

**Juni 2001**

**“100.000 behinderten Heimbewohnern werden Tag für Tag wesentliche Freiheitsrechte vorenthalten,“**

dies schrieb Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner im November 2000 an den Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen, und forderte die Behindertenbeauftragten aller Bundesländer auf, sich für eine Heimenquete einzusetzen. In der Zwischenzeit liegt eine Aufforderung an den Bundestag zur Schaffung einer Kommission zur "Enquête der Heime" vor, die wir im folgenden dokumentieren:

**Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur "Enquête der Heime" einzusetzen**

Sehr geehrte Fraktionsvorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren  
Bundestagsabgeordnete,

wir fordern den Deutschen Bundestag auf, in der nächsten Legislaturperiode eine Kommission zur "Enquête der Heime" einzusetzen.

Das heutige Anstalts- und Heimsystem entstand als Problemlösung des 19. Jahrhunderts für den Ausgleich zwischen Stärkeren und Schwächeren - unter den Bedingungen der beginnenden Industrialisierung und Marktwirtschaft war es segensreich und oft lebensrettend. Viele Gründe zwingen jedoch im 21. Jahrhundert das Heimsystem auf den Prüfstand, um zu klären, ob und in welchem Umfang es heute noch den Belangen der Alten, Pflegebedürftigen, geistig Behinderten, psychisch Kranken und der (behinderten) Kinder und Jugendlichen angemessen sein kann - und überhaupt muß. In all diesen Bereichen der Hilfebedürftigkeit sind längst ambulante kommunale Alternativen, die eine Integration der Betroffenen ermöglichen, bekannt. Sie werden bisher aber nur unzureichend angeboten. Insofern sind wir in den Umbau des Heimsystems bereits eingestiegen, es ist aber an der Zeit, ihn systematisch zu erfassen und behutsam zu steuern, damit nicht gerade die Verletzlichsten in der Gesellschaft seine Opfer werden. Der Umbau ist insbesondere gesetzgeberisch sowie sozialpolitisch zu begleiten, wie dies z.B. in einigen skandinavischen Staaten bereits geschieht.

Die Solidarität mit den Hilfebedürftigen wird in Zukunft stärker als bisher zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden, da dem - vor allem demographisch bedingten - Anstieg der Zahl der Hilfebedürftigen eine Abnahme der verfügbaren Geldmittel und eine Abnahme der Tragfähigkeit familiärer Netzwerke gegenüberstehen. Hinzu kommt, daß immer weniger alte wie behinderte Hilfebedürftige bereit sind, in ein Heim zu gehen, weil sie dies für unvereinbar mit ihren Persönlichkeitsrechten halten. Dies wirft auch verfassungsrechtliche Fragen auf ("besonderes Gewaltverhältnis"): vor allem die Frage nach der Verantwortbarkeit des

Lebens in Heimen für heutige Menschen. Schließlich können wir auch nicht mehr die Augen davor verschließen, daß es Heimen zunehmend schwerfällt, auch nur die Mindeststandards der Versorgung einzuhalten oder entlassbare Heimbewohner auch tatsächlich zu entlassen.

Die Institution "Heim" ist als Versorgungstyp eine Innovation vor allem des 19. Jahrhunderts, als die Bürger unter den Gegebenheiten der beginnenden Moderne ihre "Sorge für Andere" zunehmend auf die abstrakteren Geldleistungen umstellten. Das "Heim" kann jedoch den Ansprüchen der Individualisierung und der expandierenden Persönlichkeitsrechte der post- oder spätmodernen Menschen des 21. Jahrhunderts nicht mehr gerecht werden. Daraus ergibt sich eine Doppelaufgabe: Zum einen müssen schon jetzt real existierende Mißstände pragmatisch angegangen werden. Ebenso gilt es, ambulante kommunale Hilfsstrukturen weiterzuentwickeln und auf eine breite Basis zu stellen, um den notwendigen Halt in die Lebenswelt der Menschen zu holen. Der Gesellschaftsvertrag zwischen Menschen mit mehr und Menschen mit weniger Sorgebedarf ist auf eine neue, zeitgemäße Basis zu stellen.

Haben wir also aus all diesen Gründen das Hilfesystem für den Ausgleich zwischen Schwächeren und Stärkeren im Sinne der "community care" dahin zu entwickeln, daß Heime so weit wie möglich reduziert und dafür besser ausgestattet werden und an deren Stelle zunehmend ein ambulantes kommunales Hilfesystem tritt? Oder gibt es bessere Wege? Und haben wir die eher zunehmende Bereitschaft der Bürger zu (selbstbestimmtem) freiwilligem sozialen Engagement als Signal zu verstehen, nicht mit noch mehr Geldmitteln, wohl aber - wie vor dem 19. Jahrhundert - mit mehr Sachmitteln solidarisch für Andere einzustehen, um ihren Anspruch auf soziale Teilhabe zu erfüllen und dies für den richtigen Weg zur Weiterentwicklung einer Bürger- oder Zivilgesellschaft zu halten?

