

Alter und Pflege - Herausforderungen an Gesellschaft und Gemeinden

Vortrag im Rahmen der Akademietage der Pallotiner Vallendar
am 15. Januar 2011

Gliederung:

- 1.
2. Institutionalisation der Pflegebedürftigkeit im Alter, des Sterbens und des Todes
 - 2.1 Die Entwicklung im quantitativen Ausmaß: Daten zur Heimversorgung und zu Sterbeorten in Deutschland
 - 2.2 Geschichte und Soziologie der Institutionalisation: Welche Funktion hatte und hat die Institutionalisation pflegebedürftiger alter und sterbender Menschen für die Gesellschaft?
3. Alternativen zur „Verheimung“ alter pflegebedürftiger Menschen – schon vorhandene Ansätze, bei weiterhin starken Kräften zugunsten der Institutionalisation
4. Der konsequente Weg zur De-Institutionalisierung von Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod in der spätmodernen Gesellschaft – Die Gemeinde und Kirchengemeinde als zentraler Akteur
5. Die Rolle der Kirchen, ihrer Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie und der Kirchengemeinden

1. Einleitung

Mir gefällt der Titel des Vortrages, wie er mir von Ihnen vorgegeben wurde. Alte und Pflege, klar, das entspricht meinem Profil, meinem Lehrgebiet als Professor an der KHF. Herausforderung klingt irgendwie positiver als die üblichen Begriffe, die im Zusammenhang mit Altern und Pflege fallen, wie z.B. Belastungen, Rentnerschwemme, Altenberg, Demenz-Epidemie, zunehmender Pflegebedarf etc. Die Kombination „Gesellschaft und Gemeinde“ finde ich auch gelungen, weil unsere Gesellschaft diese Herausforderung nur meistern kann in und mit den Gemeinden. Integration oder moderner: „Inklusion“ kann nur gelingen in regionalen familiären, nachbarschaftlichen und kommunalen Netzwerken.

Ich will das Thema „Alter und Pflege“ aus der Perspektive angehen, unter der wir bisher in unserer spätmodernen Gesellschaft gewohnt waren, die damit verknüpften Probleme zu lösen, nämlich mit der massenhaften Institutionalisierung, Verheimung alter und pflegebedürftiger Menschen. Eine weitere Perspektive wird sein, damit nicht nur die Unterbringung und Pflege alter Menschen in Heimen anzusprechen, sondern auch die Institutionalisierung des Sterbens und des Todes in unserer Gesellschaft.

Wichtig wird es mir im Anschluss sein darauf hinzuweisen, dass wir schon auf dem Weg sind, Alternativen zu entwickeln und zu nutzen, die in die Gegenrichtung laufen, also in Richtung De-Institutionalisierung gehen, alternative Wohn- und Lebensformen in Verknüpfung mit professioneller und Laienpflege (Beispiel: ambulante, teilstationäre Pflege und Pflege-Wohngruppen) und Alternativen zur Institutionalisierung des Sterbens wie z.B. Hospize, Palliativstationen und ambulante Hospizdienste. Allerdings fehlt es noch an vielem, diese Alternativen wirklich für die große Mehrheit der Betroffenen verfügbar zu haben. Am Schluss meines Vortrages werden weiterführende Schritte genannt, diesen Weg der De-Institutionalisierung konsequent weiter zu gehen.

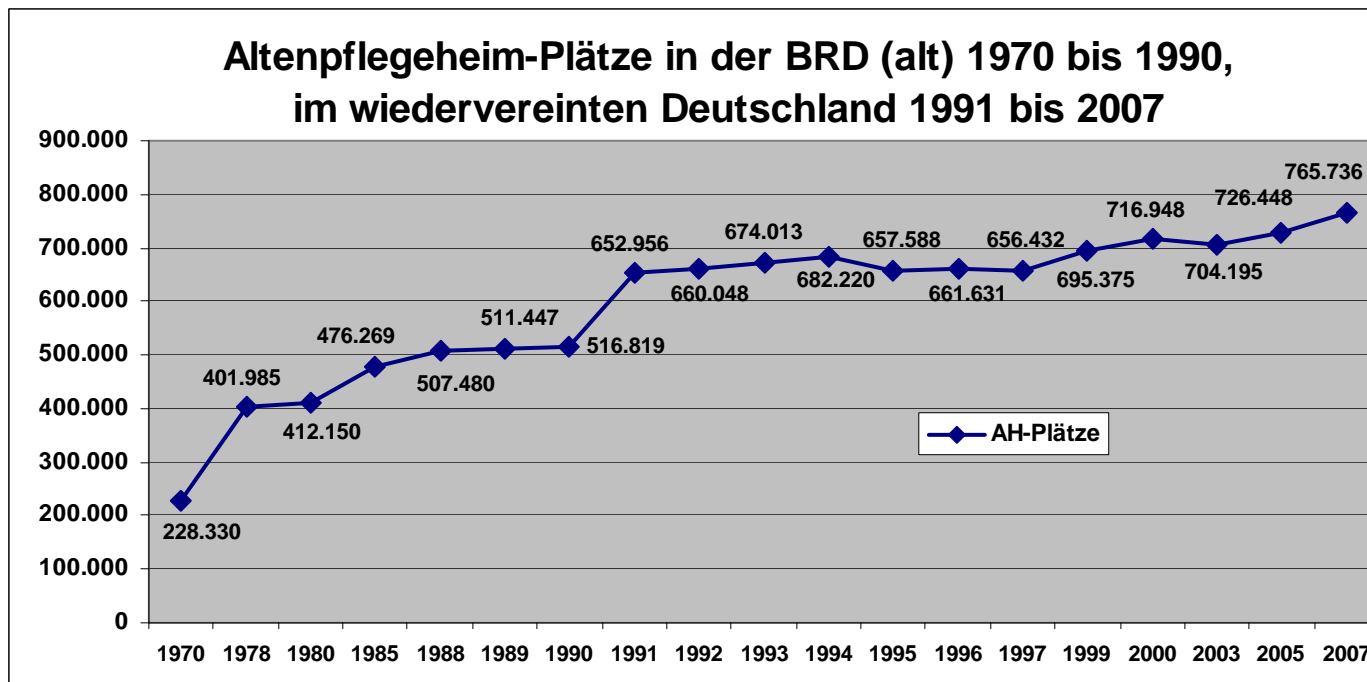
2. Institutionalisierung der Pflegebedürftigkeit im Alter, des Sterbens und des Todes

2.1 Die Entwicklung im quantitativen Ausmaß

2.1.1 Daten zur Heimversorgung für alte und pflegebedürftige Menschen in Deutschland

- Die Zahl der Altenheimplätze ist zwischen 1970 und 1978 in einem vielleicht zuvor nie gekannten Umfang gestiegen. Wir wissen nicht genau, wie der Verlauf etwa zwischen 1950 und 1970 gewesen ist. Vermutlich hat es auch in diesem Zeitraum schon deutliche Zuwächse gegeben (vgl. Abbildung 1).
- In den 80er Jahren steigt die Zahl weiter stark an.
- Der Sprung im Jahr 1991 reflektiert die Einbeziehung der Heimplätze in den neuen Bundesländern.
- Zwischen 1991 und 2005 steigt die Zahl - sogar mit befristeten Rückgängen - weiter an, aber nicht mehr in dem Ausmaß wie zwischen 1970 und 1990.
- Demographische Veränderungen, die Zunahme alter bzw. hochaltriger Menschen in der BRD, sind u.a. für die Zunahme der absoluten Platzzahlen verantwortlich.

