

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner: „De-Institutionalisierung im Lichte von Selbstbestimmung und Selbstüberlassung – Absichten, Einsichten und Aussichten entlang der Sozialen Frage“

Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Behinderung ohne Behinderte!? Perspektiven der Disability Studies“, Universität Hamburg, 27. November 2007

J.H.: Herzlich willkommen zur heutigen Sitzung unserer Ringvorlesung! Unser heutiger Gast ist eine Ikone der De-Institutionalisierung, sein Name verknüpft sich in Deutschland mit der Reform-Psychiatrie-Bewegung und ist durch die Auflösung des Heimbereichs der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh Mitte der 1990'er Jahre bekannt geworden, für die er als ärztlicher Leiter verantwortlich war. Sein Engagement speist sich aus dem Imperativ, den Theodor Adorno wie folgt benennt: „Dass Hadamar nie wieder sei“, in Abwandlung des bekannten Diktums. Seine überaus kritischen, sich selbst in seiner Rolle als Arzt nicht schonenden Beiträge zur Aufarbeitung der Medizin in der NS-Zeit, sein energischer Einsatz für die Akzeptanz von psychischer Erkrankung betroffener Menschen, sein stets wachsames Engagement als scharfer Kritiker neuer wie alter eugenischer Bewegungen und sein solidarisches Eintreten für eine Medizin vom Letzen, vom Schwächsten her, haben ihn weit über die Grenzen bekannt gemacht! Ich begrüße ganz herzlich bei uns Herrn Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, herzlichen Dank für Ihr Kommen, Herr Dörner, wir sind sehr erfreut und fühlen uns zutiefst geehrt, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind!

Klaus Dörner ist Autor unzähliger Veröffentlichungen, darunter Klassiker wie „Irren ist menschlich“ (1978) und „Tödliches Mitleid“ (1993). Bis heute hat er sich unermüdlich am Kampf um die Auflösung von Heimen und Sonderinstitutionen beteiligt. Entsprechend lautet der Vortrag „De-Institutionalisierung im Lichte von Selbstbestimmung und Selbstüberlassung – Absichten, Einsichten und Aussichten entlang der Sozialen Frage“ – lieber Herr Dörner, Sie haben das Wort!

K.D.: Ja, wenn schon Ehre, dann auch umgekehrt, ich fühle mich ebenso geehrt! Was ich nicht wusste, ist, heute in der einzigen universitären Einrichtung dieser Art in Deutschland mitwirken zu dürfen. Das Thema, das Sie mir gestellt haben, ist sehr komplex. Und ich werde nur einige Schneisen hinein schlagen. Wir müssen gucken, ob wir in der Diskussion das dann in der Richtung vertiefen, die Sie am meisten interessiert. Weil Sie in Ihrem Thema die soziale Frage formuliert haben, bin ich gezwungen, historisch und theoretisch anzufangen und werde dann später mehr praktisch.

Vor allem die Industrialisierung im 19. Jahrhundert hat dazu geführt, dass es in Europa zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte Vollbeschäftigung gab. Und das bedeutete, man strengte sich an, dass möglichst alle arbeitsfähigen Menschen in die industrielle Arbeit hineingebracht wurden. Nun gab es aber viele Familien, in denen arbeitsfähige Familienmitglieder nicht in die Fabriken umgeleitet werden konnten, weil es dort Menschen - heute würde man sagen mit Assistenzbedarf, Pflegebedarf, Kontrollbedarf etc. - gegeben hat. Daraus ergab sich die Frage: Was sollen wir mit den hilfebedürftigen Menschen anfangen? Wie viel sind sie uns wert, um ihre Familienmitglieder frei zumachen für die industrielle Arbeit? Die Antwort auf diese soziale Frage war ein flächendeckendes System von möglichst großen Einrichtungen, Institutionen, Anstalten, spezialisiert nach Behinderungsart - also die Institutionalisierung des Hilfebedarfs, des Helfens, zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte; und zwar so, dass sich in den Institutionen nun auch die modernen helfenden Berufe bilden konnten. Alles, was wir an helfenden Berufen kennen, hat sich in den Institutionen und durch die Institutionalisierung des Helfens im Großen und Ganzen entwickelt und viele dieser helfenden Berufe sind bis heute davon geprägt.

Damit haben wir zwei Prinzipien, die das gesellschaftliche Hilfesystem der Moderne im 19./20. Jahrhundert geprägt haben: Zum einen die Institutionalisierung des Helfens, zum anderen die Professionalisierung des Helfens. Soziale Frage kann man das Ganze auch deswegen nennen, weil diese neue moderne Versorgungsstrategie im Wesentlichen nur die Familien betraf, die zu den armen oder bestenfalls zu den mittelständischen Familien gehörten. Alle Menschen und alle Familien, die hinreichend viel Geld hatten, brauchten dieses System nicht, da sie ihre Bedürfnisse anders, d.h. persönlicher und individueller befriedigen konnten.

Von heute her betrachtet war die Einführung eines solchen Hilfesystems ein Schritt, dessen Folgen die Erfinder noch gar nicht absehen konnten. Deswegen sind die negativen Seiten dieser gesellschaftlichen Operation auch erst sehr viel später, teils heute noch nicht richtig erkannt worden. Um das an einem Beispiel deutlich zu machen, was mir nun nahe liegt, weil ich aus der Psychiatrie komme und meine berufliche Lebenszeit mit psychisch Kranken verbracht habe: Wenn man aus einer Stadt oder einem Landkreis alle schwerer hilfsbedürftigen psychisch Kranken herauslöst, sie aus ihren Lebenswelten heraus entwurzelt, selektiert, homogenisiert (nur noch psychisch Kranke) mit psychisch Kranken in tendenziell lebenslänglichen Institutionen konzentriert, dann ist die unvermeidliche Folge, dass diese Bevölkerungsgruppe an Wertschätzung in der Gesamtgesellschaft mit der weiteren Folge verliert, dass spätestens in Krisenzeiten auch die Gewalthemmschwelle gegenüber einer solchen entwerteten, entwürdigten Bevölkerungsgruppe sich senken wird. Diejenigen, die diese abnehmende Wertschätzung und die zunehmende Gewaltbereitschaft in eigenes Tun zu übersetzen haben, sind natürlich vor allem die helfenden Berufe, also die Professionellen, die Profihelfer, und zwar ohne dass sie das in der Regel so richtig selber mitbekommen. Sie sind die Exekuteure der gesellschaftlichen größeren oder kleineren Wertschätzung. Wenn man sie fragt, wofür bist du da, sagen sie immer, einerseits für die Hilfsbedürftigen, assistenzbedürftigen Menschen und andererseits für die Gesellschaft als Ganzes.

Wenn man danach fragt, wann und wie das begonnen hat, lässt sich sagen, dass im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts immer geringgradiger Behinderte als anstaltsbedürftig angesehen wurden, so dass die Anstalten nicht nur größer und damit anonym wurden, sondern auch die Quadratmeterzahl für jeden einzelnen Behinderten sank. Und schon in der zugestandenen Quadratmeterzahl drückt sich Wertschätzung aus.

