten.. – Es ist viel Arbeit.

kann. Gartenarbeiten und Putzen gibt es nicht. Im Moment hat nicht jede Wohnstätte (von den insgesamt vier) dieselbe Tagesstruktur. Das hat sich logisch entwickelt und wir sind dabei zu überlegen, ob es Gründe dafür gibt, das eigentlich einheitlich zu tun. Wir haben erst mal beschrieben, wie unterschiedlich es in den Häusern ist und werden dann noch mal unter der Fragestellung: Ist das alles, was da stattfindet, bewohnerbezogen oder ist es eher einrichtungsbezogen, also nach dem Motto: Haben wir das so gemacht, weil es am besten passte oder haben wir das gemacht, weil es bestimmte Bewohner gab, die bestimmte Entwicklungen einfach notwendig gemacht haben? Im Moment gibt es sowohl als auch. Das müssen wir nochmals überprüfen und sagen: Ziel ist die 100%ige Bewohnerorientierung. Hier müssen die Bewohner nochmals befragt werden, wie das in der Tagesstruktur laufen soll. Soll das in der eigenen Gruppe laufen oder hausübergreifend sein oder ein Gemisch aus übergreifend und Gruppe? Tagesstrukturen sind nicht nur für Senioren gedacht, sondern auch für Urlauber, Kranke. Wie können wir ihren Interessen am nächsten kommen? Dieses muss noch neu entwickelt, abgefragt werden. Dieses muss noch neu aufgerollt werden.

Haus B: In Haus B ist es noch ein bisschen anders als in den anderen drei Wohnstätten. In den anderen Wohnstätten war es von Anfang an normal, dass auch die Älteren den Küchendienst machen und dass sie zwischendurch mit allen kochen, dass sie im Garten mithelfen. Für unsere Senioren ist es eine Umstrukturierung. Anfangs war es noch schwieriger als jetzt. Die Biographie des Hauses spielt hierbei eine große Rolle. Die 30 behinderten Männer, die hier gelebt haben, sind 30/40 Jahre fremdbestimmt worden. Eine Klinik hat einen ganz anderen Tagesablauf, Ansatz und Rhythmus als wir. In den ersten Jahren hatten wir sowieso schon viele Veränderungen und haben diese nicht unbedingt in dem ganzen pädagogischen Bereich gemacht, sondern erst einmal für die Grundversorgung gesorgt, z. B. Ärzte. Wir mussten ja alles neu aufbauen.

Erst in den letzten Jahren konnten wir anfangen, den pädagogischen Ansatz auch zu verändern, d. h. Selbstverantwortung zu übernehmen: Ich wohne hier, das ist kein Hotel, ich habe eigene Verantwortung für meine Kleidung, für mein Zimmer. Das ist für die Senioren hier in der Wohnstätte eine große Umstellung. In kleineren Gruppen geht diese Umstellung einfacher (neben der reinen Seniorengruppe von 17 Bewohnern gibt es noch eine 10er Gruppe, in der Senioren mit Jüngeren leben). Es kam von den Bewohnern sehr viel Widerstand: Dafür wirst du doch bezahlt, warum soll ich das machen, das ist Frauenarbeit. Es ist ein langwieriger Prozess. Für die Betreuer, die von Anfang an hier gearbeitet haben, ist das aber auch ein Umstellungsprozess.

Frage 7:

Haus A: Es sind hier insgesamt 4 oder 5 Bewohner verstorben, direkt in der Wohnstätte davon 3. Als es zum ersten Mal passiert ist, war es eine ganz plötzliche Geschichte. Das war der Anlass, sich mit diesem Thema stärker auseinanderzusetzen, da viele Leute über den unerwarteten Todesfall offensichtlich schockiert waren. In der Folge wurden in diesem Bereich eine Menge an Fortbildungen gemacht. Zum Beispiel haben wir ALPHA-NRW (ist ein Projekt vom Land NRW und beraten Einrichtungen und Angehörigenverbände u. a. zum Thema Tod und Sterben), die die Sterbebegleitung und Hospizbewegung begleitet und Fortbildung zu diesem Thema macht, ins Haus geholt. Wir haben flächendeckend für alle Mitarbeiter geguckt, was wir brauchen, um solche Prozesse begleiten und gut verarbeiten zu können. Es wurde auch überlegt, wie arbeiten wir mit der Hospizbewegung zusammen. In der Folge war dann klarer, was passiert, wenn Jemand krank ist. Die persönliche Betroffenheit der Teams ist immer sehr hoch, egal wie, wann, wie oft sie vorbereitet sind. Es kommt bei der Sterbebegleitung noch immer eine ganz individuelle Betroffenheit dazu. Teilweise gab es dann auch Supervision für diese Teams und es wurde ziemlich deutlich, welche Erfahrung die Mitarbeiter selber mit Tod und Sterben gemacht haben und diese individuellen Geschichten gut angeguckt werden müssen, weil die Mitarbeiter sonst eine dramatische Entwicklung machen können. Z. B. gab es ein Team, wo ein Mitarbeiter beide Elternteile sehr früh als Kind verloren hat und offensichtlich das Thema "Sterben der Eltern" überhaupt nicht aufgearbeitet worden ist; dieser hat durch Rückzug reagiert usw. Es gab Übertragungsprozesse. Hier ist es Aufgabe von Leitung, Mitarbeiter nicht alleine zu lassen.