Die Arbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ ist eine interdisziplinäre Forschungsarbeitsgemeinschaft an der Universität Bielefeld und beschäftigt sich seit Jahren mit der Situation von Menschen in Heimen. Die Arbeitsgruppe – und mit ihr viele andere Menschen und Organisationen, die sich mit der Heimversorgung beschäftigen – ist davon überzeugt, daß im Bereich der Versorgung und damit der Gestaltung der Lebenswelten alter, behinderter und psychisch kranker Menschen nicht nur dringender Handlungsbedarf besteht, sondern zuvor noch eine grundsätzliche Weichenstellung geboten ist.

**Die damit verbundenen zentralen Fragen, die jeden Bürger betreffen und die der breitesten öffentlichen Diskussion bedürfen, erfordern einen Prozeß, der durch nichts besser als durch eine Heim-Enquête des Deutschen Bundestages eingeläutet werden kann.**

Wir möchten das im Folgenden genauer begründen.

## 1. Problematik der derzeitigen Versorgungssituation

Das Sorge-System für pflegebedürftige und behinderte Menschen in Deutschland ist gegenwärtig vor allem von zwei Entwicklungen bestimmt. Erstens bewirkt der demographische Wandel eine Zunahme des Anteils und der Anzahl Sorgebedürftiger, während zugleich veränderte Familienstrukturen und die zunehmende Singularisierung dazu führen, daß für immer mehr Hilfebedürftige die bisherigen traditionellen familiären Sorge-Netzwerke nicht mehr tragen. Und zweitens ist die Finanzierung des bisherigen Hilfesystems schon durch eine sinkende Erwerbsquote gefährdet, weshalb das Gebot der Wirtschaftlichkeit strenger als früher zu beachten ist. In Zukunft stehen demnach noch geringere Finanzmittel einem größeren Kreis von Leistungsberechtigten gegenüber.

Die meisten Hilfebedürftigen werden von ihren Angehörigen in privaten Haushalten versorgt. Zu klären wäre, ob "Mitleid mit deren oft unerträglicher Belastung" die angemessene, interessensfreie Bewertung dafür ist. Daneben lebt 1% der deutschen Bevölkerung in Heimen: etwa 140.000 in Einrichtungen der Behindertenhilfe und 660.000 in Alten- und Pflegeheimen<sup>1</sup>. Vor allem für letztere sprechen einige Heimbetreiber bereits offen von "gefährlicher Pflege". Dabei wird die Entscheidung für eine Heimunterbringung meist in einer akuten Notsituation und aufgrund mangelnder (Kenntnis von) Sorge-Alternativen getroffen, obwohl auch bei Pflegebedürftigkeit immer mehr Menschen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im gewohnten Lebensumfeld wünschen<sup>2</sup>. Noch vor einigen Jahrzehnten bestand für materiell deutlich schlechter ausgestattete Heime eine erheblich größere Akzeptanz. Heute können sich 80% der Pflegebedürftigen ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen. Trotz der formalen Beratungspflicht der Kreise und kreisfreien Städte ist für Betroffene und Angehörige die Versorgungslandschaft unübersichtlich, erfolgt die Beratung oft unvollständig, interessenabhängig und nicht auf den konkreten Menschen bezogen. Qualitätskriterien der Versorgung sind für Außenstehende kaum transparent oder unerfüllt bleibende Absichtserklärungen. Es fehlen insbesondere integrierte Versorgungsverbünde, die eine Vernetzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich ermöglichen<sup>3</sup>. Die freie Wahl der Sorge-Alternativen ist insoweit nicht gegeben.

Hinzu kommt, daß für eine Heimunterbringung nicht nur der Grad der Pflegebedürftigkeit oder Behinderung entscheidend ist, sondern die Tragfähigkeit des

<sup>1</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn: Universitäts-Buchdruckerei

<sup>2</sup>Kesselheim, H. (1989). Pflegebedürftigkeit - Neuer Leistungsfall der Krankenversicherung. In: DOK, Heft 19

Schneekloth, U., Potthoff, P. (1993). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2. Stuttgart, Berlin, Köln

Uhrig, N. (1993). Ambulante Pflegeversorgung - Pflegebedürftige präferieren häusliche Pflege. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10

Olbrich, E. (1995). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter - Einführung und Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Gerontopsychiatrie, 8

<sup>3</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Drucksache 14/5130

sozialen Netzwerkes<sup>4</sup>. Aufgrund veränderter Familienstrukturen, zunehmender Mobilität und der Vereinzelung von Menschen nimmt die Gruppe der sogenannten "modernen Pflegebedürftigen" zu, die in ihrem Wohnumfeld kein stabiles Unterstützungsnetz haben<sup>5</sup>. Für sie und auch für die Gruppe der schwerstpflegebedürftigen alten und der schwerst- und schwerstmehrfachgeschädigten behinderten Menschen bleibt häufig nur eine Unterbringung im Heim<sup>6</sup>.