Zu konkretem Handeln ist es wohl erstmals gekommen, als die Ärzte in den Anstalten anfangen, präventiv zu denken und zu handeln. Das heißt, Menschen auch gegen oder ohne ihren Willen unfruchtbar zu machen, zu sterilisieren. Dies begann nämlich schon genau genommen – soweit erforscht – im Jahre 1893 und breitete sich derart aus, dass der deutsche Reichstag 1914 ein Sterilisationsgesetz plante - und zwar nicht, um die Sterilisierung zu erlauben, sondern um das wilde und allzu brutale Sterilisieren der Ärzte zu kanalisieren bzw. einzuschränken. Dazu ist es zwar nicht gekommen, aber die Mentalität, die damit zum Ausdruck kam, macht deutlich, wovon ich spreche.

Zu Beginn des 1. Weltkriegs beschloss die Reichsregierung dann, alle Menschen in Institutionen in ihrer Ernährung so weit einzuschränken, dass es als Folge davon zu einer erhöhten Sterblichkeit kommen sollte - eine Übersterblichkeit, wie man das als terminus technicus formuliert hatte. Und Ende des ersten Weltkriegs ließ sich dann auch feststellen, dass es in den Anstalten eine Übersterblichkeit von 70.000 dort institutionalisierten Menschen gegeben hat. Man hat das dann später die ‚stille‘ Euthanasie genannt, weil sie so verstohlen vonstatten ging, dass weder die Vertreter der helfenden Berufe, egal welcher Art, noch die Berufsverbände oder aber auch die Kirchen in irgendeiner Art und Weise dagegen öffentlich gesprochen hätten.

Man muss also gar nicht so sehr von den Verbrechen der Nationalsozialisten sprechen, also von Hadamar. Hadamar steht als Symbol für die Anstalt, wo am meisten Menschen mit Behinderungen ermordet worden sind, wo sich sagen lässt, was für die Juden Auschwitz war, war für die Menschen mit Behinderung Hadamar. Die beiden schlimmsten Verbrechen waren einerseits die Zwangssterilisierung und andererseits die so genannte Euthanasie, das heißt die Ermordung von Menschen mit Behinderung, psychischer Erkrankung etc. Beides war vorher bereits erfunden, beides stand im Zeichen der Modernisierung der Gesellschaft, im Zeichen des Fortschritts, im Zeichen der präventiven Gesundheitsförderung des einzelnen Menschen wie der gesamten Gesellschaft. Alles war bereits vorher schon erfunden worden und musste von den Nationalsozialisten im Grunde genommen nur aufgegriffen, konzentriert und vielleicht ein wenig radikalisiert werden.

Heute wissen wir, dass jeder Bürger, der wegen irgendeiner „Störung“ längerfristig in eine der Anstalten kam – in die Landeskrankenhäuser, Hospitäler, Großheime -, mit dem Hungersterben zwingend rechnen musste, und zwar von 1914 bis zum Jahr 1948. Es gab nur vier Jahre dazwischen, in denen dies nicht der Fall war, von 1924 bis 1928. Das ist sehr minutiös ausgerechnet worden anhand der Wirtschaftsberichte der Krankenhäuser, indem Versorgungsrationen ausgerechnet worden sind – ein weiteres, leider sehr hartes Faktum, das wir zur Kenntnis nehmen müssen. Diese bisher weithin noch nicht berücksichtigte Form der Euthanasie ist noch nicht lange bekannt, weil es sehr lange gedauert hat, die entsprechenden Daten zusammenzutragen und auszuwerten - man kann das aber inzwischen nachlesen und auch nachprüfen.

Angesichts dieser gesamtgesellschaftlich gut etablierten Tradition des Umgangs mit behinderten Menschen, wo die größten Gefahren für die Behinderten gerade von den Sozialprofis ausgingen, fragt man sich mit Recht, wie, wann und warum es irgendwann eine Änderung gegeben hat, um das an dem ersten Begriff meines

Vortragstitels festzumachen - also wo die Neigung, Menschen zu institutionalisieren, umgeschlagen ist in die Neigung, Menschen mit Behinderung zu de-institutionalisieren. Damit habe ich mich lange beschäftigt. Zwar ist uns bekannt, dass in Europa die skandinavischen Staaten, also Schweden, Norwegen Dänemark, Finnland und in Nachbarschaft damit auch England, mit der De-Institutionalisierung nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen haben, aber warum eigentlich? Warum überhaupt, nach einer so erfolgreichen, entgegengesetzten und überaus effizienten Institutionalisierungstradition, die es natürlich auch in Skandinavien gegeben hat, nicht nur in Deutschland. Warum, wieso, und wo und wann - ich habe mir den Spaß gemacht und schon vor langer Zeit damit angefangen, alle noch lebenden skandinavischen Pioniere des Normalisierungsprinzips, der De-Institutionalisierung, der Community Care aufzusuchen bzw. zu interviewen.

Diese Pioniere wussten selber nicht genau, warum sie 1948 oder 1952 damit angefangen haben zu sagen, Menschenrechte müssen für alle, auch für Behinderte, gelten. In der Zwischenzeit habe ich aber eine Quelle aus Dänemark gefunden, ein Buch, das eine Behindertenpädagogin namens Birgit Kirkebaek über den Beginn der Normalisierungsidee und der Normalisierungspraxis geschrieben hat. Sie erzählt darin eine Geschichte, spannend wie ein Krimi. Es war nämlich so, dass Dänemark im selben Jahr wie Nazideutschland, nämlich 1934, ein Zwangssterilisierungsgesetz erlassen hatte - das gab es ja in vielen Ländern, da haben wir in Deutschland keinen alleinigen Anspruch drauf. Das dänische Zwangssterilisierungsgesetz sah die Möglichkeit vor, dass gerade leichter behinderte, die ja als besonders fortpflanzungsgefährlich galten, auch gegen ihren Willen in eine Anstalt eingewiesen werden konnten, um dort diagnostiziert zu werden - und notfalls so lange darin zu bleiben hatten, bis sie sich einverstanden erklärten mit der Sterilisierung, erst dann durften sie die Anstalt wieder verlassen.

Und dagegen hatte sich eine kleine Zahl von dänischen Bürgern zusammengeschlossen, einmal Angehörige oder Eltern, aber auch eine ganze Reihe von Bürgern, die überhaupt nicht davon betroffen waren, die das nur für ein schreckliches Unrecht hielten. Sie schlossen sich zusammen und fingen damit an, Protestkundgebungen zu organisieren und durchzuführen - zu manchen Veranstaltungen kamen über 1.000 Menschen, was in Dänemark viel ist. Sie schrieben Petitionen an die Regierung - und das auch während der deutschen Besatzung, als sie nur unter Polizei „schutz“ tagen durften. Jahrelang stießen sie auf völlig taube Ohren, kein Mensch hat ihnen zugehört. Sie galten als Spinner, als Sektierer, und bekamen selbst von wohlmeinenden dänischen Regierungsvertretern immer bloß gesagt: „Liebe Angehörige, liebe Bürger, was wollt ihr denn, die Fachleute, die Experten und nicht zuletzt die Ärzte haben uns gesagt, dass das die richtige Politik ist, und die verstehen ja mehr davon als ihr“.