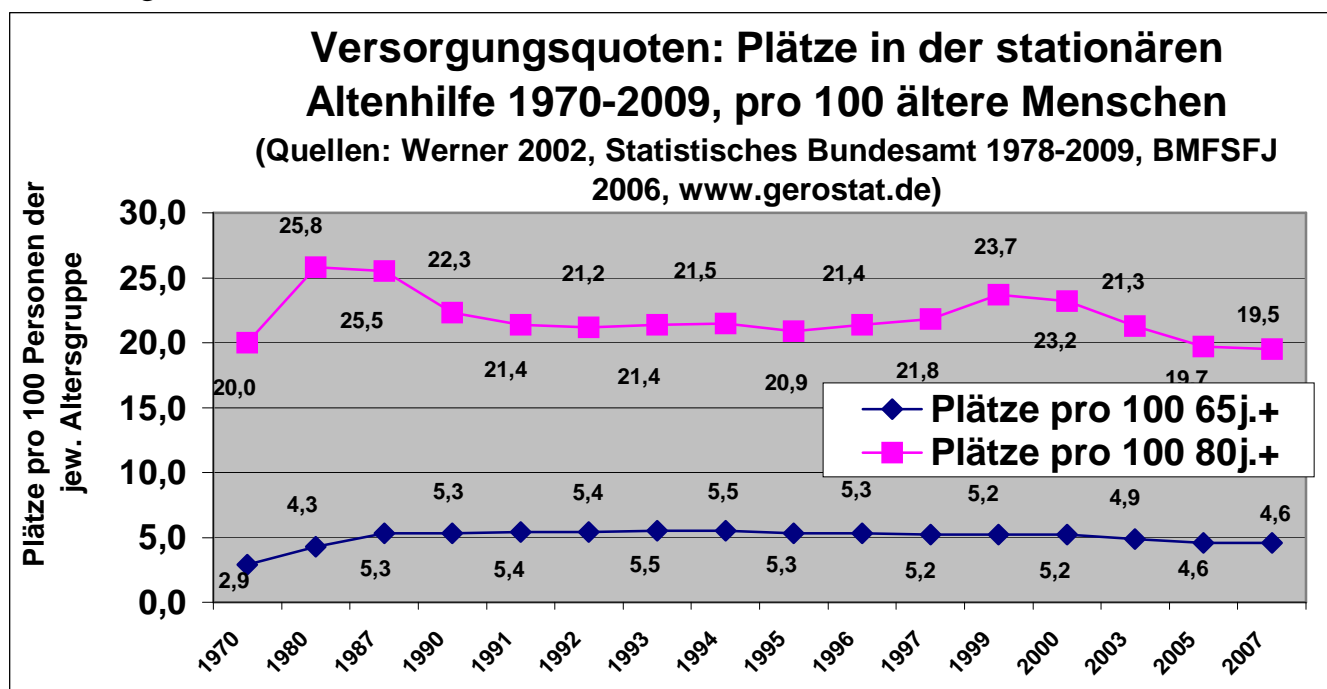
Abbildung 1



Quellen: Werner 2002, Statistisches Bundesamt 1970-2009, BMFSFJ 2006

Wir haben es also auf dem ersten Blick mit einer zunehmenden Institutionalisierung des Alters, v.a. der schwerer kranken, pflegebedürftigen hochaltrigen Menschen zu tun. Auf einem zweiten Blick, bei Mitberücksichtigung des demographischen Prozesses, sieht die Sache schon differenzierter aus.

Abbildung 2:



- Nur für den Zeitraum 1970 bis 1987 (alte BRD) lässt sich eine deutliche Steigerung der Versorgungsquote, bezogen auf 65jährige und ältere, errechnen, von 2,9 auf 5,3%.
- Zwischen 1987 und 2000 bleibt sie relativ konstant (5,2 bis 5,5), auch über den Zeitpunkt der Wiedervereinigung hinweg, und geht dann bis 2007 auf 4,6% zurück.
- Ein etwas anderes Bild ergibt sich für die 80jährigen u.ä., der relevanteren Zielgruppe der Heimversorgung. Der deutlichste Zuwachs zeigt sich nur für die Zeit zwischen 1970 (20%) und 1980 (knapp 26%), um danach zu sinken und zwischen 1990 und 1997 auf niedrigerem Niveau konstant bei 21 bis 22% zu bleiben. Die Steigerung um die Jahrtausendwende auf 23 bis 24% ist nicht nur ein Resultat des Anstiegs der absoluten Platzzahlen, sondern hängt auch mit dem Rückgang der Anzahl 80jähriger u.ä. (Spätfolgen des I. WK mit seinen Toten und seinem Geburtenrückgang).
- Seit 2001 sinkt die Versorgungsquote bei wieder ansteigender Zahl der 80jährigen u.ä. trotz weiterem Ausbau der Platzzahl in Altenpflegeheimen, 2005 und 2007 auf Werte von 19,7 bzw. 19,5%, also unter die Quote von 1970 (vgl. Abbildung 2).
- Für beide Kurven gilt aber: Trotz fast stetigen Wachstums der Zahl der Heimplätze finden wir lange Zeiträume der Konstanz der Heimversorgungsquoten, ab Mitte bzw. Ende der Neunziger Jahre sogar einen deutlichen Rückgang. Die Zahl der Heimplätze hat also etwa ab 1980 gerade einmal Schritt gehalten mit der zunehmenden Zahl der älteren und hochaltrigen Menschen, ab der Jahrtausendwende jedoch auch dies nicht mehr.
- Wir können also höchstens für die Zeit zwischen 1970 und 1980 von einem deutlichen Institutionalisierungsschub des Alters, der Hochaltrigkeit, verbunden mit Pflegebedürftigkeit sprechen. Dieser Zeitraum ist in der Geschichte der ehemaligen Bundesrepublik wegen seiner fortschreitenden Modernisierung von besonderem Interesse und wird uns später noch beschäftigen. Für die Zeit nach 1999 müssen wir dagegen von einer wahrnehmbaren De-Institutionalisierung ausgehen (eine Wirkung der Pflegeversicherung?).

Die Heimversorgungsquote (Platzzahl dividiert durch Bevölkerungszahl je Altersgruppe mal 100) ist leider nur ein grober Indikator für die tatsächliche Aufnahmen, den Verbleib und die Entlassungen der Bewohner, pro Jahr gesehen. Leider gibt es keine systematische Erfassung der Altenheimbewohner pro Jahr, deren Verweildauern dort, und die Zahl der Aufnahmen und Entlassungen. Dagegen macht das statistische Jahrbuch für Deutschland schon seit über 100 Jahren Angaben zur Zahl der Behandlungsfälle, der Verweildauer, der Zahl der Aufnahmen und Entlassungen und der Behandlungstage pro Jahr. Der größte Infrastrukturbereich des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens, die stationäre Altenpflege mit einer Platzzahl von knapp 800.000 gegenüber der Bettenzahl in Akutkrankenhäusern von nur noch gut 500.000 im Jahr 2008, verdient eigentlich eine exaktere Beobachtung als die Erfassung von Platz- und Bewohnerzahl alle 2 Jahre an einem Stichtag.

Wir müssen davon ausgehen, dass ein relevanter Anteil der knapp 770.000 Plätze (2007) mindestens zweifach, manche sogar mehrfach pro Jahr besetzt werden, wegen der gestiegenen Aufnahme- und Entlassungsdynamik in der stationären Altenpflege, bedingt auch

durch die sinkende Verweildauer und eine Zunahme der Sterbefälle im Altenheim. So können wir sicherlich von einer jährlichen Bewohnerzahl von 1 Mill. oder auch mehr ausgehen. Trotz sinkender Heimversorgungsquote könnte also die Nutzerquote konstant sein oder sogar steigen. Wir wissen es nicht genau.

2.1.2 Daten zur Institutionalisierung des Sterbens und des Todes

Das Altenpflegeheim ist nicht nur der Ort, an dem die Pflegebedürftigkeit institutionalisiert wird, sondern mehr und mehr auch das Sterben und der Tod. Im Grunde ist das fast eine Selbstverständlichkeit: wer in ein Altenpflegeheim umsiedelt, weiß, es ist der letzte Wohn- und Lebensort vor dem Tod. Allerdings ist diese Tatsache bis in die jüngste Zeit eher tabuisiert worden, von den Einrichtungen, dem Personal, vermutlich auch von den Angehörigen und den Betroffenen selbst. So kommt eine öffentliche und wissenschaftliche Debatte und eine intensivere Diskussion in der Praxis um Heime als Ort der letzten Lebens- und damit als Ort der Sterbephase erst um die Jahrtausendwende auf (vgl. Falkenstein 2001: 62; Wilkening/Kunz 2003: 35). Dabei hatte die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion um die Sterbebegleitung und die Versorgung Sterbender durch hospizliche Einrichtungen und Dienste schon deutlich früher eingesetzt, aber bedingt durch die Auseinandersetzung mit dem Sterbeort „Krankenhaus“ und durch die Kritik an dessen intensivmedizinisch-technischer Ausrichtung sowie die anfängliche Fokussierung der Hospizidee und -praxis auf Krebspatienten die Alten- und Pflegeheime tendenziell ausgeblendet.