b) Wenn es von den Bewohnern gewünscht wird, werden Geistliche mit einbezogen.

c) Wie sie möchten, wir laden sie ein, sie sind dabei. Wir überlassen es den Verwandten.

d) Falls der Betroffene aus medizinischen Gründen nicht ins Krankenhaus muss, kann er in seinem Zimmer bleiben. Bei Doppelzimmern gibt es die Möglichkeit für den anderen Bewohner, für diese Zeit umzuziehen, wenn er es möchte. Was ist gewünscht, was ist möglich, das versuchen wir zu realisieren.

e) Die Reaktion der Bewohner ist unterschiedlich. Die Bewohner, die wollten, hatten immer die Gelegenheit, sich zu verabschieden - das nutzen ca. 20%, die Anderen möchten das nicht. Das ist ein Spiegel von gesellschaftlichen Realitäten. Alle im Haus wissen, wenn Jemand im Sterben liegt, es ist dann eine seltsame, ruhige Atmosphäre. Es gibt Bewohner, die das

thematisieren ("typische Beerdigungsgespräche": X. hat viel gelitten, gut dass X. gestorben ist).

f) Leider gibt es kein Zimmer zum Aufbahnen, damit eine andere Form von Abschiednehmen möglich ist und nicht sofort ein Beerdigungsunternehmen gerufen werden muss. So eine Möglichkeit hätten wir gerne.

Trauerbegleitung ist ein tagtägliches Phänomen, und zwar an einer anderen Stelle, nämlich dass die Angehörigen versterben. Die meisten sind hier ca. 40 Jahre und da ist es nicht selten, dass die Angehörigen sterben, und zwar mehrere im Jahr. Da ist das in der Gruppe dann automatisch Thema, wenn es dramatisch wird. Wir möchten nicht, dass die Behinderten bei Familienbeerdigungen und Trauerfeierlichkeiten ausgesperrt werden. Es kommt vor, da die Angehörigen so belastet sind, dass sie nicht noch den Behinderten dabei haben möchten. Die eigenen belastenden Gefühle werden oft auf den Behinderten übertragen und die Angehörigen meinen nicht selten, dass der Behinderte bei der Beerdigung ausflippen würde. Da übernimmt das Wohnheim jegliche Verantwortung, weil sie meinen, dass der Behinderte unbedingt an den Trauerfeierlichkeiten seiner Familie teilnehmen soll, um die Gelegenheit zu haben, sich zu verabschieden und übernimmt deshalb jegliche Begleitung. Die Erfahrung ist, dass die Bewohner grundsätzlich nicht ausflippen.

Haus B: a) Wir haben dazu schon mehrfach mit einer Institution (ALPHA - wird vom Bundesministerium finanziert) zusammengearbeitet, die fachliche Begleitung bzw. Fachberatung anbietet bei Sterbebegleitung. Es war eine Fachfrau hier, die zu dem Thema Seminare angeboten hat. Hilfe wurde aber auch bei einer Sterbebegleitung geholt, d. h. dass diese Fachfrau von ALPHA auch eine Teambegleitung gemacht hat (die Sterbebegleitung hatte 3/4 Jahr gedauert - darüber hinaus war die Teambegleitung noch 1/4 Jahr - d. h. also insgesamt über 1 Jahr, um die Schmerzen und Ängste der Betreuer aufzufangen).