Und es dauerte bis 1948, von 1934 an hatten sie erfolglos gekämpft. 1948 gab es dann die ersten dänischen Regierungsvertreter, die sich die kluge Frage stellten, ob diese kritischen Bürger nicht doch mehr Recht haben könnten als die Fachleute, die Professionellen, insbesondere die Ärzte. Das brachte den Durchbruch in Skandinavien, denn es fiel nun vielen Regierungsvertretern wie Schuppen von den Augen, als sie merkten, was sie angerichtet hatten. So kam diese ganze De-Institutionalisierungs-Bewegung zustande, weitete sich aus und wurde im Laufe von vielen Jahren zu einer weltweiten Bewegung - wobei man gleich einschränkend hinzufügen muss: Durchgreifend wirksam war diese Bewegung eigentlich auch nur in den Ländern, in denen sie entstanden ist. Nur Schweden und Norwegen sind soweit, dass sie so gut wie ohne jede Sonderinstitution für Menschen mit Behinderung auskommen, und die Schweden haben noch eins drauf gesetzt, sie haben inzwischen, nachdem die Praxis bewies, dass ein ganzes Land auch ohne Institutionen sehr gut leben kann - besser leben kann als vorher -, noch ein Gesetz

erlassen, das es verbietet, Menschen wegen einer Behinderung in Institutionen zu halten. Soweit ist in der ganzen Welt noch kein anderes Land bisher gekommen.

Gleichwohl schwappte diese Welle auch über die anderen Länder und kam auch nach Deutschland. Ich denke hier etwa an die Bewegung der Bundesvereinigung Lebenshilfe für die Geistigbehinderten, in der ähnlich wie in Dänemark und Schweden auch die Angehörigen damit anfangen, die bis dahin tonangebenden Profihelfer in Frage zu stellen und zu kritisieren. Die Lebenshilfe gründete sich 1958.

Es sollte aber auch nicht vergessen werden, dass es auch schon vorher einzelne Menschen mit Behinderungen gab, die - obwohl noch wirklich alles gegen sie sprach - es geschafft haben, sich selbst aus diesen Institutionen zu befreien und deswegen möchte ich hier die Testfrage stellen: Wer von Ihnen kennt Fredi Saal? Fredi Saal war für mehrere Generationen von sich emanzipierenden Behinderten gewissermaßen das große Vorbild. Er war eigentlich ‚nur‘ körperbehindert – ich sage das mal in Gänsefüßchen – und darüber hinaus aber derartig sprachbehindert, dass er von den Experten immer auch gleich als Geistigbehinderter angesehen und entsprechend behandelt wurde. Seine Mutter hat ihn noch vor den Nazis gerettet, er ist ungefähr so alt wie ich, Jahrgang 1933. Aber dann kam er doch in eine Einrichtung für Geistigbehinderte - und von dort hat er sich 1953 selber befreit, trotz seiner Behinderung hatte er es irgendwie geschafft, dort herauszukommen. Er ist von dort aus zurück nach Hannover gegangen, wo seine Familie lebte, ist aber nicht nach Hause zurückgegangen, sondern hat eine kleine Untermietswohnung gemietet, z. T. auch gearbeitet und wurde dann von der Volkshochschule Hannover gebildet. Und zwar so gebildet, dass man ihn zum Schluss einen philosophisch rundum gebildeten Menschen nennen konnte - und zwar den ersten in Deutschland, der Behinderung philosophisch reflektiert hat. Damit Sie Fredi Saal nie wieder vergessen, gebe ich jetzt mal seine Autobiographie herum. Seiner Biografie hat er den Titel gegeben "Warum



sollte ich jemand anders sein wollen?". Und Sie sollten, wenn Sie im ZeDiS eine Institutsbibliothek haben, sich das dringend zulegen, ihn auch mal einladen

Als die Zeiten dann etwas freier wurden - Stichwort 1968, haben sich viele Menschen an Fredi Saal orientiert - beispielsweise auch jene, die man in diesen Zeiten dann die Krüppelbewegung genannt hat, also Körperbehinderte, die in der Öffentlichkeit demonstriert haben und sich zusammenschlossen. Das war etwas völlig Neues, dass Menschen wegen ihrer Behinderung zu einem freiwilligen Zusammenschluss kamen, Selbstinitiativen gründeten und darüber hinaus auch noch politisch tätig wurden. Und möglicherweise wissen viele von Ihnen auch nicht mehr, dass wir es der 68er-Bewegung zu verdanken haben, dass ein Segment der Institutionalisierung von Menschen mit Behinderung, nämlich das Segment der Jugendlichen, innerhalb weniger Jahre so gut wie aufgelöst war, also die Kinder- und Jugendheime, insbesondere auch die geschlossenen. Das wurde möglich, weil die Zeit damals so offen war dafür - da traute sich niemand, dagegen Stellung zu nehmen, auch die Experten nicht, so dass von 1968-1973 dieses komplett flächendeckende System von Kinder- und Jugendheimen zwar nicht völlig verschwunden war, aber doch zu 80-90 % - ersetzt durch ambulante Hilfe-Formen, Wohngruppen oder was man sonst für richtig hielt.

Das ist damals möglich gewesen, weil die Zeit es ermöglichte. Weil die Menschen es plötzlich als besonders fragwürdig ansahen, Kinder und Jugendliche in institutionalisierte und marginalisierte Lebensweisen hineinzudrängen. Bei Erwachsenen konnte man das weiterhin tun und bei Alterspflegebedürftigen sowieso – aber nicht bei Kindern und Jugendlichen. Übrigens: Soweit Schweden und Norwegen in der Auflösung der Behinderteninstitutionen auch sind, das gilt keineswegs für Alterspflegeheime, für Demenzkranke, das ist auch dort noch relativ „verheimt“.

Im Bereich der Psychiatrie, der erwachsenen psychisch Kranken, kann man die 68er-Zeit zudem als Ermöglichung von so etwas wie einer Psychiatriereform bezeichnen, auch wenn diese Reform nur zu sehr relativen Erfolgen geführt hat. Die Erfolge verdanken sich auch hier der Selbsthilfe oder dem Selbstbestimmungsgedanken. Es hatte sich zunächst nur eine kleine, reformorientierte Minderheit von engagierten Professionellen - also nicht die Profiverbände im Allgemeinen, die blieben unangetastet -, zusammengeslossen in einem Selbsthilfeverband der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“. Das entscheidende Kriterium war, dass diese DGSP offen war für alle - und vor allem offen für alle Berufsgruppen. Das war damals etwas völlig Neues, weil es bis dahin üblich war, dass jede Berufsgruppe eine eigene Verbandspolitik betrieb. Das klingt unwichtig, ist aber von entscheidender Wichtigkeit gewesen: Ärzte, Psychiater, Psychologen, Ergotherapeuten, Erziehern, Krankenschwestern, Ökotrophologen - sie alle waren in diesem einen Verein tätig, so dass niemand die Verbandstätigkeit so recht dafür nutzen konnte, eine eigene Berufspolitik zu betreiben, die die eigenen beruflichen Interessen, Gehaltssteigerungsinteressen etc. vertreten konnte, weil immer alle zusammen waren. Dann haben sich relativ schnell 1980 die Angehörigen psychisch Kranker zu einem Selbsthilfeverband zusammengeslossen. Bis 1990 allerdings – also noch rund zehn Jahre später - hat es gedauert, dass die psychisch Kranken sich selbsthilfefähig gemacht haben und sich auch zu einem Bundesverband zusammengeslossen haben, mit dem Titel „Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen“ - eine Leistung der Dorothea Buck, die selbst Jahrzehnte in Anstalten verbrachte und auf diese Weise uns Professionellen sagen wollte: „Wenn ihr behauptet, eine Erfahrungswissenschaft zu betreiben, dann müsst ihr euch erinnern, dass wir Betroffenen die einzigen sind, die Erfahrungen haben - und die Erfahrungen, die ihr wollt, müsst ihr von uns beziehen!“.