Wir wissen immer noch wenig über den Sterbeort der Menschen in Deutschland, da die amtliche Todesfallstatistik zwar die Todesursache, aber nicht den Sterbeort enthält. Eine aufwändige Recherche für das Land Rheinland-Pfalz und das Jahr 1995 (Ochsmann et al. 1997) ergab eine Verteilung der Sterbeorte, hochgerechnet auf das gesamte Bundesland, von 44% im Krankenhaus, knapp 40% in der eigenen (37%) oder auch fremden (3%) Wohnung, knapp 13% in einer Einrichtung der stationären Altenpflege und ca. 3% an sonstigen bzw. unbekanntem Orten (ebd.: 3). Seither hat sich der Sterbeort vermutlich weiter in Richtung auf die stationäre Altenpflege verlagert. So kommen Jaspers und Schindler (2004: 460) für das Referenzjahr 2000 unter Verwendung von Daten des statistischen Bundesamtes auf einen Anteil von 43% für das Krankenhaus, 24% für das Heim und zusammen 33 % für zu Hause (30%), sonstiges (2%) oder für das Hospiz (1%). Wilkening/Kunz schätzen für das Jahr 2003 einen Anteil der Krankenhäuser auf über 50% und der Pflegeheime von ca. 20% (Wilkening/Kunz 2003: 17). Gronemeyer (2008: 68ff) kommt sogar auf einen Anteil von 40% für die Alten- und Pflegeheime und beziffert den des Krankenhauses auf ca. 50%, den der eigenen Häuslichkeit und „sonstiger Ort“ entsprechend nur noch auf ca. 10%.

Man kann sich der Frage nach der quantitativen Bedeutung des Alten- und Pflegeheimes als Sterbeort auch von der Seite der Kapazitäten in der stationären Altenpflege in Deutschland nähern. Mit ca. 765.000 Plätzen für das Jahr 2007 und einer geschätzten

Mehrfachbelegung von etwa einem Drittel dieser Plätze innerhalb eines Jahres kommen wir auf sicherlich 1 Millionen Bewohner in den Institutionen der stationären Altenpflege pro Jahr in Deutschland.

Wenn wir Angaben des Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, in der ein großer Teil der baden-württembergischen Einrichtungen der stationären Altenpflege organisiert ist, für den Anteil der Sterbefälle unter Heimbewohnern zwischen 1999 und 2004 (zwischen 29,6 und 34,8%, BWKG 2005) auf die BRD hochrechnen, so erhalten wir eine Zahl von etwa 350.000 Sterbefälle der oben geschätzten 1 Millionen Altenheimbewohner. Diese hohe Zahl von Gestorbenen in Altenheimen entspricht etwa 41% der 844.000 Todesfälle im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2010), was der Schätzung von Gronemeyer (2008) sehr nahe kommt.

Bei etwa 11.000 Altenpflegeheimen in Deutschland ergeben sich also pro Altenheim etwa 32 Todesfälle im Jahr, jeder dritte Bewohner stirbt innerhalb eines Jahres, jeder Wohnbereich eines Altenheimes mit einer Zahl von etwa 30 Plätzen hat mindestens einen Todesfall im Monat.

Damit steht, trotz aller Ungenauigkeiten und Unsicherheiten von Schätzungen und statistischen Zahlen, jetzt schon fest, dass das Altenheim die Funktion des Umgangs mit dem Sterben, die im 20. Jh. zunächst sukzessive von der Familie auf das Krankenhaus übergegangen ist, nun zunehmend von beiden „Institutionen“ übernimmt, und - bei unveränderten Kontextbedingungen - in Zukunft noch mehr übernehmen wird. Die Einführung der Fallpauschalen (Diagnoses Related Groups: DRGs) im Akutkrankensbereich in Deutschland, sukzessive ab 2003 und voll umgesetzt bis 2007, die für eine jeweilige Krankenhausbehandlung eine klar umrissene Verweildauer im Krankenhaus mit sich brachte und Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen mehr oder weniger dazu „zwingt“, die Patienten nach Ablauf der für jede spezielle DRG festgelegten mittleren Verweildauer, spätestens aber nach Erreichen der Grenzverweildauer zu entlassen, hat sicherlich zu der Erhöhung der Sterbefall-Zahlen in Altenpflegeheimen beigetragen. Denn Patienten mit einer letalen Diagnose, die aber noch nicht in die letzte Sterbephase eingetreten sind, können aus verschiedenen Gründen oft nicht mehr in die eigene Häuslichkeit zurückkehren – für sie kommt dann häufig nur der Umzug in ein Altenpflegeheim in Frage.

Mit der aus nicht direkt empirisch erhobenen, sondern aus vorhandenen Daten ermittelten Zahl von etwa 40% der Sterbefälle in Deutschland, die sich in einem Altenheim ereignen, kommen wir letztlich zu der Aussage, dass bei einer Versorgungsquote von knapp 20% für 80jährige u.ä. das Lebenszeit-Risiko, vor dem Lebensende in ein Altenpflegeheim umzusiedeln, und dann auch dort zu sterben, derzeit etwa bei 40% liegt, Tendenz steigend.

Was ist denn nun an der Heimversorgung so kritikwürdig? Lassen Sie mich anknüpfen an die Zahl 40%.

Wenn Sie heute ältere Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, fragen, wo sie ihren Lebensabend verbringen möchten, auch im Falle der Pflegebedürftigkeit, so antwortet die große Mehrheit, oft über 90%, sie wollten möglichst eigenständig, durchaus auch mit

Unterstützung, in der eigenen Häuslichkeit leben. Eine Übersiedlung in ein Altenheim kann sich in den Befragungen, die ich kenne, darunter auch meine eigenen, nur eine Minderheit von 10% und weniger vorstellen, z.B. der Altenpflege-Monitor 2007, der einen Anteil von 8% Zustimmung zum Altenheim in einer repräsentativen Studie ermitteln konnte.

Auf die Frage nach dem bevorzugten Sterbeort ist die Antwort von Befragten ebenfalls relativ eindeutig: Die große Mehrheit wünscht sich, im eigenen Zuhause sterben zu können, in einer schon älteren Studie aus dem Jahr 1987 etwa 75% (Beutel & Tausch, 1989). In einer viel jüngeren Studie, der Seniorenbefragung Braunschweig aus dem Jahr 2004 wünschen sich 92% der Befragten, ihr Leben nicht in einer Institution wie Krankenhaus oder Heim zu beenden, sondern in der eigenen Häuslichkeit (Seniorenbefragung Braunschweig 2004; Schubert, in: Steinhagen-Thiessen 2008).

Statt eines nach diesen Befragungen erwartbaren Anteils von ca. 10% finden wir also bis zu 40% der alten Menschen am Lebensende in Heimen, statt der Quote von 90%, die sich das Sterben - wenn es denn sein muss - zu Hause wünscht, sterben heute in Deutschland 90% in Institutionen, darunter die Altenpflegeheime mit einem Anteil von mittlerweile 40%.

Sie merken, dass ich der Heimversorgung eher kritisch gegenüber stehe. Mit dieser Kritik meine ich aber zunächst einmal weder die Heimbewohner noch die MitarbeiterInnen, weder die Pflege noch andere Berufsgruppen, auch nicht die Träger- und Kostenträger, gemeint sind wir alle, und mit dieser Kritik ist der Aufruf verbunden, in ein Nachdenken und in einen Diskurs über alternative Wohn- und Lebensformen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit einzusteigen.

Wieso schaffen wir es nicht, trotz ausgeprägter Individualisierung und Vielfalt der Lebensformen, trotz des hochrangigen Gutes der Selbständigkeit und Autonomie in unserer spätmodernen Zeit, uns diese letztlich existenziellen Wünsche zu erfüllen, den Wohnort in der letzten Lebensphase und den Ort des Sterbens selbst zu bestimmen?

Für die Beantwortung dieser Frage müssen wir etwas die Geschichte und sozialwissenschaftliche Theorie bemühen.

2.2 Geschichte und Soziologie der Institutionalisierung: Welche Funktion hatte und hat die Institutionalisierung pflegebedürftiger alter und sterbender Menschen für die Gesellschaft?