Das derzeitige ambulante Sorge-Angebot kann diese Entwicklung vermutlich auch in Zukunft nicht ausreichend auffangen, da es nicht ausreichend ausgestattet ist. Es gelingt nicht, die notwendigen Hilfen in die Lebenswelt der Menschen zu holen. Pflegepersonen in privaten Haushalten nehmen zudem bei Überforderung professionelle Hilfen nur zögernd in Anspruch<sup>7</sup>. Dagegen steht die früher verständliche, heute aber ungute Traditionshaltung der Professionellen, daß eine Familie einen Hilfsbedürftigen entweder ganz oder gar nicht versorgen solle. Eine neue, zeitgemäß flexible Kultur, die ein Sorge-Netz aus vielen Quellen komponiert, eine Last durch Verteilung auf viele Schultern für alle tragbar macht, also eine Kultur des Sorge-Mix oder "Pflegemix"<sup>8</sup> ist erst in Ansätzen erkennbar und bedarf zudem der massiven Ermutigung. Vorerst werden ambulante Dienste, die ihre Leistungen in Minuten-Modulen erbringen müssen, als wenig ganzheitlich und familien-entlastend erfahren.

Aus all diesen Gründen kann das gesetzlich zwar festgeschriebene, aber nicht erzwingbare, nur in Festreden rituell beschworene Prinzip "ambulant vor stationär" nicht ausreichend und adäquat greifen. So werden von den jährlich 30 Milliarden DM Eingliederungshilfe nach dem BSHG 3% für die ambulante Sorge, aber 97% für die stationäre Eingliederungshilfe der Behindertenhilfe ausgegeben<sup>9</sup>. Auch die finanziellen Leistungen der Pflegekassen haben nicht in dem gewünschten Ausmaß zur

---

<sup>4</sup> Klein, T. (1998). Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung, Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 407-416

Schneekloth, U., Müller, U. (1997). Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

Wacker, E., Wetzler, R., Metzler, H., Hornung, C. (1998). Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Baden-Baden: Nomos

Schneekloth, U., Potthoff, P. (1993). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2. Stuttgart, Berlin, Köln

Netz, P., Steinkamp, G., Werner, B. (1996). Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Opladen: Leske+Budrich

Wahl, H.-W., Metzler, R. (1998). Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

<sup>5</sup> Klie, T. (1998). Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 387-391

<sup>6</sup> Thimm, W., u.a. (1999). Kinder und Jugendliche in Heimen der Behindertenhilfe und Alternativen zur Heimunterbringung. Arbeitsstelle REHAPLAN Universität Oldenburg. Materialien zur Familienpolitik Nr. 2 des Bundesministeriums für Familie. Bonn

<sup>7</sup> Gräbel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 52-56

Gräbel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 57-62

<sup>8</sup> Klie, T. (2001). Die Zukunft der Pflege. In: Mabuse 130:51-56

<sup>9</sup> Klein, R., Zechert, C. (2000). Ambulant vor stationär – oder wie man aus einer Mücke einen Elefanten macht. Sozialpsychiatrische Informationen Heft 2

notwendigen qualitativen Weiterentwicklung des ambulanten Sorge-Bereichs geführt<sup>10</sup>, obwohl dieser in den vergangenen Jahren erheblich ausgebaut wurde. Bei absoluter Zunahme der Pflegebedürftigen wachsen die Ausgaben der Pflegeversicherung für den stationären Bereich stärker als die Ausgaben für den bisher allerdings wesentlich größeren Bereich der ambulanten Versorgung<sup>11</sup>. Wenn im Rahmen der Vermarktwirtschaftlichung des Sozialen jeder Unternehmer bei Nachweis der gesetzlichen Voraussetzungen die Genehmigung zum Betreiben eines Heims erhalten muß, wird er danach streben, möglichst viele Heimplätze zu belegen. Solange eine hinreichend professionelle Prüfung der Indikation zur Heimaufnahme ebenso wenig stattfindet wie eine hinreichend professionelle Prüfung der Heimarbeit (wie lange nämlich jemand überhaupt in einem Heim leben muß), wird die Zahl der Heimplätze weiter wachsen. Dann hat eine Gesellschaft entweder zu viel Geld fürs Soziale oder der Gesetzgeber hat es zu erzwingen, daß der Heimbetrieb nicht weiter auf Kosten der ambulanten Dienste expandiert. Er hat zu erzwingen, daß das Heimsystem - als zentrales Versorgungsangebot - nicht immer weiter wächst, sondern sich - als Teil des Sozialsystems - möglichst weitgehend zu verüberflüssigen hat, wobei im sozialen Bereich andere wirtschaftliche Kriterien als im privat-gewerblichen Bereich zu gelten haben.