b) Über das Hospiz haben wir Unterstützung geholt, d. h. durch ehrenamtliche Mitarbeiter, die vom Hospiz geschult werden. Die haben die Betreuer unterstützt, indem sie einfach Zeit mit abgedeckt haben, damit die Betreuer das Gefühl hatten, da ist jetzt noch Jemand und es ist nicht schlimm, wenn ich mal nicht bei dem Sterbenden bin. Weiter enge Zusammenarbeit mit dem Pfarrer der Gemeinde, Krankensalbung, beten.

c) Die psychische Begleitung von Verwandten können wir nicht leisten. Wir sind keine Psychologen und Therapeuten. Wir führen aber Gespräche mit den Angehörigen, nehmen uns Zeit für sie, treffen Absprachen, wenn gewünscht usw.

d) Der Sterbende verbleibt in der Wohngruppe, er bleibt in seinem Zimmer. Das Zimmer ist offen für Besuch. Wenn jemand gestorben ist, wird das Zimmer hergerichtet und die Bewohner können Abschied nehmen, bevor das Bestattungsunternehmen kommt.

e) Mit den Bewohnern wird schon vorher darüber gesprochen und sie werden über die Situation informiert, wenn jemand im Sterben liegt. In der Doku haben wir u. a. auch eine Bestattungsverfügung, d. h. wir sprechen auch vorher schon mit den Bewohnern und den Angehörigen, was sie im Sterbefall möchten, wo sie beerdigt werden möchten u. a.

f) Die Bewohner werden psychisch unterstützt.

Haus C: a) Wir haben ein Konzept mit dem Umgang damit. Wir besprechen das miteinander in den Teams. Wenn man absehen kann, dass jemand stirbt, wird das vorher miteinander geregelt und besprochen. Es gibt das Angebot auch über die persönlichen Anteile darüber zu sprechen, vor allem für jüngere Mitarbeiter, die damit noch nicht so häufig konfrontiert wurden, so dass sie das auch entsprechend verarbeiten können.

b) Wird zum einen durch die Ordensgemeinschaft hier wahrgenommen, zum anderen durch die Pastoren vor Ort.

c) Das Haus sieht es nicht so als Auftrag an, auch noch die Verwandten und Freunde zu begleiten, das ergibt sich manchmal im gemeinsamen Erleben des Sterbens und des Todes. Aber darüber hinaus ein psychologisches o. ä. Angebot für die Angehörigen gibt es nicht.

d) Ja. Wenn jemand im Zweibettzimmer lebt, wird in der Regel der Bewohner, der mit dem Sterbenden zusammen wohnt, in dieser Zeit in einem Zimmer eines anderen Freundes untergebracht.

e) Die Bewohner werden mit einbezogen. Sie erleben das, wenn jemand sehr krank ist, z. B. wenn der Betroffene nicht mehr sein Bett verlässt, wenn die Nachwache kommt, wenn eine Sitzwache gemacht wird. Sie erleben es hautnah mit, wenn der Bewohner immer schwächer

wird, ihm beim Trinken und Essen geholfen werden muss oder dass der Arzt öfter kommt. Es wird mit den Bewohnern darüber gesprochen, dass es zu Ende gehen kann. Wenn z. B. eine Krankensalbung ansteht, werden die Mitbewohner der Gruppe mit einbezogen. Es wird gemeinsam am Bett des Kranken gebetet.

f) Es gibt ganz unterschiedliche Reaktionen: Bei einigen Bewohnern hat man den Eindruck, dass sie nichts an sich rankommen lassen, dass der Lebensrhythmus so weiter geht, als wenn nichts geschehen wäre. Es gibt andere, die damit überhaupt nicht umgehen können, die intensivste Begleitung brauchen, wobei bei der erstgenannten Gruppe, es zeitlich verzögert ankommt. Wenn sie sich intensiv damit auseinandersetzen würden, könnten sie es nicht verarbeiten. So wird erst einmal dichtgemacht und es besteht so die Möglichkeit, es erst einmal stückchenweise zu verarbeiten. Wenn die Bewohner bereit sind, nehmen sie am Begräbnis teil bzw. besuchen später gemeinsam mit den Betreuern das Grab.