So ist es zumindest zu Ansätzen einer Psychiatriereform und der Verbesserung von Möglichkeiten gekommen, außerhalb von Institutionen leben zu können. Von den

psychiatrischen Großkrankenhäusern ist gleichwohl Gütersloh in Westfalen das einzige geblieben, das sämtliche 435 chronisch psychisch Kranke, die auf Lebenslänglichkeit als Unheilbare dort untergebracht waren, zwischen 1980 und 1996 in eigene Wohnungen entließ – in eigene Wohnungen oder Wohngruppen, und zwar ohne jede Ausnahme. Es ist leider Gottes der einzige Fall geblieben, wo wir für einen Einzugsbereich von einer Million Einwohnern beweisen konnten, dass das, was die Skandinavier gekonnt haben, auch in Deutschland möglich ist. Weil das einzige Buch, das es darüber gibt, Ihnen mit Sicherheit noch unbekannter sein wird, habe ich es Ihnen mitgebracht: „Ende der Veranstaltung“ - ein Titel, auf den wir heute noch ziemlich stolz sind. Von all den Büchern, die ich geschrieben habe und die zum Teil zu Anfang aufgezählt worden sind, gibt es kein Buch, das so unbekannt geblieben ist, wie eben dieses: "Ende der Veranstaltung" - das hat offenbar niemandem interessiert, denn wenn es Professionellen interessiert hätte, wäre es für sie nur von Nachteil gewesen, sie hätten sich dann nämlich die Arbeit machen müssen, sich selbst radikal in Frage zu stellen, denn De-Institutionalisierung bringt es unter Umständen auch mit sich, dass dabei Arbeitsplätze für Professionelle verloren gehen. Das ist wahrscheinlich auch der Grund, warum das Buch so unbekannt geblieben ist und die Antwort darauf, warum es kein anderes Großkrankenhaus ähnlich so gemacht hat. Man kann uns Sozialprofis wirklich nicht nachsagen, dass wir mehr an den Behinderten als an unseren eigenen Interessen engagiert sind!

Wenn Sie mich fragen, wodurch uns das möglich geworden ist, kann ich auf der allgemeinen Ebene sagen, dass wir bei dieser De-Institutionalisierung immer nur Fehler gemacht haben – um nicht zu sagen, wir haben alles falsch gemacht, das ist im Buch auch gut beschrieben. Das Einzige, was man uns zugute halten konnte, ist, dass wir aber auch damit gerechnet haben, dass wir als Professionelle Fehler machen würden. Und dass wir die davon Betroffenen, die Menschen mit Behinderung, die psychisch Kranken ermutigen konnten, uns zu sagen: Was ihr da gemacht habt, war ein Fehler, ihr müsst es anders machen! So haben wir uns gemeinsam entwickelt und

Veränderung ermöglicht, aber letztlich nur dadurch, dass wir uns als Professionelle haben sagen lassen von den psychisch Kranken, wie es richtig ist.

Ich benenne dafür nur ein Beispiel, weil das einschlägig für den Titel mit der „Selbstbestimmung“ ist: Ich habe eine von diesen 435 Menschen, eine 70-jährige Frau, in ihrer neuen Wohnung, wo sie alleine lebte, besucht. Sie hat mich ordnungsgemäß bewirtet und von dieser wunderbaren neuen Wohnung geschwärmt und erzählt, dass sie sich in den 25 Jahren, in denen sie in der Anstalt lebte, nach so etwas immer gesehnt, aber nicht daran geglaubt hatte, dass sie so etwas je kriegen würde, dass das jetzt das Schönste von der Welt sei, dass aber trotzdem immer noch etwas fehle. Ich war nicht amüsiert, das zu hören, weil voller Stolz über meine Leistungen wollte ich natürlich irgendwelche Äußerungen von Dankbarkeit erhalten und nach Möglichkeit nicht mehr. Und auf meine Frage, was denn nun schon wieder fehle, ist diese gute Frau sehr nachsichtig, behutsam und geschätschtherapeutisch mit mir umgegangen und hat mir etwa Folgendes gesagt: „Stellen Sie sich mal vor, Herr Professor, Ihnen wäre es so ergangen wie mir und jetzt hätten Sie diese wunderbare Wohnung und könnten sich auch von Herzenslust darüber freuen! Endlich, nach 25 Jahren, alle Möglichkeiten der Selbstbestimmung in den eigenen Händen zu halten, alles selbstbestimmt selber zu regeln, aber das nicht nur tage- und wochenlang, sondern monate- und jahrelang. Immer ganz allein nur mit Ihrer Selbstbestimmung zu leben, das würden Sie, Herr Professor, keine 14 Tage aushalten“.

Und über diese geniale, nicht zu widerlegende Belehrung - und einer ganzen Reihe anderer Belehrungen dazu - kamen wir allmählich auf den Trichter, dass so wie wir Profihelfer auch die Menschen mit Behinderung zwar ganz entscheidend ein Selbstbestimmungsbedürfnis haben, dass es aber offenbar noch ein weiteres Bedürfnis gibt, das genauso wichtig, genauso vital sei, und dafür haben wir ganz viele verschiedene Worte gesucht. Ich bin jedenfalls hängen geblieben bei der Benennung dieses anderen Bedürfnisses, das komplementär und ergänzend zu

jenem Grundbedürfnis der Selbstbestimmung steht: Das Grundbedürfnis, Bedeutung für Andere zu haben, von Anderen gebraucht zu werden, für Andere notwendig zu sein. Um Gottes Willen nicht zu viel davon! Aber auch nicht zu wenig, nicht gar nicht; denn sonst komme ich in meiner Selbstwertgefühligkeit nicht so recht vor.

Unsere Erkenntnis war dann der Startschuss dafür, dass wir sicherlich sehr grob und primitiv danach gefragt haben, wie man sein Grundbedürfnis an Bedeutung für Andere befriedigen kann - oder noch konkreter ausgedrückt: Wie kommt jeder zu seiner für ihn geltenden Tagesdosis an Bedeutung für Andere? Das kann für den einen mehr, für den anderen weniger sein, jeder braucht eine bestimmte Tagesdosis. Und nun weiß ich auch, dass es unzählige Möglichkeiten gibt, dieses Bedürfnis zu befriedigen. Aber wenn man für alle diese über 400 Menschen daran denkt, dann ist man schon relativ gut, wenn man sagt, eine Möglichkeit, dieses Bedürfnis nach Bedeutung für Andere zu befriedigen, ist, dass man allen Menschen nach Möglichkeit Gelegenheit verschafft, zu arbeiten.