Seit Mitte der 70er Jahre finden in allen Bereichen der Versorgung hilfebedürftiger Menschen in Heimen fortlaufend gesetzliche und strukturelle Veränderungen statt, die zu Verbesserungen führen sollen: Sie sollen das Selbstbestimmungsrecht der Menschen stärken, ihre Leistungsansprüche genauer definieren und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben garantieren. Aber trotz aller Versuche der rechtlichen Absicherung und der Qualitätssicherung kommt - selbst bei optimaler Personalausstattung der Versorgung - eher das Gegenteil heraus. Denn im gesellschaftlichen Prozeß der zunehmenden Individualisierung der heutigen Menschen wächst der Anspruchsbereich ihrer Persönlichkeitsrechte schneller, als es noch so viele nachrüstende Heimgesetze kontrollierbar machen. Die bestehenden Gesetze sind zudem immer weniger mit den unveränderlichen Bedingungen des Institutionstyps "Heim" zu vereinbaren. In extremen Abhängigkeitsverhältnissen (nicht nur von Menschen sondern auch von Institutionen), die keine Alternative zulassen, sind individuelle Gestaltungsmöglichkeiten nicht gegeben. Sie erzwingen vielmehr Anpassungen, durch die individuelle Rechte in Heimen potentiell in Gefahr sind.

Zur weiteren Begründung einige Befunde:

1. Trotz formal-rechtlicher Freiwilligkeit leben die meisten Heimbewohner aufgrund fehlender Alternativen oder aufgrund fehlender Kenntnis schon vorhandener Alternativen faktisch unfreiwillig im Heim. Wären sie vollständig und wirksam aufgeklärt, würde kaum jemand von ihnen freiwillig das Heim wählen. Erprobte kommunale Alternativen gibt es aber längst nicht nur für geistig Behinderte und

<sup>10</sup> Klie, T. (1998). Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 387-391

<sup>11</sup> Wolters, P., Röttger-Liepmann, B. (2000). Rechtliche Bedingungen für die Betreuung psychisch kranker und dementer Menschen in Heimen. Forschungsbericht an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

psychisch Kranke, sondern auch für Alzheimer-Kranke (etwa "Hausgemeinschaften"). Um eine qualitativ bessere ambulante Versorgung sicherzustellen, ist eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des bestehenden Leistungsangebotes allerdings unbedingt erforderlich<sup>12</sup>. Trotz des gesetzlichen Vorrangs der ambulanten Versorgung fehlen für Alternativen zur Heimversorgung vor allem für Menschen mit instabilen privaten Netzwerken systematische Finanzierungsregelungen.

2. Eine Unterbringung in der Institution Heim ist nicht - wie in einem Krankenhaus oder Gefängnis - zeitlich befristet, sondern tendiert auf ein lebenslängliches "open end" und beeinträchtigt die biographische Zukunftsfähigkeit. Sie vereinigt oft alle Bedürfnisse unter einem Dach, beschneidet die anthropologische Weltoffenheit des Menschen; sie erfaßt einen Menschen nicht nur hinsichtlich einer spezifischen Behinderung, sondern total; sie sortiert Menschen nach bestimmten Defizit-Merkmalen, was die Chronifizierung fördert und das Leben nach dem Grundsatz "es ist normal, verschieden zu sein" (R. v. Weizsäcker) verunmöglicht. Solche Gegebenheiten engen aber nicht nur die Bewohner, sondern auch das Menschenbild der Heimmitarbeiter objektiv ein, ob sie wollen oder nicht, was man ihnen deshalb auch nicht vorwerfen kann. Empirisch weisen etwa Schneekloth und Müller<sup>13</sup> nach, daß Heimbewohner zu 60% ausschließlich auf Kontakte innerhalb der Institution angewiesen sind. Auch bei schwerer behinderten Kindern und Jugendlichen in Heimen ist die lebensweltliche Integration so gut wie nicht vorhanden<sup>14</sup>. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschränkt sich oft auf seltene Angehörigenkontakte und organisierte Veranstaltungen.