Haus E: a) - b) Wird vorbereitet, es werden dazu Kurse angeboten. Mitarbeiter wünschen sich das auch, wenn es auf einer Gruppe konkret wird. Eine Ordensfrau macht auf Bitte hin Sterbebegleitung. Wir als Wohnbereichsleitung bieten Themen zu diesem Bereich an. Z. B. gibt es hier eine über 70jährige Frau, die seit über 7 Jahren bettlägerig ist und einfach nicht sterben kann. Hier wird mit dem Team gesprochen, wie es ihm geht, wie sie damit umgehen, dass die Frau so lange vor sich hin vegetiert. Sie wird mit einer Sonde ernährt und die Mitarbeiter fragen sich, warum man ihr damit unnötig das Leben verlängert. Dieses Alles wird miteinander besprochen, was können wir tun, um ihr das Sterben zu erleichtern.

d) Noch können die Sterbenden in ihren Zimmern bleiben. Wir werden eine Pflegeeinrichtung, d. h. zwei Pflegegruppen machen. Da werden sicher alle bettlägerigen Frauen dahin kommen. Aber wir versuchen schon, die Frauen so lange wie möglich auf den Gruppen zu halten. All das wird fortbildungsmäßig für die Mitarbeiter begleitet.

e) Es darf nicht vergessen werden, dass wir es mit geistig behinderten Menschen zu tun haben. Wir reden darüber, es wird ein bisschen geweint, und dann wird es vergessen. Die Beerdigung ist aber sehr wichtig.

Frage 8:

Haus B: Generationsproblem: Haben wir weniger. Merken wir nur in der Phase, wenn wir hausintern Feierlichkeiten machen, z. B. Karneval. Unser größter Bereich ist das Kaminzimmer im Seniorenbereich, wo gefeiert werden kann. Hier merken wir, dass das nicht gut ist. Wenn das Halligalli bei den Jüngeren in der Gruppe stattfindet, stört das niemanden, aber bei größeren hausinternen Festen im Seniorenwohnbereich können sich die Senioren, außer auf ihr Zimmer, vor dem Krach nirgends zurückziehen. Hier muss noch eine Lösung/Alternative gefunden werden.

Beschäftigungstherapie: Wir haben morgens noch Beschäftigungsmöglichkeiten für die Senioren in der hauseigenen kleinen Werkstatt. Das wollen wir abschaffen. Diese "Beschäftigungstherapie" hat Großeinrichtungscharakter. Das gehört in unseren Wohnbereich nicht rein. Das Ergotherapeutische, wenn es spezifisch besondere Sachen gibt, dann muss individuell geguckt werden, was es in M. gibt, wenn es sein muss.

Wir wollen eine Tagesstruktur, lebenspraktisch nah, begleitend, muss im Wohnbereich stattfinden und nicht in diesem Häuschen auf dem Heimgelände, wo ein bisschen gebastelt wird.⁶⁴

Technische Hilfsmittel: werden nach Wichtigkeit und Budgetlage angeschafft. Gut K. ist gut ausgestattet.

64 Auf Einwand d. V., dass viele der Senioren dort noch gerne hingehen, meinte Frau Sch., dass dieses noch das ganz alte Verhalten von den psychisch Behinderten ist. Es hat so einen Touch vom Altenheim: etwas Basteln als Beschäftigung. Das ist für sie keine Tagesstruktur. Es soll Angebote geben, aber nicht nur im Kreis mit Geistigbehinderten, Basteln von 9-11 Uhr mit z. B. einem Ergotherapeuten. Das ist nicht normal. Wenn wir von Integration und normalem Leben sprechen, heißt das, dass der Betreuer das nicht alles vorhalten muss. Der Betreuer muss das in den Wohngruppen begleiten, d. h. einerseits kann ich Angebote in den Wohngruppen machen, aber andererseits gibt es in den Gemeinden Seniorengruppen, die basteln. Warum geht ein Bewohner von Haus B nicht zu so einem Seniorentreffen? Das heißt konzeptionell Integration.

Frau Sch. bestätigte, dass den Senioren die Beschäftigung in der "Bastelgruppe" auf dem Hof gefällt, deshalb würde sie ihnen das auch nicht ganz wegnehmen. Frau Sch. hat die Stellen in der sog. "externen Bastelgruppe" schon zum großen Teil abgezogen. Es waren vorher 2 1/4 Stellen, jetzt ist es nur noch eine. Diese Stellen wurden ins Haus verlagert. Das bloße Basteln ist keine pädagogische Arbeit. Das ist ein Ansatz aus Großeinrichtungen bzw. aus Altenheimen: Die Pfleger machen die Pflege auf der Station und die, die noch können, gehen zur Ergotherapie. Wir haben einen ganzheitlichen Ansatz. Dann brauche ich auch das komplette Personal hier in den Wohnstätten und die müssen den Bewohner konzeptionell begleiten: Was gibt es in der Gemeinde, was möchtest du, was kannst du, was möchtest du können? Die Bewohner müssen da nicht hin, sondern weil ich möchte, fahre ich z. B. zur VHS. Sie sollen den gleichen Ansatz haben wie die "normalen" Menschen, die zu Hause wohnen. Das hier ist das Zuhause der Bewohner - das ist der Grundansatz. Das hier ist betreutes Wohnen und die Betreuer sind zuständig, die Bewohner zu begleiten.