Und so ist es dazu gekommen, dass wir nicht nur das bekannte Instrument der Werkstatt für Behinderte hatten, sondern wir haben auch die erste Selbsthilfefirma - Integrationsfirma für psychisch Kranke - geschaffen. Wir haben diesen Typ der sogenannten Zuverdienstfirma geschaffen, weil uns beispielsweise diese Frau, von der ich gesprochen habe, uns sagte, dass sie das Bedürfnis habe, etwas Sinnvolles für Andere zu tun und dafür Geld zu verdienen - in einer normalen Werkstatt für Behinderte käme sie gar nicht rein, aber es kribbele ihr in den Fingern, sie könne zwar nicht sechs oder acht Stunden am Tag arbeiten, aber eine Stunde am Tag oder zwei Stunden, das sei möglich. Sie hat dann von der Möglichkeit, in der Zuverdienstfirma zu arbeiten, auch Gebrauch gemacht und diese eine Stunde am Tag bedeutet ihr so viel, wie für andere acht Stunden. Den Prototyp haben wir übrigens „Industriecafé“ genannt, um mit dieser Paradoxie auszudrücken, dass es eine Zone ist, wo man je nach Bedarf dort hingehen, eine oder zwei Stunden die dort

vorrätigen, einfachen Produktionsprozesse übernehmen und anschließend dann auch das dadurch verdiente Geld mitnehmen kann, und all dies in völliger Freiheit, wie man sich gerade so fühlt.

Wir haben in diesem Zusammenhang den Begriff des Stundenlöhners neu erfunden und ich kann im Nachhinein mit ziemlicher Sicherheit sagen, dass wir nur dadurch erfolgreich sein konnten, indem wir nicht nur den Bedürfnissen des Selbstbestimmungsgefühls und einer möglichst befriedigenden Wohnumgebung Rechnung getragen haben, sondern gleichzeitig auch von den Betroffenen selber darauf hingewiesen worden sind, dass wir jenes andere Bedürfnis nach Bedeutung für Andere, beispielsweise über das Angebot von Arbeitsmöglichkeiten, ebenfalls befriedigen müssen. Nun waren natürlich Menschen mit entsetzlichen Verhaltensstörungen dabei, ferner solche Menschen, die lange in der Forensik einsaßen – halt alles, was es im Bereich von einer Millionen Menschen so gibt. Sie alle haben zwar in einer eigenen Wohnung leben können, aber dass sie dies auch weiterhin konnten, dafür war die Entdeckung dieses anderen Bedürfnisses, Bedeutung für Andere zu haben, von entscheidender Bedeutung.

Bei der Gelegenheit haben wir natürlich auch festgestellt, warum wir Profihelfer dieses zweite Bedürfnis so furchtbar schwer erkennen können: Nämlich weil wir denken, dass zum Helfen wir ja zuständig sind, dass wir genau für Andere da sind! Dass wir auch gut bezahlt werden dafür, dass wir Bedeutung für Andere haben! Und dass wir Menschen mit Behinderung dasselbe Bedürfnis erst gar nicht unterstellen. Wir sind die handelnden Akteure, die Protagonisten des Geschehens! Das ergibt dann diesen fatalen Beigeschmack der professionellen Helfer, damit züchtet man im subjektiven Selbstverständnis nämlich lauter Menschen heran, die denken, sie wären gute Menschen, bessere Menschen als Andere - und ganz sicher bessere Menschen als die, denen wir gnädigerweise unsere Hilfe zu deren Besten angedeihen lassen! Das ist der Kern dessen, was ab 1968 mit der Paternalismus-Kritik, auf Ärzte

bezogen, sich allmählich verbreitete, aber heute leider immer noch nicht überall angekommen ist.

Die Geschichte der Wertschätzung und der Kritik des Selbstbestimmungsbedürfnisses – wenn Sie mir dieses Thema gegeben hätten, was Sie leider nicht getan haben - kann man vor allem zwei unterschiedliche Epochen deutlich machen:

Die eine Epoche begann mit dieser 68er-Zeit, mit dieser antiautoritären Bewegung. Passend dazu waren gerade diese hochtechnisierten Intensivstationen entstanden, wo die Patienten nur noch an seelenlosen Schläuchen hingen und die Ärzte über dieses neue Spielzeug so begeistert waren, dass sie den schlimmsten Missbrauch damit trieben – Ärzte sind immer so begeistert bei neuen Präparaten, neuen Medikamenten etc., dass sie völlig kritiklos werden und gebührend später, meistens dauert so etwas zehn Jahre, kommt dann irgendwann die Selbstkritik zurück, wenn dann von der Innovation noch etwas übrig geblieben ist, kann man froh sein. Die ganze antiautoritäre Zeit hat ihren Namen daher, dass man die Autonomie der Menschen entdeckte, sie entsprechend kultivierte und gewissermaßen zum höchsten Wert der Gesellschaft erklärte. Und so ähnlich haben wir Profis nicht mehr gut unterscheiden können, weil wir doch vor lauter Selbstbestimmungsbegeisterung auch unkritisch geworden sind.

Zwei Dinge: Einmal haben wir nicht bemerkt, dass die Weiterentwicklung des ganzen Versorgungssystems bis heute etwa ab 1980 nur noch von der Ökonomisierung des Sozialen bestimmt war. Genau genommen müsste man von der Verbetriebswirtschaftlichung sprechen: Über die Steuerung des Hilfesystems soll es immer mehr Konkurrenz, Wettbewerb, Fusionen, Zusammenschlüsse geben, und vor allem soll die Expansion eine Rolle spielen. Der Betrieb, der nicht expandiert, hat schon verloren - alle Betriebe, die ihr Geschäft mit dem Helfen machen, können gar

nicht anders, sie müssen immer größer, schöner, stärker und schneller werden. Allmählich fällt uns das ja in der Breite auch auf, dass man damit vielleicht eine Zeit lang Erfolg haben kann, um Rationalisierungsreserven herauszulocken. Aber wenn ein bestimmter Grad überschritten ist, werden die Nachteile für die Betroffenen größer, für die, denen eigentlich geholfen werden soll. Und funktionieren tut diese Marktidee natürlich mit dem Menschenbild des souveränen Kunden- oder des selbstbestimmten Kunden. Und je selbstbestimmter einer ist, desto mehr ist er auch ein Mensch, wird als Mensch auch ernst genommen, und die, die nicht so sehr selbstbestimmt sind, bei denen ist es fraglich, ob man sie überhaupt zu den Menschen rechnen kann. Folglich kümmere ich mich als Professioneller eher marktwirtschaftsorientiert um solche Hilfsbedürftigen, die die profitabelsten sind, die mit den leichteren Behinderungen, mit denen sich in kürzerer Zeit entsprechend viele Erfolge wiederum marktwirksam verzeichnen lassen, während Menschen mit den schwereren Behinderungen auf der Strecke bleiben. Aus ethischer Sicht ließe sich fragen, ob wir durch die Proklamation der Selbstbestimmung als höchsten Wert für alle Menschen nicht gleichzeitig Akzeptanzbeschaffung für die fortschreitende Ökonomisierung des Sozialen betreiben, wenn wir die Selbstbestimmung weiterhin so isoliert glorifizieren.