3. Um sich den Bedingungen der Institution anzupassen, entwickeln Heimbewohner oft passive Verhaltensweisen<sup>15</sup>. Aufgrund des besonderen Abhängigkeits- und Gewaltverhältnisses zu den Mitarbeitern leben sie in der Angst, daß Kritik zu persönlichen Nachteilen führen könnte, was noch mehr für Angehörige gilt. Insbesondere gilt dies für die 60 bis 90% psychisch kranken Menschen in Alten- und Pflegeheimen, die eine individuelle Unterstützung benötigten, jedoch in der Regel nicht erhalten<sup>16</sup>. Ihre unzureichende psychiatrische Versorgung wurde bereits in der Psychiatrie-Enquête (1975)<sup>17</sup> und in den sogenannten „Empfehlungen“<sup>18</sup> besonders hervorgehoben. Trotz dieser schon lange vorhandenen Erkenntnisse ist es bis heute in stationären Einrichtungen weitgehend nicht gelungen, verwirrte und desorientierte alte Menschen angemessen zu integrieren.

<sup>12</sup> Schaeffer, D. (i.E.). Ambulante Schwerkrankenpflege: Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.). "Ambulant vor Stationär" - Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber

<sup>13</sup> Schneekloth, U., Müller, U. (1997). Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

<sup>14</sup> Beck, I. (2000). Die Lebenslage von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland: soziale und strukturelle Dimensionen. Teil 1 der Gesamtexpertise für das Deutsche Jugendinstitut. 11. Kinder- und Jugendbericht.

<sup>15</sup> Saup, W. (1985). Zur Verbesserung der Wohnqualität in Altenheimen. Ein psychologischer Beitrag. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 16: 264-277

<sup>16</sup> Netz P. (1998). Brauchen wir noch Heime für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen? In: Dörner, K. (Hrsg.) Ende der Veranstaltung - Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Gütersloh: Jakob van Hoddis Verlag

<sup>17</sup> Psychiatrie-Enquête (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung in der Bevölkerung, Bundestags-Drucksache 7/ 4200

<sup>18</sup> Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich auf Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (1990). Bundestagsdrucksache 11/8494

4. Oftmals rigide Hausordnungen symbolisieren die unvermeidlichen Einschränkungen fast aller Grundrechte, die durch das unabsehbar lange Zusammenleben vieler fremder Menschen im Heim besonders unerträglich sind. Wenn es um die Existenz der Einrichtung geht, ist es ebenso unvermeidlich, daß im Konfliktfall die Institutionszentrierung Vorrang vor der Personenzentrierung hat. In diesem Zusammenhang werden nicht selten gerichtliche Betreuungsverhältnisse, auch wenn sie nicht erforderlich wären, angeregt und zur Arbeitsentlastung des Heims (Regelung schwieriger Sachverhalte wie z.B. die Finanzierung) instrumentalisiert<sup>19</sup>. Die "Aneignungslogik" der Institution ist auch von hochqualifizierten und engagierten Heimleitungen nur partiell zu beeinflussen.
5. Da der Freiraum, im Alltagsablauf individuellen Bedürfnissen der Bewohner zu folgen, in der Regel fehlt<sup>20</sup>, wird deren Verhalten schnell als "unangepaßt" empfunden und mit Vernachlässigung oder "fürsorglichem Zwang" beantwortet; notfalls wird das Problem durch Etikettierung zum "heimunfähigen Bewohner" gelöst, eine nachdenklich stimmende Kategorie, da sie die gesellschaftliche Funktionalität des Heimsystems überhaupt in Frage stellt.
6. Über die heutigen grundsätzlichen Unzuträglichkeiten des Heims hinaus reicht der derzeitige Personalschlüssel insbesondere in stationären Einrichtungen der Altenhilfe nicht einmal aus, die Mindestpflegezeiten abzudecken, die die Pflegeversicherung als Mindestbedarf für ihre Einstufung voraussetzt<sup>21</sup>. Die daraus folgende Überforderung hebt nicht nur die Fluktuationsrate und den Krankenstand der Mitarbeiter<sup>22</sup>: Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe spricht von "aufgezwungenem Pflegeverzicht", wenn Bewohner z.B. nur noch jeden zweiten Tag gewaschen werden<sup>23</sup>. Die Überforderung vergrößert auch die Wahrscheinlichkeit der Vernachlässigung und Mißhandlung der Bewohner<sup>24</sup>. Auch dadurch sind Heime nach wie vor Orte, an denen die Grundrechte von Menschen (Bewohnern, aber auch Angehörigen und Mitarbeitern) potentiell bedroht sind<sup>25</sup>.
7. Die bedarfsgerechte Versorgung dementer oder anders psychisch kranker Pflegebedürftiger in Heimen ist zusätzlich gefährdet, da die an der Grundpflege orientierten Kriterien der Pflegeversicherung den hier vorliegenden Hilfebedarf nicht oder nicht hinreichend berücksichtigen.
8. Entlassung in die häusliche Umgebung ist nicht etwa vornehmstes Ziel der Heime. Sie kommt sowohl in den Qualitätssicherungskatalogen als auch in der Wirklichkeit kaum vor - von einigen Ansätzen in der Behindertenhilfe abgesehen<sup>26</sup>. Warum aber sollte sich ein Heim durch Entlassungsförderung seiner "besten" Bewohner selbst