Frage 10:

Haus A: Wir haben insgesamt im Haus 16 schwerst mehrfachbehinderte Menschen, die mehr oder weniger doch alle in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. In einer Gruppe (Schwerstbehindertengruppe) kommen sie konzentriert vor. Es gab Entwicklungen, wo von Mitarbeitern (vom Hausteam) versucht wurde zu verlangen, dass diese Schwerstbehindertengruppe alles aus eigener Kraft machen sollte. Dadurch werden die aber immobil oder ich muss z. B. für 7 Bewohner auch 7 Mitarbeiter mitschicken, das wird wahnsinnig teuer. Seit 3 Jahren (seit Existieren dieser Gruppe) wollten die anderen Mitarbeiter nichts mit zu tun haben. Dieses Team sollte alles selber machen. Die Schwerstbehindertengruppe sollte ihre Aktivitäten selbst planen, selbst durchführen und selbst mit den eigenen Mitarbeitern abdecken. Weil in dieser Gruppe nun 7 auf einmal sind, müssen bei Ausflügen oder Urlaubsfahrten dieser Bewohner eine Gruppe mit den anderen vermischt werden, sonst ist das nicht realisierbar. Die Widerstände sind nicht reale Geschichten, sondern mehr in den Köpfen der Mitarbeiter. Sukzessive werden wir aber immer erfolgreicher. Z. B. würde mit einem Rollstuhlfahrer keine Höhlenbesichtigung geplant, der müsste ja dann draußen bleiben. Bei der Aktivitätenplanung muss das dann inhaltlich schon berücksichtigt werden.

Wenn aber 6 von 12 Leuten unbedingt eine Höhlenbesichtigung machen wollen, muss man eben ein Zweitprogramm organisieren. Zum Beispiel zwischen Urlaubsplanung und Realisierung wurde eine Bewohnerin schwer krank. Die Bewohnerin wird dann in einer anderen Gruppe betreut, so dass die Urlaubsfahrt für die anderen nicht ausfällt. Die kleinen Barrieren im Kopf von Mitarbeitern und Angehörigen müssen beseitigt werden, dass auch die schwerstbehinderten Menschen an den Gruppenaktivitäten beteiligt werden können, in Urlaub fahren können.

Haus B: Im Moment gibt es keinen, der bettlägerig ist. Leider haben die Türen keine Bettbreite, das würde Frau Sch. sich schon wünschen. Wenn aber jemand bettlägerig würde, heißt das ja noch nicht, dass er die ganze Zeit im Bett liegen müsste, da gäbe es sicher Möglichkeiten, z. B. Rollstühle, um ihn ins Wohnzimmer zu fahren. Da muss man individuelle Lösungen suchen.

Beispiel: Die letzte Sterbebegleitung hatte für die Betreuer einen großen zeitlichen Aufwand. Wir bemühen uns dann, durch Außenhilfen Entlastung für die ganze Gruppe zu bringen, denn wenn der Betreuer am Bett des Sterbenden sitzt, geht diese Zeit den Anderen ab. Auch in den Bereichen, wo Senioren z. B. stark auffällig waren, weil sie eine akute psychische Phase

gehabt haben, verstärken wir nach Möglichkeit das Personal durch Aushilfen. Von der Geschäftsführung wird dieses immer unterstützt, auch wenn mal eine Zeit mehr Geld ausgegeben werden muss. Wir haben auch schon sehr viel Geld für zusätzliche Nachtwachen ausgegeben. In kritischen Fällen wurde auch schon über Wochen eine 2. Nachtwache bestellt, die nicht vom Kostenträger (LWL) bezahlt wurde. Der Träger Westfalenfleiß steht in solchen Fällen immer dahinter.

Geplante Ausflüge bei Krankheit von Bewohnern müssen nicht ausfallen. Dann helfen entweder andere Gruppen aus oder von den Fachkräften fahren nicht alle mit. Es können natürlich bei akuten Vorfällen schon mal geplante Aktivitäten ausfallen.