Innerhalb einer menschheitsgeschichtlich eher kurzen Zeit von wenigen hundert Jahren hat sich die Lebensform des vormodernen Haushaltes (ein Begriff von Klaus Dörner 1994), der in der weitgehend agrarisch strukturierten Bevölkerung bis in das 19. Jh. in Europa vorherrschte, der Alters- und Geschlechtsgruppen, Generationen sowie soziale

Schichten übergreifend war, in den heute dominierenden, individualisierten, oft nur eine Person oder eine Generation, z.T. fast atomisierten spätmodernen Haushalt gewandelt. Noch 1900 lebten im schon weit industrialisierten und urbanisierten Deutschen Reich in 44% aller Haushalte fünf und mehr Personen (also der Zwei- und Drei-Generationen-Haushalt), während dieser Anteil im Jahr 2004 auf ein Elftel, auf 4% geschrumpft ist. Der Anteil des Ein-Personen-Haushaltes beträgt dagegen 37% und ist seit einigen Jahren die häufigste Haushaltsform, Tendenz steigend (Statistisches Bundesamt 2006: 34).
Wie ist es dazu gekommen?

Das vormoderne Individuum bis zur Zeit der bürgerlichen Revolutionen ab Ende des 18. Jh. war, um es systemtheoretisch auszudrücken, vollinkludiert in die soziale Gemeinschaft, d.h. sein ganzer Lebenslauf war mehr oder weniger festgeschrieben durch Abstammung und Herkunft, soziale Schicht seiner Eltern. Religionszugehörigkeit, Geschlechts- und Altersrollen, Stellung im Produktionsprozess waren lebenslang vorgegeben und standen kaum zu Disposition. Als Beispiel mag der Sohn eines leibeigenen Bauern dienen, dessen ganze Biographie ab Geburt quasi festgelegt war, einen davon abweichenden Lebenslauf einzuschlagen durfte er nicht einmal denken.

Heute, nur gut 200 Jahre später, wird dem spätmodernen Individuum zugemutet, alle Lebensentscheidungen - und zwar in immer jüngerem Alter - selbst zu treffen, seine Beteiligung an Bildungsprozessen, seine Konfession oder Religion, seine Berufswahl, die Wahl seines Arbeits- und Lebensortes, die Partnerwahl, ja bis zur Altersrollengestaltung oder gar der Geschlechtsrolle und -zugehörigkeit.

Dieser Prozess stand und steht im engen Zusammenhang mit dem makrosoziologischen Prozess der Ausdifferenzierung der Gesellschaft in Funktionssystemen der Wirtschaft, der Bildung, der Religion, der Politik, des Rechts, der Gesundheit und eines Restsystems des spätmodernen Privathaushaltes. Dieser makrosoziologische Prozess nahm seinen Ausgangspunkt in Europa und Nordamerika, ist nach wie vor im Gange, und niemand kann ernsthaft seine Umkehrung fordern, hat er doch letztlich große Vorteile in einem Zugewinn an wirtschaftlicher Prosperität, an Lebenserwartung, an Freiheit, Bildung und Selbstverwirklichung gebracht, und zwar für große Teile der Bevölkerung, allerdings nicht für alle, und auch nicht ohne negative Nebenwirkungen.

Diese Ausdifferenzierung fordert vom spätmodernen Individuum eine hohe Flexibilität, eine Teilnahme an mehr oder weniger allen Funktionssystemen, eine hohe psychische, soziale und kommunikative Kompetenz, letztlich ein hohes Risikomanagement, weil ausgeprägte Selektionsmöglichkeiten, d.h. Wahlfreiheiten, jedoch mit dem Zwang zur Wahl eben auch das Risiko mitbringen, im Nachhinein feststellen zu müssen, dass man sich falsch entschieden hat.

Diese vom spätmodernen Individuum abverlangten psychischen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen bringen aber nicht alle mit, erwerben nicht alle im erforderlichen Maße, oder verlieren sie im Laufe ihres Lebens wieder, wie z.B. hochaltrige, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen.

Klaus Dörner (1994) zeichnet diese Entwicklung in seinem Aufsatz „Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur vollständig mit den Behinderten“ exemplarisch und gut

nachvollziehbar nach. Aus dem vormodernen, kollektiven, umfassenden Haushalt wurden nach und nach die arbeitsfähigen, gesunden und produktiven, zunächst meist männlichen Mitglieder herausgelöst und zur Lohnarbeit v.a. in der sich entwickelnden Industrie zusammengefasst, während die unproduktiven Kranken, Behinderten, dann auch die Alten zunehmend zurückblieben, der sozialen Fürsorge, der sozialen Kontrolle, aber auch der sozialen Teilhabe in der Gemeinschaft und der Teilnahme am Produktionsprozess zunehmend entledigt. Die sog. „Soziale Frage“ entstand, im 19. Jh., und beschäftigt unsere Gesellschaft bis heute. Zunächst wurde sie beantwortet mit der Pädagogik, dann der Medizin, Psychiatrie, Therapie, und dann auch der Genetik, in den letzten Jahrzehnten auch mit der professionellen Pflege. Immer waren diese Ansätze verbunden mit einer Institutionalisierung der Schwächsten der Gesellschaft, der körperlich und v.a. geistig Behinderten, der psychisch Kranken, zuletzt auch der alten und hochaltrigen Pflegedürftigen. Sie waren in den kleiner werdenden Haushalten, die zudem vieler sozialer Funktionen wie Erziehung, Bildung, Arbeit und Produktion sowie gesundheitlicher Fürsorge entledigt wurden, immer weniger tragbar, aber auch nicht in die außerhäuslichen Funktionssysteme integrierbar, so jedenfalls die traditionelle Antwort auf die Soziale Frage. Die extremste Form der Institutionalisierung gipfelte in der Endlösung der Nationalsozialisten, die wir auch heute noch viel zu euphemistisch als Euthanasie bezeichnen, der systematischen Ermordung von bis zu 200.000 Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen zwischen 1939 und 1945.

Nachdem in den 50er und 60er Jahren der alten BRD wieder mehr Menschen mit Behinderungen und psychisch Kranke institutionalisiert wurden, wurde ab Beginn der 70er Jahre in einem bislang so nie da gewesenen Reformprozess diese Versorgungspraxis systematisch angezweifelt und kritisiert (Stichwort Psychiatrie-Enquete), und diese Zweifel sind mittlerweile auch in der Altenhilfe und Altenpflege und bei ihrer Hauptinstitution Altenheim angekommen.

Zunächst waren die 70er Jahre in der alten BRD jedoch durch einen starken Modernisierungsschub in Richtung spätmoderner Gesellschaft geprägt:

- die politischen Wirkungen und Ursachen der sozialliberalen Koalition, auch im Zusammenhang mit der 68er Bewegung
- die zunehmende räumliche Mobilität mit einer weiteren Ausdifferenzierung zwischen Herkunfts-, Wohn- und Arbeitsort
- die zunehmende soziale Mobilität durch eine Dynamisierung der Schul- und Berufsausbildung in Richtung höherer Bildungsqualifikationen in der jeweils jüngeren Generation
- Die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen in jeweils jüngeren Generationen, bei tendenziell abnehmender Erwerbsbeteiligung der Männer
- Die zunehmende Pluralisierung der Lebensformen (Liberalisierung sexueller Normen, Wohngemeinschaften, zunehmende Scheidungsraten, Patch-Work-Familien etc.)

Dieser weitere Modernisierungsschub betraf aber eher die Jugend und die Erwachsenen bis zum Rentenalter, fand aber nur eine lockere Korrespondenz im höheren Alter, v.a. wenn es mit chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit verbunden war. Die Rolle der rüstigen alten Menschen wurde eher auf eine postberufliche Selbstverwirklichung reduziert, der kranke und pflegebedürftige alte Mensch war, ähnlich wie die Menschen mit Behinderungen in der Frühmoderne, in den nun ganz klein gewordenen spätmodernen familiären Strukturen, zumal wenn sie auf mehrere Haushalte zersplittert waren, nur schwer zu integrieren. Der hohe und überproportionale Anstieg der Altenheimplätze in der BRD der 70er Jahre belegt, dass auf neue Ausprägungen der Sozialen Frage mit den alten Modellen und Mustern reagiert wurde, eben mit der Institutionalisierung.

Man könnte auch sagen, die Individualisierung und Pluralisierung jüngerer Generationen konnte nur gelingen mit einer zunehmenden Institutionalisierung des hohen Alters, der Pflegebedürftigen, und - sie dürfen wir nicht vergessen - auch der Sterbenden.