<sup>19</sup> Bienwald, W. (1999). *Betreuungsrecht, Kommentar*. Bielefeld: Giesecking

<sup>20</sup> Klie, T., Lörcher, U. (1994). *Gefährdete Freiheit, Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht*, Freiburg im Breisgau: Lambertus

<sup>21</sup> Laaser, U., Röttger-Liepmann, B., Breckenkamp, J., Herwig-Stenzel, E. (2000). Auswirkungen der zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes. In: *Pflege*, Bern: Huber

<sup>22</sup> Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.) (1999). *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

<sup>23</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2000). *Mangelhafte Verteilungsgerechtigkeit erzwingt Pflegeverzicht*. Frankfurt/Main

<sup>24</sup> Hirsch, R. D., Füssek, C. (1999). *Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen*. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Band 4

<sup>25</sup> Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). (1998). *Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim/ Rechtliche Aspekte*. Expertisenband 5. Frankfurt/New York: Campus

<sup>26</sup> Dörner, K. (1998). *Ende der Veranstaltung - Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Güterloh: Jakob van Hoddis

finanziell schädigen, solange keine hinreichend professionelle Kontrolle vorgesehen ist, die die gesamte Arbeit des Heims berät und prüft, ob sie auf die Förderung und Entlaßbarkeit der Bewohner hin orientiert ist? Der gesetzlich verankerte Vorrang der Rehabilitation, mit dem Ziel, die Selbständigkeit der Bewohner so weit wie möglich wieder herzustellen, wird kaum beachtet, obwohl 80% der rehabilitationsfähigen Bewohner in Alteinrichtungen wieder in einer häuslichen Umgebung leben könnten<sup>27</sup>. Hier wird der Gesetzgeber seiner Aufgabe, die Selbständigkeit der Menschen zu fördern, nicht gerecht.

Die angesprochenen Befunde widersprechen den gesetzlichen Regelungen. Die derzeitige Versorgung orientiert sich weder an den wissenschaftlich anerkannten Standards der Leistungserbringung, noch am Selbstbestimmungsrecht und damit letztlich an der Würde des Menschen, vor allem wenn man bedenkt, daß diese zuerst immer die Würde des Anderen ist. Das "Wir" einer Gemeinschaft, also das Zusammenleben mit anderen, schafft erst die Möglichkeit zur Integration und zur individuellen Lebensgestaltung<sup>28</sup>. Eine so lebendige Gemeinschaft kann unter den gegebenen Bedingungen in vielen Heimen nicht entstehen. Vielmehr handelt es sich um eine Gemeinschaft der Ausgeschlossenen<sup>29</sup>. Die Heime begründen diese Diskrepanz vor allem mit unzureichenden Ressourcen - zu Recht wie zu Unrecht. Die Aufsichtsbehörden können ihrer Aufsichtspflicht und ihrem Prüfrecht nur mit unzureichender Professionalität nachkommen. Letztlich ist die Ausgestaltung der durchaus allgemein gegebenen gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Selbstverwaltung den Einrichtungen überlassen und damit der berufsethischen Verantwortung der einzelnen Mitarbeiter<sup>30</sup>. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen fügen sich offensichtlich die an der Versorgung beteiligten Personen in das "Unveränderbare". Einer der gesellschaftlichen Kernkonflikte besteht also darin, daß der Gesetzgeber die Expansion der Individualisierung und der Persönlichkeitsrechte der Menschen durchaus beachtet und entsprechend die Rechte der Heimbewohner zu stärken sucht, jedoch die Voraussetzungen zur Umsetzung dieser Rechte in Heimen entweder materiell nicht gegeben oder aber inzwischen mit der Institution "Heim" selbst (auch bei optimaler Ausstattung) unvereinbar geworden sind, das Heim insofern unkontrollierbar und somit unverantwortbar geworden ist.