Ich sage kein Wort gegen Selbstbestimmung, aber um im Alltag selbstbestimmt leben zu können bedarf es noch etwas anderem, das, was ich eben genannt haben: das Bedürfnis, Bedeutung für Andere zu haben. Ich kann es jetzt auch anders ausdrücken: In Beziehungen zu leben. Möglicherweise am Ende sogar auch noch gemeinwohlorientiert. Aber in Beziehungen zu leben, ist ein ebenso wichtiges Grundbedürfnis, wie das Bedürfnis möglichst autonom zu sein, beides zusammen, beides muss zueinander im Gleichgewicht stehen, damit ein Schuh draus wird und damit die Gesellschaft eine integrationsfreudige und menschliche sein kann.



Kaum war diese Vermarktlichungswelle des Hilfesystems angerollt, ab 1980 etwa, begannen wir Profihelfer damit, die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung zu glorifizieren und immer höher zu hängen – und merkten recht schnell, dass wir damit letztlich auch eine Waffe gegen die Behinderten in der Hand haben. Also beispielsweise in dem Sinne, dass wir Profihelfer ja diejenigen sind, die festlegen, wer überhaupt zu einem selbstbestimmten Leben fähig ist oder nicht und entsprechend unserer Hilfe bedarf. Meine institutionelle Tätigkeit als Profihelfer besteht ja darin, Menschen, von denen ich behaupte, dass sie zu wenig Selbstbestimmung haben, erst dazu zu bringen, dass sie immer mehr Selbstbestimmungswert erlangen. Wenn ich hingegen drei Schritte zurücktreten würde, könnte ich erkennen, dass dies ein Ding der Unmöglichkeit ist, weil man innerhalb der Institution Menschen prinzipiell zu der Einsicht bewegen kann, dass sie sehr wohl auch ohne die Institution leben könnten.

Und als wir soweit waren, haben wir dann auch die uns greifbaren Heimdokumentationen angeguckt und fanden immer wieder dasselbe bestätigt: In guten wie in schlechten Heimen haben die dort tätigen Profis jedes Jahr in ihren Entwicklungsberichten hineingeschrieben, dass der betroffene Heimbewohner, bezogen auf seine mangelhafte Selbständigkeit und mangelhafte Selbstbestimmungsfähigkeit, große Fortschritte gemacht hat. Jedes Jahr. Und das fünf Jahre lang, zehn Jahre lang, fünfzehn Jahre lang. Nach 15 Jahren hätte er Olympiasieger in Selbstbestimmung sein müssen. Er befand sich aber immer noch in der Institution. Wir nannten das den Trick der auf der Stelle tretenden Verselbständigung. Und das erhält die Arbeitsplätze von uns Profihelfern.

Um das auch noch mal an einem weiteren Beispiel kurz deutlich zu machen: Ich war vor kurzem im Sozialministerium von Rheinland-Pfalz, denn die hatten ein Problem. Rheinland-Pfalz nimmt mit Recht für sich in Anspruch, im Laufe der letzten 10 bis 20 Jahre besonders viel für die Integration und Verselbständigung von Menschen mit

Behinderung getan zu haben. Und nun ergab sich folgende Schwierigkeit: Zwar habe man das irgendwann schrecklich gefunden, dass so viele Menschen mit ganz unterschiedlichen Behinderungen in Heimen leben. Man sei nach Schweden gefahren, habe sich zeigen lassen, dass das im Grunde nicht mehr nötig ist und habe ganz viele Möglichkeiten für die Finanzierung ambulanter Hilfen geschaffen. Bloß nach einer gewissen Zeit habe man festgestellt, dass zwar die Zahl der Menschen im ambulanten betreuten Wohnen, unglaublich gestiegen war. Etliche tausend Fälle hatten sie vorzuweisen – und waren auch zu Recht sehr stolz drauf. Aber die Zahl der stationären Heimplätze war seltsamerweise gleichzeitig gestiegen.

Davon haben sie sich aber nicht abschrecken lassen, sondern sind auf das noch fortschrittlichere Modell mit dem Persönlichen Budget gestoßen und jetzt ist Rheinland-Pfalz das Bundesland, das im Bereich der Behinderung 2.000 Bezieher des Persönlichen Budgets hat, soviel wie kein anderes Bundesland. Sie stellen jedoch nunmehr fest, dass es jetzt drei verschiedene Märkte gibt, die alle drei wachsen, die Märkte des Persönlichen Budgets, der ambulanten Betreuung und der Heimplätze. Es wird scheinbar ein immer größerer Teil der Bevölkerung behindert. Und es funktioniert - eine zauberhafte Gelegenheit, wie man die Vermehrung von Arbeitsplätzen für Profihelfer auf einer nach oben offenen Skala steigern kann.

Ich habe Ihnen jetzt ja lauter schreckliche Sachen erzählt, darum muss ich noch ein paar schöne erzählen. Und zwar würde ich Sie gern gegen Ende dieser Redezeit, die ich habe, dazu ermutigen, Disability Studies in Zukunft so zu betreiben, dass Sie sich immer wieder positionieren in der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung. Das habe ich jetzt im Allgemeinen ja auch, glaube ich zumindest, schon ansatzweise getan, und deswegen ist das ja so langatmig geworden. Jetzt aber noch eine Besonderheit und die ist neu.

Ich wage jetzt eine steile These. Man kann mit Sinn und Verstand heute nicht mehr nachdenken, wie es den bei uns lebenden Menschen mit Behinderung so ergeht, ohne gleichzeitig darüber nachzudenken, dass wir dabei sind, wegen der Alterung der Gesellschaft in eine neue Gesellschaft hineinzuwachsen, die einen so großen Hilfebedarf haben wird, wie das bisher für keine Kultur der ganzen Menschheitsgeschichte gegolten hat. Und dabei ist zu beachten, dass die Alterspflegebedürftigen und die Demenzkranken in nicht allzu ferner Zukunft einen Anteil von ca. 80-90% vom Gesamthilfebedarf benötigen werden, allein schon der Menge wegen. Demgegenüber handelt es sich beim Aufkommen, der für den Bereich der Menschen mit Behinderung aufzuwenden ist, um Peanuts.

Ich habe das gemerkt, als ich in Rente ging. Bis dahin waren die psychisch Kranken der Nabel der Welt, alle anderen waren für mich uninteressant. Dass das nicht stimmte, war mir klar. Aber das Ausmaß, in dem der ganze Bereich der Menschen mit Behinderung sich von dem Bereich der Alterspflegebedürftigen unterscheidet, war mir in keiner Weise klar. Das wird Ihnen vielleicht deutlich, wenn Sie sich überlegen, dass es schon heute in fast jeder Familie - zumindest jeder erweiterten Familie, fast zu jeder Zeit - ein Alterspflegeproblem haben, wo die Familienmitglieder nicht recht wissen, welcher Umgang damit gepflegt werden kann, weil das Alterspflegesystem immer unzureichender wird. Die Bürger sind in der Breite aufgrund dieser Zunahme der Alterspflegebedürftigen und Demenzkranken inzwischen nahezu zu fast hundert Prozent als Angehörige selber betroffen – und es werden noch mehr werden, während mit Behinderung lediglich 5-10% in der Breite unmittelbar oder mittelbar betroffen sind.