Aber auch in der Altenhilfe und Altenpflege entwickelte sich eine kritische Debatte über die Institutionalisierung, in der Praxis, in der Wissenschaft, z.T. auch in der Kommunalpolitik, aber auch angeregt durch ein verändertes Nutzerverhalten der Betroffenen und ihren Angehörigen, das sich mit zunächst vereinzelt wirtschaftlichen Interessen verband. Und seit den 80er Jahren finden wir zunehmend Alternativen zur Institutionalisierung pflegebedürftiger Menschen im Heim, auf die ich nun zu sprechen kommen möchte.

3. Bisherige Alternativen zur „Verheimung“ alter pflegebedürftiger Menschen und politische Ansätze, bei weiterhin starken Kräften zugunsten der Institutionalisierung
 - neue, quantitativ relevante Kombinationen von Hilfe und Pflege mit selbständigen Wohn- und Lebensformen im Alter
 - tendenziell hohe Bereitschaft von Angehörigen zur Laienpflege und Bedeutungszunahme der Nachbarschaftshilfe und des bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen der Laienpflege
 - Verbesserungen im Verhältnis zwischen den Generationen
 - Föderalisierung und Kommunalisierung der Altenhilfe

3.1 Neue, quantitativ relevante Kombinationen von Hilfe und Pflege mit selbständigen Wohn- und Lebensformen im Alter

Allein im zeitlichen Umfeld der Einführung der Pflegeversicherung 1995 und 1996 haben sich die Zahl der **ambulanten Pflegedienste**, die ihrer MitarbeiterInnen und die ihrer Klienten verdoppelt. Von 1999 bis 2007 stieg die Zahl der nach SGB XI zugelassenen Pflegedienste noch einmal von 10.800 auf 11.500, die ihrer Beschäftigten von 184.000 auf 236.000, und die nach SGB XI eingestuft und auf dessen Finanzierungsgrundlage versorgten Pflegebedürftigen von 415.000 auf 504.000 (Statistisches Bundesamt 1999-2007, Eckdaten der Pflegeversicherung).

Von 1973 bis 1990 wurden in der alten Bundesrepublik gerade einmal 1.000 **Tagespflegeplätze** eingerichtet. Mit Beschluss der Pflegeversicherung im Jahr 1993 setzte eine dynamische Entwicklung dieses Versorgungsangebots ein, mit einem Zuwachs von etwa 1.000 bis 1.500 Plätzen pro Jahr, so dass im Jahr 2005 etwa 19.000 Plätze verfügbar waren (Werner 2009).

Die vielfältigen Formen des **Betreuten Wohnens bzw. Servicewohnens** im Alter haben seit Ende der 80er Jahre zu einer enormen Angebotserweiterung geführt. Für das Jahr 2004 schätzte Saup, dass etwa 150.000 bis 230.000 SeniorInnen im Betreuten Wohnen leben (vgl. Saup 2004).

Die Zahl der **Senioren-, Pflege- bzw. Demenz-Wohngemeinschaften** und die der verfügbaren Wohnplätze ist derzeit nicht exakt bestimmbar und kann nur geschätzt werden. Die Bertelsmann-Stiftung spricht in einer Studie in Kooperation mit dem KDA von ca. 250 Projekten mit etwa 1.000 Wohngemeinschaften. Die Zahl der Plätze dürfte sich damit zwischen etwa 8.000 und 10.000 bewegen (Stand 2003; Netdoctor 2009).

Die Zahl der **stationären Hospize** hat sich von 1992 bis 1998 von 9 auf 58, die der **Palliativstationen** von 14 auf 43, und die der **ambulanten Hospizdienste** (einschließlich ambulanter Palliativdienste) von 50 auf 520 erhöht. 10 Jahre später, 2008, zählte die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 180 stationäre Hospize, 170 Palliativstationen, und 1560 ambulante Hospizdienste (einschließlich 60 amb. Palliativdienste, vgl. DG für Palliativmedizin 2010).

3.2 Tendenzuell hohe Bereitschaft der Angehörigen zur Laienpflege und Bedeutungszunahme der Nachbarschaftshilfe und des bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen der Laienpflege

Die Bereitschaft der Angehörigen zur Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen ist nach wie vor hoch, trotz früherer Prognosen, dass die Möglichkeiten und die Motivation dazu allein auf Grund des demographischen Wandels deutlich zurückgehen würden. Da die Pflege und Betreuung älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit traditionell mehrheitlich von Frauen (neben den Ehefrauen insbesondere Töchter und Schwiegertöchter) geleistet wird, würde dieses allein aus demographischen Kennziffern errechnete sogenannte Töchter-Pflegepotential (Anzahl 45-59jähr. Frauen auf 1.000 65jähr.+) zurückgehen (Rückert bzw. KDA 1992, zit. nach Oswald 2008). Die tatsächlichen sozialen Netzwerke pflegender Angehöriger haben sich aber daran angepasst und dieses angeblich schrumpfende Potential ausgeglichen. Der Anteil der Töchter an den Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten blieb zwischen 1991 und 2002 konstant bei 26%, der der Schwiegertöchter nahm von 9 auf 6 % ab, der der Söhne dagegen von 3 auf 10% ! zu (Schneekloth/Wahl 2005: 77).

Auch der Anteil sonstiger Verwandter an dieser Personengruppe stieg leicht von 6 auf 7%, der von Freunden, Nachbarn und Bekannten verdoppelte sich sogar von 4 auf 8% (ebd.).

Aus eigenen Netzwerkstudien Anfang bis Ende der 90er Jahre kenne ich den hohen Umfang der Laienpflege an der Versorgung und Pflege pflegebedürftiger alter Menschen, der Ausmaße bis zu einer Vollzeit-Tätigkeit einnehmen kann (Netz, Steinkamp, Werner 1996, Werner 1997; Werner 2004).

3.3 Verbesserungen im Verhältnis zwischen den Generationen

Vielleicht spiegelt sich diese Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der familiären und außerfamiliären Netzwerke an geänderte Bedarfslagen auch in den Bewertungen der älteren Generation über ihre Familienbeziehungen und ihrer Beziehungen zu Freunden und Bekannten wider. So schätzten im Jahr 1996 etwa 25% der 70-85jährigen ihre Familienbeziehungen als sehr gut ein, im Jahr 2002 waren es ca. 30%. Bei der Bewertung der Beziehungen zu Freunden und Bekannten lagen die entsprechenden Werte 1996 bei knapp 21%, 2002 bei knapp 24% (Alterssurvey Welle 1 und 2, Gerostat 2009).

3.4 Föderalisierung und Kommunalisierung der Altenhilfe

Rechtlich oder auch soziologisch gesehen sind die bundesweit ausgelegten Gesetze wie das Leistungs- und Leistungserbringungsgesetz SGB XI (1995) oder auch das Heimgesetz (1973) Ausdruck einer verstärkten Institutionalisierung, in diesem Falle v.a. des Alters, da sie den Einzelnen betreffende Lebenslagen unter die Hoheit einer zentralen Regierungs- bzw. Gesetzgebungsgewalt unterstellen. Aber auch hier finden wir Gegen-trends. Im zeitlichen Umfeld des SGB XI wurden praktisch in allen Bundesländern Landespflegegesetze erlassen, und auch das SGB XI selbst enthält einzelne föderalistische und kommunale Elemente (z.B. §§ 8 und 9, SGB XI). Die Zuständigkeit für das Heimgesetz ist bei der letzten Föderalismusreform 2006 nun in die Hoheit der Länder gefallen, und einzelne Bundesländer wie Bayern und Baden-Württemberg haben schon eigene Landesheimgesetze verabschiedet.

Die Entwicklung im Rahmen der kommunalen Altenberichte bzw. Altenpläne seit den 80er Jahren zeigt, dass das Problembewusstsein in den meisten Gebietskörperschaften nun auf der Ebene, wo es hingehört, nämlich auf der der Kommunen, in der Regel der Kreise und kreisfreien Städte, angelangt ist. Aber auch viele kleinere Gemeinden und Städte haben vielfältige gemeindlich bzw. von der Gemeindeverwaltung getragene bzw. angestoßene Initiativen entwickelt für eine möglichst dezentrale, wohnort- und lebensnahe Integration älterer, v.a. hilfs- und pflegebedürftiger Menschen (vgl. Blaumeiser/Klie 2002). Denkbar und wünschenswert wäre eine Entwicklung hin zu einer weitgehenden Kommunalisierung der Altenhilfe, wie sie in einigen Bundesländern in der Behindertenhilfe schon umgesetzt wurde (Rheinland-Pfalz, ansatzweise Baden-Württemberg).