In den USA hat im Penhurst-Fall ein Gericht das Leben im Heim als mit der Verfassung unvereinbar erklärt<sup>31</sup>. Die "Institution Heim" schränkt die Grundrechte mehr als allgemein ein. Dadurch besteht faktisch ein "besonderes Gewaltverhältnis" gegenüber den Bewohnern. Nach Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes sind "besondere Gewaltverhältnisse" nur dann zulässig, wenn ein absolutes Erfordernis besteht. Bei Unvereinbarkeit der Institution Heim mit den Grundrechten wären die

---

<sup>27</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998). Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn: Universitäts- Buchdruckerei

<sup>28</sup> Elias, N. (1999). Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt/Main, Suhrkamp

<sup>29</sup> Goffman, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Baden-Baden: Nomos

<sup>30</sup> Fabricius, D. (1999). Gewaltverhältnisse gestern und heute in der Psychiatrie - zur Rechtsgeschichte des Umgangs mit "Irren". Nicht veröffentlichtes Skript

<sup>31</sup> Mansell, J.: Deinstitutionalisierung und gemeinwesenintegriertes Wohnen für Menschen mit geistigen Behinderungen, 2. Europäische Konferenz zur Qualitätssicherung i. d. Behindertenhilfe, Univ. Siegen

Aufgaben und die Fürsorgepflicht des Staates neu zu bestimmen. Zum Heim sind heute durchaus Alternativen vorstellbar, die aber nur unzureichend angeboten werden. Dies betrifft sowohl Alternativen für psychisch Kranke, für geistig bzw. körperlich Behinderte, für (behinderte) Kinder und Jugendliche und für Pflegebedürftige und Alte, auch für Alzheimer-Kranke. Die Kernfrage, deren Beantwortung politisch unumgänglich geworden ist, lautet daher: Ist das Heimsystem, die Institution Heim, noch alternativlos erforderlich, für welche Bereiche ist sie es und für wie lange? Oder ist sie nicht mehr erforderlich, weil es Alternativen gibt, und über welchen Zeitraum soll sich der Umbauprozess des Sorge-Systems zur "community care" und damit der Deinstitutionalisierung des Heimsystems erstrecken? In jedem Fall bedarf der bereits eingeleitete Veränderungsprozess eines behutsamen und langfristigen Vorgehens, da er das soziale Grundverhältnis zwischen Schwächeren und Stärkeren und damit die gesellschaftliche Grundstruktur überhaupt berührt und verändert. Nicht ohne Grund befindet sich die Behindertenhilfe in Schweden jetzt schon seit fast 40 Jahren in diesem gesetzlich gesteuerten Deinstitutionalisierungsprozess, ohne daß ein Ende abzusehen wäre.

## 2. Perspektiven der Versorgung

Die Zahl der Heimplätze wird in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen. Eigene Hochrechnungen ergeben, daß bei gleichbleibender Inanspruchnahme im Jahr 2015 über 960.000 Menschen in Heimen leben werden. Die größte Altersgruppe werden Menschen mit über 80 (570.000) und über 85 Jahren (400.000) bilden<sup>32</sup>. Diese Berechnungen beziehen nur die demographischen Veränderungen mit ein. Noch nicht berücksichtigt ist, daß die Verweildauerverkürzungen der Krankenhäuser bei Älteren<sup>33</sup> - aber wohl auch bei psychisch Kranken - zu einem weiteren Anstieg der Heimaufnahmen führen wird. Der medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, daß die Lebenserwartung behinderter Menschen gestiegen ist. Durch die Nazi-"Euthanasie"-Mordaktionen wurde eine ganze Generation behinderter Menschen nahezu "ausgelöscht". Erst in den nächsten Jahren wird die Zahl der altgewordenen Behinderten in der Bundesrepublik sich der anderer Länder angleichen.

Bis zum Jahr 2015 wird außerdem die Zahl der Drei- und Mehr-Personenhaushalte abnehmen. Der Anteil der Ein- und Zwei-Personenhaushalte wird dann bei 70,3% liegen. Das sind 1.455.000 Haushalte mehr als im Jahr 2000. Es werden also mehr ältere und behinderte Menschen allein leben, das Sorgepotential der Familien wird entsprechend abnehmen. In Zukunft werden noch mehr Menschen als bisher - bei gleichbleibender Schlechterstellung der ambulanten Sorgestrukturen - auf die Versorgung in einem Heim angewiesen sein.

Schließlich führt dieselbe demographische Entwicklung zu einem Absinken der Erwerbsquote, was zu geringeren Einnahmen für die finanzielle Form unserer Sorge-

---

<sup>32</sup> Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung von 1994, Prävalenz der Heimplätze s. Schneekloth, U., Müller, U. (1997). Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

<sup>33</sup> Hübner, M. (1996). Einführung von Fallpauschalen in der BRD - Ein Vergleich und ein Ausblick, Gesundheitswesen 58, Stuttgart, New York

Solidarität für Ältere und Behinderte führt. Erst ein Einwanderungssaldo von 200.000 Menschen jährlich, die alle in den Arbeitsmarkt integriert werden müßten, würde zu einer wenigstens leichten Steigerung der Erwerbsquote führen<sup>34</sup>. Bei gleichbleibender Finanzierungspolitik müßten in Zukunft also mehr Hilfebedürftige mit weniger Geld versorgt werden, was angesichts der heute schon vorhandenen Unterversorgung kaum denkbar erscheint. Die Zukunftsbewältigung kann daher nur gelingen, wenn für diese wichtigen Fragen neue Antworten gefunden werden.