Ich habe mich daher nach meiner Berentung auf die Socken gemacht und zehn Jahre lang Feldforschung betrieben, bin quer durch Deutschland gereist, um zu erfahren, was in irgendwelchen Städten oder irgendwelchen Dörfern auch die Bürger dort in der Breite mit dieser Situation anfangen und wie sie sich mit diesen für sie völlig

neuen Problemen auseinandersetzen. Ich habe etwa 1500 Reisen gemacht. Alles zusammengenommen ergab das Büchlein „Leben und sterben, wo ich hingehöre“ und handelt vom Gesamt- Hilfebedarf überhaupt. Wie sieht der gesamtgesellschaftliche Hilfebedarf aus, welchen Teil können die Betroffenen selber übernehmen, welchen Teil können die Bürger und welchen die Professionellen übernehmen, wie kriegt man ein neues Gleichgewicht zustande? Das ist die Zwischenbilanz der letzten zehn Jahre.

Jetzt kommt das Positive: Nämlich dass die Bürger in der Breite etwa seit 1980 angefangen haben, sich innerlich umzustellen. Bis dahin haben die Bürger, wenn man statistisch geguckt sieht, immer mehr geguckt, wie sie sich noch mehr auf ihre gesund egoistischen eigenen Interessen konzentrieren konnten, unter dem Beifall der Wirtschaft. Seit 1980 haben die Bürger statistisch signifikant angefangen, sich wieder mehr für die Sorgen und Nöte anderer Menschen zu öffnen. Marktmäßig total blödsinnig. Sie tun es seit 1980 trotzdem. Da muss etwas passiert sein, wo wir zu dicht dran sind, um es schon herausfinden zu können, was es ist. Da muss ein tiefgreifender kultureller Umbruch unter der Zunahme der Alterspflegebedürftigen entstanden sein.

Um ein paar Beispiele zu nennen: Es nimmt die Zahl der Freiwilligen zu, vermehrt sich die Zahl der Nachbarschaftsvereine. Seit 1980 hat die Aids-Hilfe eine völlig neuartige Pflege-Kultur. Wenn man sich das anguckt, kann man unheimlich viel lernen. Dazu sind jetzt die ersten Bücher erschienen. Seit 1980 ist für manche Leute die Familienpflege wieder entdeckt worden, für die die als Singles leben, aber ein Bedürfnis nach familiärer Zugehörigkeit haben. Profis können das nicht simulieren. Und das nicht nur für Behinderte, wie es früher üblich war, sondern auch für Alterspflegebedürftige. Seit 1980 gibt es dieses Phänomen des generationsübergreifenden Siedelns: Leute, die sich mit Wahlverwandten zusammentun, Dutzende oder auch Hunderte von Menschen sagen, wir versprechen

uns jetzt gegenseitig Hilfe in Krankheit, Alter, Behinderung und Not. Und mit diesem Versprechen siedeln wir gemeinsam.

Eines der interessantesten, ebenfalls seit 1980 entstandenen Elemente, das aber erst jetzt boomt, sind die ambulanten stadtviertelorientierten Wohnpflegegruppen. Für alle Menschen eines Viertels, die nur hinreichend stark pflegebedürftig sind. Jetzt aber Pflegebedürfnisse aller Art, nicht nur Demente, auch geistig Behinderte, schwer Körperbehinderte, junge Hirntraumatiker, oder auch mal ein Mensch im Wachkoma und je bunter diese Wohngruppe, der Haushalt dieser Wohngruppe ist, je mehr haben die Leute sich zu erzählen, wie sich deutlich gezeigt hat.

Es gibt Städte, die sind soweit, dass sie sagen können, jetzt ist das versorgungsrelevant. Die Stadt Bielefeld ist hier Spitzenreiter. Dort wurde am frühesten angefangen, nämlich bereits 1978. In Bielefeld gibt es mehrere Stadtviertel, wo sie sagen können: Wenn wir vom Letzten her denken, vom Pflegebedürftigen her, egal welcher Art und wenn wir vom Letzten her denkend diesem Letzten garantieren wollen, menschenrechtlich, bürgerrechtlich, dass er genau wie alle anderen das Recht hat, innerhalb seines Viertels leben zu können, dann kann er hier auch sterben, wobei er zwar vielleicht die Vertrautheit seiner Wohnung verliert, aber nicht die Vertrautheit seines Viertels. Das ist ein völlig neues Denken, das Denken in der Kategorie des Stadtviertels, oder auch der Dorfgemeinschaft auf dem Lande.

Ich habe das die Kategorie des dritten Sozialraums genannt. Der dritte Sozialraum ist der durch den Fortschritt in Vergessenheit geratene Sozialraum zwischen dem uns bekannten privaten Sozialraum und dem öffentlichen. Früher nannte man das Nachbarschaft. Dieser Begriff scheint nicht mehr zu retten zu sein, da er zu negativ besetzt ist. Deshalb dieser scheinbar technische Begriff dritter Sozialraum. Das ist ein Wir-Raum, in dem die Menschen wir zueinander sagen. Wenn sie erst einmal in dieses bürgerschaftliche Zusammenleben hineingegangen sind, dann spielt dieses

Wir eine solche Rolle, dass diese Bürger sagen: An sich interessiere ich mich überhaupt nicht für andere Menschen, die hilfsbedürftig sind - mit einer Ausnahme: wenn sie in meinem Viertel wohnen, dann gehören sie zu uns, dann sind es „unsere“ Menschen mit Behinderung, und da bin ich ganz anders engagiert, als wenn ich das nicht denke.

Dieser 3. Sozialraum scheint etwas zu sein, in dem bürgerschaftliches und professionelles Engagement bezogen auf das Gesamthilfesystem synchronisierbar sind. Früher hat man großflächig organisiert. Das hat zu unmenschlichen Verhältnissen geführt. Je kleinräumiger man sich den Bereich denkt und umsetzt, desto mehr Hoffnung kann man haben, dass man damit zu humaneren Ergebnissen kommt, integrierteren Ergebnissen.

Die Stadt Bielefeld hat mehrere Stadtteile, in denen niemand mehr ins Heim zu gehen braucht, wenn er es nicht unbedingt will. Das hat unter den nicht betroffenen oder kaum betroffenen Bürgern noch mal einen Schub des Umdenkens bewirkt: Bisher haben sie gedacht, dass die Kultur ihres Viertels in der Zahl der Kindergartenplätze besteht. So soll es ja auch bleiben, falls überhaupt noch Kinder kommen. Aber es fällt ihnen wie Schuppen von den Augen: Die Kultur besteht mehr noch darin, dass auch die Zahl der Pflegeplätze stimmt. Eine Kultur, in der Menschen, mit egal wie hohem Pflegebedarf im Viertel leben können, weil sie dazu gehören wie alle anderen auch.