Alle genannten Alternativen zur Heimversorgung, die gesetzlichen Neuerungen insbesondere im Zusammenhang mit dem SGB XI, und die damit verbundenen Trends im Verhältnis zwischen den Generationen haben nach meiner Auffassung einen ernst zu nehmenden Gegentrend zur Heimversorgung ausgelöst, der sich nicht zuletzt in den sinkenden Heimversorgungsquote ab Ende der 90er Jahre ausdrückt, aber sie allein reichen nicht aus, zumal auch weiterhin starke Kräfte in Richtung Institutionalisierung wirken:

Bei allen positiven Entwicklungen in der Infrastruktur von Alternativen muss allerdings berücksichtigt werden, dass es nach wie vor auch Faktoren gibt, die eine hohe Institutionalisierungsrate begünstigen. Beispielhaft sei dies am Betreuungsgesetz aufgezeigt.

Die juristischen Veränderungen weg von der Entmündigung (und Gebrechlichkeitspflegschaft) hin zum bundesweiten Betreuungsgesetz 1992 zeigen deutlich, dass aus einer gutgemeinten Modernisierung im Sinne der De-Institutionalisierung unmittelbar auch ungewollte Nebeneffekte eintreten, die wiederum der Institutionalisierung Vorschub leisten. Betrug im Jahr 1989 (alte BRD) die Zahl der von Entmündigungen und Gebrechlichkeitspflegschaft Betroffenen ca. 250.000, waren 1992 in ganz Deutschland schon ca. 400.000 Menschen unter Betreuung gestellt. Bis 2000 stieg deren Zahl auf über 900.000 an (vgl. Oescher, G., Uhlig, K., Wittrodt, H., 2003: 11). „Die Zahl der Menschen, die rechtlich gem. § 1896 BGB betreut wurden, ist auch 2006 weiterhin angestiegen. Am 31. Dezember 2006 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 1.227.932 Menschen rechtlich betreut“ (Bundesministerium der Justiz; GÜ2, württ. Notariatskammer; wikipedia 2009).

So ist zwar der Umfang der rechtlichen Einschränkungen, von denen Betreute betroffen sind, in den meisten Fällen geringer geworden und bezieht sich nur auf Teilaspekte der Lebensführung wie Regelung finanzieller Angelegenheiten, medizinische Behandlung, Pflege, Wahl des Wohnortes), aber der Kreis der Betroffenen hat sich fast verfünffacht.

Wir müssen davon ausgehen, dass mindestens die Hälfte der AltenheimbewohnerInnen unter Betreuung gestellt sind (vgl. BMFSFJ 2006: 138ff)

Die hohe Zahl der im Heim - oft gegen ihren Wunsch - untergebrachten alten Menschen ist sicherlich eine der Hauptquellen dieser enormen Steigerung, aus einer gewollten De-Institutionalisierung ist - unter dem Druck mangelnder Alternativen selbständiger Formen von Wohn- und Pflegearrangements - eine faktische Institutionalisierung geworden.

4. Der konsequente Weg zur De-Institutionalisierung von Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod in der spätmodernen Gesellschaft – Die Gemeinde und Kirchengemeinde als zentraler Akteur

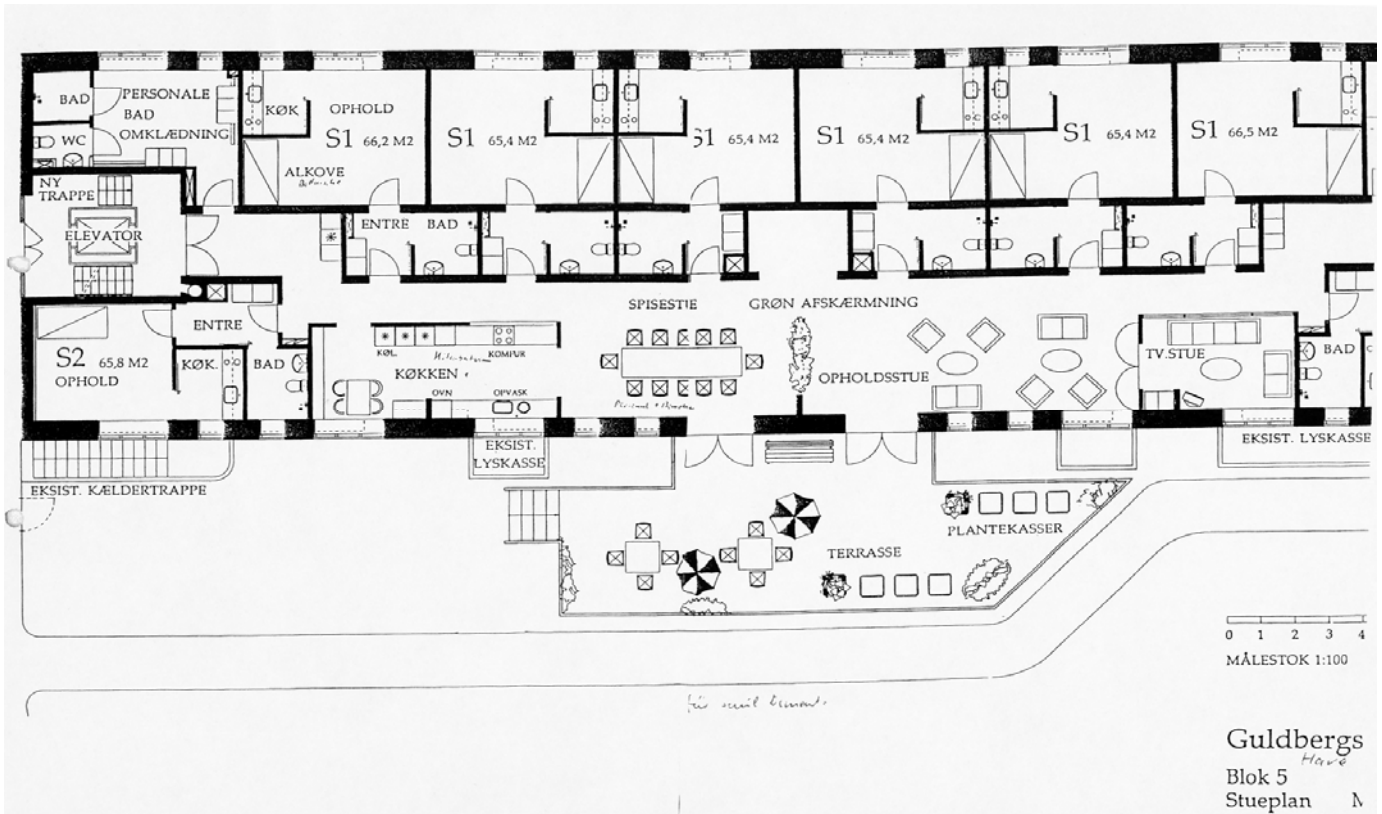
- Weiterentwicklung des sozialen Wohnungsbaus, des sog. Betreuten Altenwohnens, hin zur Ermöglichung des eigenständigen Wohnens mit Pflege bis zuletzt
- Weiterentwicklung von Initiativen ambulant betreuter Wohngemeinschaften: Wenn jeder ambulante Pflegedienst nur eine solche WG betreut, hätten wir statt 1.000 11.000 WGs mit bis zu 100.000 Plätzen.
- Berücksichtigung der Verbesserung im SGB XI aus dem Jahr 2008:
 - überproportionale Steigerung der Sätze für die ambulante Pflege