8.2.2 Mitarbeiter

Frage 5:

Haus A: Überhaupt nicht zufrieden. Im kleinen Team ist das Klima okay. Das allgemeine "Hausklima" ist sehr schlecht. Es gibt eine ausgeprägte Gerüchteküche. Außerdem werden immer neue Aufgaben (verwaltungsmäßig) an einen herangetragen, die dann nach zwei Monaten wieder zurückgezogen werden. Es wird viel „Wiggel“ verbreitet, d. h. viel Lärm um nichts gemacht. Das beunruhigt und man guckt inzwischen nur noch nach seinen eigenen Sachen. Es gibt keinen Zusammenhalt mehr. Die "alten Hasen" erzählen, dass es vor einigen Jahren noch ganz anders war. Die Leitung ist die gleiche wie seit Jahren, aber der Führungsstil hat sich wohl verändert. Es wird wohl am neuen Qualitätsmanagement liegen. Früher hat man sich untereinander geholfen, heute versteckt sich Jeder hinter eigener Arbeit. Man guckt nur noch bis zu seiner eigenen Gruppentür und fühlt sich für Andere nicht mehr zuständig.

Haus C: Das „Hausklima“ ist okay, aber Frau X. hat es sehr schwer im Umgang mit ihren Kollegen im Team. Sie ist sehr offen und stößt damit gegen eine Wand. Auslöser ist der Wechsel in der Gruppenleitung. Die neue Gruppenleitung scheint nach ihren Berichten nicht genügend fachliche Qualitäten zu haben (der Vorgänger war ein fachlich und menschlich hervorragender Gruppenleiter und Kollege). Frau X. wird aus vorgenanntem Grund zu viel Verantwortung aufgebürdet. Es gibt keine klare Linie im Team. Die Kollegen im Team sind sehr krank: allein davon drei psychisch krank. Frau X. lastet das nicht ausschließlich der neuen Gruppenleitung an, so viele langfristig Kranke gab es schon vorher durch enorme Arbeitsüberlastung.

Haus D: Weniger zufrieden. Gewöhnungsbedürftig. Es ist ein katholisches Haus mit hierarchischen Strukturen und plötzliche Veränderungen waren nicht möglich. Das Stift ist 80 Jahre alt und das ist ein Fundament, auf dem das Haus erst einmal ruht und Veränderungen gehen hier nicht von heute auf morgen. Frau L. ist inzwischen auch sehr einverstanden mit dem langsamen Weg.

Das Haus wird bis heute von Nonnen geführt, eine Leitung hatte immer eine Schwester des Ordens von H. Es ist ein sehr katholischer Träger. Frau L. schätzt, dass auf Gemeinschaftsinn viel Wert gelegt und dafür auch viel getan wird (Betriebsfeste, Weihnachtsfeiern mit Ehepartnern der Mitarbeiter usw.). Die andere Seite ist das Hierarchische, es gibt noch viel zu tun auf der Seite des Miteinanders der Leitung und der Mitarbeiterschaft. In der Arbeitsgruppe Personalentwicklung wird sich aber inzwischen ernsthaft Gedanken über das Betriebsklima gemacht. Der Leitung ist durchaus bewusst, dass es an vielen Stellen hängt und knirscht.

Frage 8

Haus D: Die Senioren haben oft kein oder ein sehr grausames Elternhaus gehabt (Lieblosigkeit, Ablehnung), ganz andere Lebenserfahrungen. Das mit ihnen zu reflektieren, ist etwas ganz anderes als bei jüngeren Frauen. Diese haben meist eine viel positivere Lebenserfahrung erlebt. Man muss sich darauf einstellen. Zur Zeit sind hier 47 Seniorinnen und zu ihrem Gesprächskreis kommen meist um die 18 Personen, beim Seniorensingen ca. 20 Ältere. Das sieht Frau L. als große Beteiligung (wobei die Jüngeren natürlich aktiver sind). 90% der Senioren sind Frauen. Frau L. meint auch, dass Frauen von Grund auf neugieriger sind und wohl eher an Aktivitäten teilnehmen als Männer.⁶⁵ Ein Teil der Seniorinnen hat auch psychische Erkrankungen. Die muss man einfach in Ruhe lassen. Sie hat nicht das Recht, diese Menschen zu verändern, wenn sie es nicht wollen; es ist so auch in Ordnung.

65 Siehe Motivation Haus B - ausschließlich Männer.