Die Bereitschaft der Bürger, sich im Betreiben solcher Wohnpflegegruppen zu engagieren, ist natürlich wesentlich größer, sei es in der 24-Stunden-Präsenz oder im hauswirtschaftlichen Bereich oder sonst etwas, wenn sie ihnen und ihrer Familie Versorgungssicherheit gegenüber allen möglichen Pflege-Risiken verschafft, an die sie somit nicht mehr zu denken brauchen. Ich kann es mit eigenen Händen sehen,

greifen, dass das möglich ist. Im städtischen Bereich braucht man alle 500 Meter so eine ambulante Wohnpflegegruppe.

Ich glaube sagen zu können, dass alle Fortschritte bezogen auf Menschen mit Behinderung von dieser grundsätzlichen Veränderung der Gesamtgesellschaft profitieren können. Dass Fortschritte im Behindertenbereich nur gemacht werden können, wenn man sie gleichzeitig im Bereich der gesamtgesellschaftlichen Fortschritte sieht, was den Pflegebereich der Alterspflege angeht. Viele Jahrzehnte hatten die Behinderten die Nase vorn. Um die Alterspflegebedürftigen hat man sich nicht gekümmert. Das ist ins Gegenteil umgeschlagen wegen der Allgemeinheit der Betroffenheit. Damit ändert sich aber die Gesamtgesellschaft. Selbst im neuen Pflegeweiterentwicklungsgesetz des Bundesgesetzgebers stehen einige völlig neue Töne drin, so das Konzept des „Pflegestützpunktes“:

25 Jahre lang gab es in allen Gesundheits- und Sozialgesetzen nichts anderes als die Verschärfung der Ökonomisierung. Jetzt scheint über eine noch weitergehende Verschärfung der Vermarktlichung nachgedacht worden zu sein; das Ding ist ausgereizt, die Nachteile sind künftig größer als die Vorteile, man kümmert sich nunmehr um die entgegengesetzten Steuerungsprinzipien, die Orientierung am Gemeinwohl, die Wiederentdeckung des dritten Sozialraums, des Nahbereichs. Ein kleines bisschen ist das wohl mit mein Verdienst wenn jetzt vorgeschlagen wird, flächendeckend alle 20.000 Einwohner einem sogenannten Pflegestützpunkt einzurichten. Das Wort ist blödsinnig, aber die Idee ist sehr spannend, weil sie das Konzept des 3. Sozialraums angreift. Das soll bedeuten, es gibt alle 20.000 Einwohner eine Stelle, an die ich mich wenden kann, wenn ich in irgendeiner Art und Weise Pflege oder Hilfe in meiner Familie brauche. Und wenn bei meiner Beratung herauskommt, dass ich Anspruch habe, soll von diesem selben Punkt her die Hilfe für mich organisiert werden. Und zwar nebeneinander: Sowohl die professionellen wie auch - wenn möglich, nötig und sinnvoll - die bürgerschaftlichen Hilfen stehen

nicht mehr untereinander, sondern nebeneinander und ergänzen sich in den Fällen, in denen es sinnvoll ist. Das ist ein völlig neuer Zustand, so dass wir eine ganze Reihe von Gründen haben, die jetzt abschließend mich dazu verführen zu sagen: Es wird nicht alles notwendig immer schrecklicher, sondern es gibt seit 1980 zunehmend Tendenzen, die uns zu der Hoffnung berechtigen, dass das Miteinander von Menschen mit und ohne Hilfebedarf sich in Zukunft noch deutlich verbessern lässt gegenüber den Zeiten, auf die wir zurückblicken. Es wird nicht immer alles schlimmer. Man muss zwar darüber nachdenken, wie viel dafür spricht, aber man kann heute auch ein Gegenmodell dagegenstellen zu.

Aktuell aus Hamburg ein Beispiel: Alle großen Träger von Menschen mit geistiger Behinderung, also „Alsterdorf“ und „Leben mit Behinderung“ und wie sie alle heißen, haben sich vor zwei Jahren vom Senat über den Tisch ziehen lassen. Sie haben sich bereit erklärt, dass sie ein Drittel der Menschen, die in vollstationärer, ich sag mal Überversorgung in den noch vorhandenen Anstaltsresten leben, dass ein Drittel dieser stationären Plätze ersatzlos gestrichen wird und durch ambulante Engagements des Helfens ersetzt wird. Nach der Verfassung hätte das schon geschehen müssen und können!

Es gibt aber, wie wir gesehen haben, keine Berufsbranche, die so brutal egoistisch die eigenen Interessen voranstellt wie die sogenannten Sozialberufe. Ich meine daher, dass wir sagen müssen, die Einsicht der Professionellen, der Fachleute, kann uns in keiner Weise allein weiterhelfen, was das Integrationsbedürfnis aller Menschen angeht. Vielmehr brauchen wir hier leider Gottes das zusätzliche Mittel der ökonomischen Verknappung, um in diese Richtung Fortschritte zu machen.

Beweis: Seit 1961 steht in § 3 des Bundessozialhilfegesetzes ambulant vor stationär. Jedoch hatten die professionellen Verbände immer noch eine so starke Lobby, dass



selbst die staatlichen Organe sich nicht getraut hatten, dafür zu sorgen, dass die von ihnen selbst erlassenen Gesetze auch entsprechend umgesetzt werden.

Heute gibt es aber auch eine ganze Menge Tendenzen in den letzten 20 Jahren, die dafür sprechen, dass das Gleichgewicht zwischen Selbstbestimmungsbedürfnis sowie dem Bedürfnis nach Bedeutung für Andere, zwischen dem Menschenbild des isolierten Individuums und des Beziehungswesens deutlich dabei ist, ausgeglichener zu werden. Tendenzen, die man aufgreifen kann, auf die man bauen kann, die offenbar stabil sind.

Jetzt habe ich Sie lange genug zugequatscht.

J.H.: Wir müssen zum Ende kommen. Ich finde es ein bisschen schade, dass wir Ihnen dieses Thema nicht vorgegeben haben, Selbstbestimmung versus Brauchbarkeit, Brauchbarkeit für andere, das ist ein Prinzip, das ist ein Wert, den wir auf uns selber anlegen.

K.D.: „Brauchbarkeit“ gefällt mir nicht, das klingt so instrumentalisierend. Der Begriff, den ich da dem Begriff der Selbstbestimmung zur Seite stelle, nenne ich lieber das Bedürfnis, Bedeutung für Andere zu haben, weil das offener ist.

J.H.: In dialektischer Beziehung. Worüber ich mich gerne unterhalten würde, wäre die Erfahrung Brauchbarkeit durch Arbeit, wir haben aber leider nicht mehr viel Zeit, und auch keine Zeit mehr für Fragen, weil draußen schon die nächste Gruppe steht, vielleicht ein andermal. Dürfen wir Sie noch mal einladen?

K.D.: Gern. Dann müssen Sie nur ein bisschen besser auf meine Zeitdisziplin achten.

J.H.: Ihnen allen noch einen schönen Abend, einen schönen ersten Advent und bis nächste Woche.