- Pools von Leistungen (für mehrere Pflegebedürftige in räumlicher Nähe oder in einer Wohnung möglich)
- Zusätzliche Förderung von Demenzzkranken und Personen, die hilfe-, aber noch nicht pflegebedürftig sind (100 bis 200€Monat, § 45 a-c SGB XI)
- Weiterentwicklung des SGB XI
 - Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit
 - Verbesserung des Assessmentverfahrens
 - Angleichung der Sätze auf gleicher Stufe der Pflegebedürftigkeit, egal ob die Laienpflege, ambulante, teil- oder vollstationäre Leistungen gewählt werden. Erst dann besteht volle Wahlfreiheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die derzeitige Regelung begünstigt immer noch die Wahl der stationären Altenpflege.
 - Einführung eines „Sabbatjahrs“ für Angehörige von Pflegebedürftigen oder sterbenden Menschen, angelehnt an die Konstruktion der Altersteilzeit
- Kommunen müssen ihre Verantwortung für alle Bevölkerungsgruppen noch einmal neu definieren, und ihre hochaltrigen, pflegebedürftigen und auch die sterbenden Menschen und deren Bedürfnisse völlig gleichsetzen mit Kindern, Jugendlichen, erwerbstätigen Erwachsenen. Damit meine ich nicht in erster Linie die Kreise und kreisfreien Städte, sondern die wirkliche Gemeinde, das Dorf, die Kleinstadt, den Stadtbezirk. Pflegebedürftigkeit ist ein quantitativ so ausgeprägtes und in der Bevölkerung weitgehend gleichverteiltes Phänomen, dass nicht die großen, sondern viele kleine Lösungen zählen, wie das Mehrgenerationenhaus, das Betreute Wohnen bis zuletzt, die Pflegewohngemeinschaft und eine ambulante Pflege, die sich ganz kleinräumig organisiert und orientiert.
- Eine Neuentdeckung oder Wiederbelebung der Nachbarschaft, wie sie sich schon abzeichnet, auch in den neuen Formen des bürgerschaftlichen Engagements

Ob das alles genügen wird, um die Institutionalisierung oder Verheimung des Alters und der Pflegebedürftigkeit aufzuhalten oder gar zurückzuführen, bleibt ungewiss. Diese Form der Institutionalisierung ist für den Typus Gesellschaft, in der wir leben, nach wie vor sehr funktional. Dennoch lassen sich viele dysfunktionale Elemente der Institutionalisierung ausmachen, von denen die geringe Akzeptanz der stationären Altenpflege, die im Übrigen bei zukünftigen Generationen älterer Menschen eher zunehmen wird, nur eines unter vielen ist. Die geringe Akzeptanz des Altenheimes als Arbeitsplatz und das schlechte Image, v.a. das Selbstbild der professionellen Altenpflege sind weitere Elemente.

Als ein Beispiel geglückter De-Institutionalisierung und Kommunalisierung der Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen möchte ich zum Schluss auf das Land Dänemark verweisen:

In Dänemark wurden ab den 70er Jahren des 20. Jh. aufgrund eines gesetzlichen Baustopps für traditionelle Altenheime nur noch Wohnapartments mit integrierter Pflege, in Trägerschaft der Kommunen, errichtet. Sie waren ausschließlich für schwer Pflegebedürftige gedacht, die im Rahmen der ambulanten häuslichen Pflege, die ebenfalls von den Kommunen getragen wird, nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Die folgende Graphik zeigt den Grundriss eines solchen Apartmentgebäudes:



- Die einzelnen Apartments (in der Regel für 1 Person) haben eine Größe von ca. 65qm.
- Die haben einen Eingangs-/Garderobebereich, ein Bad/WC mit ebenerdiger Dusche, einen großen Wohn-/Schlafbereich und eine abgetrennte kleine Küche.
- Außerhalb der Apartments beginnt die „Nachbarschaft“ mit einem großen Speiseraum neben einer Gemeinschaftsküche, einem großen Aufenthaltsraum und einem kleineren Fernsehzimmer.
- Vom Speiseraum geht es auf eine große Gemeinschaftsterrasse.
- Die professionelle Pflege kommt als ambulante zu „Besuch“ und findet sich infrastrukturell nur oben links in einem Umkleideraum mit Bad und WC wieder.

Dieses Beispiel zeigt auch, wie wichtig neben konzeptuellen Änderungen auch die Architektur von Wohn-/Pflegeeinrichtungen ist. Hier finden sich aber mittlerweile auch modernere und ansprechendere Lösungen, auch in Deutschland.

Meine Prognose für die zukünftige Entwicklung in Deutschland:

Das Heim ist ein Modell der sozialen Vergemeinschaftung mit historischen Wurzeln im Feudalismus, es passt nicht in eine spätmoderne Gesellschaft mit Individualisierung und Pluralisierung der Lebensentwürfe, wenn es auch noch so funktional in vielerlei Beziehung sein mag. Eine mehr oder weniger erzwungene kollektive Wohn- und Lebensform, in der eine große Anzahl von Schicksalsgenossen tagtäglich unter einem Dach leben, vom gleichen Anbieter ohne Wahlmöglichkeiten mit Wohnen, Essen, Pflege, Betreuung, Therapie, Förderung und Rehabilitation versorgt wird, nach einem einheitlichen, nicht von ihnen selbst bestimmtem Konzept (Merkmale der totalen Institution nach Erving Goffman 1973).

5. Die Rolle der Kirchen, ihrer Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie und der Kirchengemeinden

Zum Schluss möchte ich noch einige Gedanken zur Rolle der Kirchen und Kirchengemeinden mit ihren konfessionellen Wohlfahrtsverbänden im Reformprozess der Altenhilfe und -pflege äußern:

Die Trennung von Kirche und Staat ist selbst eines der Hauptmerkmale der Moderne und Spätmoderne. Dieser als Säkularisierung bezeichnete Prozess ist bisher v.a. als eine Schwächung der Kirche interpretiert worden, was vielleicht insgesamt eine richtige Interpretation ist. Dennoch heißt dies auch, dass sie auf gleicher Augenhöhe mit dem politischen System agiert, weder staatliche Herrschaft noch religiöse Führung können für sich Allmachtsansprüche beanspruchen.

Auch würde ich mir im Moment nicht zutrauen abzuschätzen, wer von beiden die höhere Bindungskraft auf die Bürger bzw. Mitglieder hat.

Fakt ist auf jeden Fall, dass die beiden großen Kirchen nach wie vor eine große Mitgliederzahl haben und insofern zunächst die größten Organisationen in der BRD darstellen. 2008 hatten wir noch ca. 15.500 evangelische Kirchengemeinden mit 24,5 Mill. Mitgliedern und ca. 12.100 katholische mit 25,2 Mill. Mitgliedern, beide Kennziffern sind seit vielen Jahren sinkend. Dennoch sind knapp 50 Mill. Menschen in Deutschland Mitglied einer der beiden großen christlichen Kirchen. Einen solch hohen Organisationsgrad kann sonst kein Verband, keine Partei, keine Gewerkschaft von sich behaupten, was letztlich auch gut ist. Auch die Kleinräumigkeit der Kirchengemeinden mit einer Anzahl von ca. 27.500 ist noch ungleich höher als die der politischen Gemeinden, die mit 12.200 angegeben wird (alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2010). Die Erreichbarkeit der Mitglieder praktisch aller Altersklassen dürfte also in großem Maße gegeben sein.

Die Kirchen und Kirchengemeinden stehen somit in einer besonderen gesellschaftlichen Verantwortung, auch im Reformprozess der Altenhilfe und Altenpflege.

Einerseits sind sie selbst häufig noch Träger von ambulanten Pflegediensten bzw. Gemeindepflegestationen, aber auch von Besuchsdiensten, etc. Andererseits sind sie auf der Ebene der großen Wohlfahrtsverbände „Caritas“ und „Diakonie“ der größte Anbieter der ambulanten Pflege, aber auch von teil- und vor allem vollstationären Altenpflegeangeboten. Sie stehen also an der Schnittstelle weitreichender Entscheidungskompetenz und müssen sich heute die Frage gefallen lassen, in welche Richtung die Versorgung in Zukunft gehen soll: ambulant vor stationär, oder ...?

Drei große Problembereiche in Bezug auf Kirche, Kirchengemeinden und Caritas bzw. Diakonie sehe ich:

- Die Trennung zwischen Kirche und Staat hat auch eine weitgehende Trennung zwischen Kirchengemeinden und politischen Gemeinden hervorgerufen.
- Durch die jetzt schon über 100jährige organisationale Trennung zwischen Pastoralen und Diakonie/Caritas hat sich eine große Kluft zwischen beiden Organisationsformen aufgetan. Caritas/Diakonie operieren fast schon wie große eigenständige moderne Organisationen.
- Die Kirchen, aber auch ihre Wohlfahrtsorganisationen, denken und handeln nach wie vor institutionell, sie versammeln gerne Menschen unter ihrem Dach, Komm-Strukturen und Komm-Erwartungen sind sehr ausgeprägt.

Als Denkanregung möchte ich deshalb in folgende Fragen aufwerfen:

- Ist es sinnvoll und möglich, die Kooperation zwischen der politischen Gemeinde und der oder besser den kirchlichen Gemeinden neu zu beleben, zumal ihre Bezirksgrenzen oft noch deckungsgleich sind?
- Ist es denkbar, dass auch Kirchengemeinden sich wieder stärker/häufiger als Träger von Angeboten der Altenhilfe-/pflege etablieren? Z.B. als Vermieter von Wohnraum für eine Pflege-Wohngemeinschaft, neben ihrer Trägerschaft von Altenwerken, Nachbarschaftshilfen, Besuchsdiensten etc., ohne dass Caritas- oder Diakonieverband das als Konkurrenz interpretieren?
- Wie kann die Kirchengemeinde und auch Caritas/Diakonie ihr institutionelles Denken und Tun reflektieren und verändern, statt Komm-Institutionen eher Zugeh-Dienste entwickeln?

Das katholische Altenwerk der Erzdiözese Freiburg ist sicher ein gutes Beispiel für Antworten auf diese drei Fragen, auch in seinen Untergliederungen auf der Ebene der Kirchengemeinden. Aber in die Richtung, auch unter Aspekten der Ökumene, ist sicherlich noch viel Spielraum. Darüber würde ich gerne anschließend mit ihnen weiter diskutieren.

Abschließend ein Geleitwort frei nach Heinz von Förster:

„Nicht hindert uns daran, auf eine Zukunft hinzuarbeiten, die wir uns wünschen“.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

- Altenpflege-Monitor, 2007/2008, Pressemitteilung 24.10.2007, http://www.konzept-und-markt.com/Docs/Presseinformation%20APM%20_07.pdf, download vom 5.1.2011
- Beutel, H., Tausch, D. (1989). Hospiz - Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen in Stuttgart. In: H. Beutel & D. Tausch (Hrsg.): Sterben - eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung. Stuttgart: Quell Verlag, 158-169.
- Blaumeiser, H., Klie, Th., 2002, Handbuch kommunale Altenplanung, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M.
- BMSFSJ, 2006, Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend. „Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (Stand:15.08.2006) <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/heimbericht/root.html>; hier Angaben zum Betreuungsgesetz, Abruf am 10.1.2011: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/5-Situation-bestimmter-bewohnergruppen/5-1-Rechtliche-betreuung-in-heimen/5-1-1-betreuungsstatistik-und-betreuungspraxis.html>
- BWKG (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft), 2005, <http://www.bwkg-betriebsvergleich/sterbefaelle99-04.doc>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2010, Entwicklung von Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland, Stand 31.12.2008, www.dgpalliativmedizin.de, Abruf 6.1. 2011
- Dörner, K., 1994, Wir verstehen die Moderne nur mit den Behinderten vollständig, in: Dörner, K., 1996, Kieselsteine - Ausgewählte Schriften, S. 9-38, Verlag Jacob van Hoddis, Gütersloh
- Falkenstein, K., 2001, Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe der Altenpflege, Birgitte Kunz Verlag, HagenGerostat 2009, Datenabfrage zur 1. u. 2. Welle des Alterssurveys, www.gerostat.de, Abruf am 25.10.2009
- Goffman, Erving, 1973 (1961 amer. Original), Asyl, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M.
- Gronemeyer, R., 2008, Sterben in Deutschland, Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. S. Fischer Verlag, Frankfurt/M.
- Netdoktor 2009, <http://www.netdoktor.de/Gesund-Leben/Alter+Pflege/Wohnformen/Senioren-WGs-6182.html>, Abruf 24. 10. 2009)
- Netz, P., Steinkamp, G., Werner, B., 1996, Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke, Leske + Budrich, Opladen, 280 S.
- Oescher, G., Uhlig, K., Wittrodt, H., 2003, Zum Entwurf eines weiterentwickelten Systems der rechtlichen Betreuung psychisch kranken und geistig behinderter Menschen in Deutschland, In: bt-info1/2003, S. 8-31)
- Saup, Winfried; Eberhard, Angela; Huber, Rosemarie; Koch, Kristin: Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen. Verlag für Gerontologie A. Moeckl (Augsburg) 2004. 124 Seiten
- Schneekloth, U./Wahl, H. W., (Hrsg.), 2005, Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Frauen und Jugend, [www.bmfsfj.de/.../mug3-ingetrierter-gesamtbericht, property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/.../mug3-ingetrierter-gesamtbericht_property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf); Abruf 25.10.2009
- Schubert, R., 2008, in: Steinhagen-Thiessen, E., 2008. Studentische Beiträge zur Veranstaltung *Klinisches Vertiefungsfach „Geriatric“* aus dem Wintersemester 2007/08. Leitung der Veranstaltung Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen, Forschungsgruppe Geriatric, Charité (Berlin), www.umi.cs.tu-bs.de/geriatric/Zusammenfassung%20Geriatric%20WS07_08.pdf, download vom 21.11.2010
- Statistisches Bundesamt, Statistische Jahrbücher der BRD 1952-2010, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, Eckdaten der Pflegeversicherung, Wiesbaden

Werner, B., 1997, Demenz - Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter. Aspekte einer psychischen Erkrankung im Alter aus einer gesundheitswissenschaftlich-interdisziplinären Blickrichtung, Juventa, Weinheim, 372 S.

Werner, B., 2004, Das pflegerelevante soziale Netzwerk demenzkranker alter Menschen, In: PrInternet, 7-8, 2004, hps-Verlag

Werner, B., 2009, Die Tagespflege in der Altenhilfe. Ein noch junges Versorgungsangebot mit Effekten auf die vollstationäre Pflege. De-Institutionalisierungsprozesse in der bundesdeutschen Altenhilfe/-pflege, in: Pflegewissenschaft - PrInternet, Dez. 2009, hps-Verlag

Wilkening, K., Kunz, R., 2003, Sterben im Pflegeheim – Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Bundesinitiative "Daheim statt Heim"

AUFRUF

für ein Leben behinderter und
älterer Menschen in der Gemeinde

Behinderte und ältere Menschen, sollen wie alle anderen Menschen auch, so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung und im gewohnten Umfeld leben können. Zur Verwirklichung des gesetzlich normierten Wunsch- und Wahlrechtes müssen sie die nötige Unterstützung bekommen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir für:

- **einen Baustopp für neue Heime,**
- **den Abbau bestehender Heimplätze,**
- **den flächendeckenden Aus- und Aufbau individuell- bedarfsdeckender vernetzter Unterstützungsangebote für ältere und behinderte Menschen,**
- **die Garantie der Wahlmöglichkeiten der Betroffenen, u.a. durch persönliche Budgets,**
- **die Gewährleistung des Grundsatzes "Daheim statt Heim" in allen gesetztes- und verwaltungstechnischen Regelungen auf allen Ebenen und in der Praxis,**
- **die Beteiligung der Betroffenen an dem Reformprozess nach der Devise "Nichts über uns ohne uns".**

Unterstützen auch Sie diesen Aufruf und setzen Sie sich mit uns für ein Leben von behinderten und älteren Menschen Daheim statt im Heim ein!

Sie können sich hier in die [Unterstützerliste eintragen](#).

ErstunterzeichnerInnen: Silvia Schmidt, MdB, Ottmar Miles-Paul (Behindertenbeauftragter des Landes Rheinland-Pfalz), Karl Finke (Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen und Bundessprecher Netzwerk „Selbst Aktiv“), Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Wolfram Scharenberg (Evangelische Stiftung Alsterdorf), Fritz Bremer (Dipl.Päd., Buchautor), Elke Bartz (ForseA e.V.), Roger Schmidtchen (Trägerwerk Soziale Dienste e.V.), Evangelische Stiftung Hephata Mönchengladbach, Theresia Brechmann (Verein Alt und Jung e.V.), Rolf Stöckel, MdB, Markus Kurth, MdB, Ilja Seifert, MdB, Prof. Dr. Georg Theunissen (Dekan der Philosophischen Fakultät der Martin-Luther Universität Halle), Wolfgang Wodarg, MdB, Ulrike Ernst (Netzwerk „Selbst Aktiv“), Horst Frehe (Richter am Sozialgericht Bremen), Dr. Rudolf Turber (Fachjournalist für Belange von Menschen mit Behinderung), Claus Fussek (Pflegeexperte), Dr. Andreas Jürgens (Sprecher Forum behinderter Juristen), Verw. Prof. Dr. Gisela Hermes (HAWK Hildesheim), Gabriele Lösekrug-Möller, MdB, Dr. Henning Scherf (Bürgermeister a.D. und Präsident des Senats der Freien Hansestadt Bremen a.D.), Dr. Richard Auernheimer (Staatssekretär und Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz a.D.)