### 3. Notwendige politische Konsequenzen

Die gesellschaftliche Aufgabe der Heime bestand darin, hilfebedürftige Menschen aufzufangen, deren Selbstversorgungspotentiale für einen Verbleib in der unveränderten häuslichen Umgebung nicht ausreichten. Anstatt die häusliche Versorgung mit den notwendigen personellen und technischen Hilfen anzureichern, schuf man ein Heimsystem. Diese anfangs erfolgreiche totale Entlastung der Familien, Freunde, Nachbarschaft, Kommunen und nicht zuletzt auch des eigenen Selbsthilfepotentials der Hilfebedürftigen steht heute vor dem historischen Aus. Das Heimsystem ist ein Auslaufmodell. Es scheitert zumindest in der bisherigen Konzeption sowohl an der Bezahlbarkeit als auch an dem unabweisbaren Anspruch der Selbsthilfebewegung behinderter und alter Menschen, das Leben weitestgehend selbst zu gestalten, was unter den Bedingungen des Heims nicht möglich ist.

- Die vom Gesetzgeber geforderte Beachtung der Persönlichkeitsrechte von Heimbewohnern und die Ökonomisierung des Hilfs- und Pflegemarktes schließen sich aus. Im Bereich der Sorge für Andere hat die Geltung der Marktgesetze Grenzen. Es ist schon nicht möglich, bei gedeckelten finanziellen Leistungen in allen Heimen in gebotenermaßen individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es sind nicht einmal Mindeststandards zu garantieren, und die ursprünglich gewollte Rationalisierung wird zur Rationierung, wobei das institutionelle Interesse nach reibungslosem Versorgungsablauf Vorrang beansprucht. Der Mangel oder die Unkenntnis ambulant-kommunaler Hilfs-Mix-Alternativen führen dazu, daß die in der Regel faktisch unfreiwillig in Heimen wohnenden Menschen sich dem institutionell vorgegebenen nur unterordnen können. Vollends absurd ist es, daß die Freiheit der wirtschaftlichen Betätigung es umsichtigen privaten oder gemeinnützigen Unternehmern erlaubt, beliebig viele Hilfebedürftige als Kunden für beliebig viele Heime zu akquirieren, ohne daß die alternativlose Erforderlichkeit hinreichend professionell festgestellt ist.
- Solange Hilfebedürftige nicht Auftraggeber der Helfer als ihrer persönlichen Assistenten, etwa nach dem "Arbeitgebermodell" oder nach dem Modell der "Assistenzgenossenschaft", sein können, besteht in der Organisation stationärer (natürlich auch ambulanter, aber hier leichter kontrollierbarer) Einrichtungen grundsätzlich ein Widerspruch zwischen Träger- und Bewohnerinteressen. Die Träger müssen im Konfliktfall der Sorge für das Wohl der Institution Priorität einräumen. Die Summe aller individuellen Interessen der Bewohner kann dem Interesse der Institution gar nicht entsprechen, vor allem wenn man von dem Grundbedürfnis jedes Menschen

---

<sup>34</sup> Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (1999). IAB Kurzbericht Nr. 4, Nürnberg

ausgeht, für einen Anderen da zu sein, notwendig zu sein, Bedeutung haben zu wollen. Das Leben in einem Heim, in dem das gesamte Leben - zumeist - unter einem Dach organisiert ist, erzwingt Personalisierungsdefizite, so daß z.B. eine Landesärztekammer immer noch meint, ärztliche Eingriffe erforderten hier keine Aufklärung und Einwilligung<sup>35</sup>.

- Es wird dem Gesetzgeber nicht möglich sein, durch Zuerkennung heute selbstverständlicher Persönlichkeitsrechte das Leben im Heim nennenswert zu beeinflussen, da die institutionellen Strukturen ihre Umsetzbarkeit verunmöglichen, auch bei bester Personalausstattung. Heimbeiräte ohne Mitbestimmungsrecht machen die Diskrepanz nur noch deutlicher. Würden trotzdem alle Bewohner (möchten Sie so, auf diese Funktion eingeeengt, bezeichnet werden?) ihre individuellen Rechte einklagen, käme es zu einem Zusammenbruch des Heimsystems, da sich diese Rechte nicht für alle gleichzeitig realisieren lassen.

Heime stehen in der Tradition der großen Anstalten des 19. Jahrhunderts, sie sind im 20. Jahrhundert immerhin überwiegend schon kleinteiliger und dezentraler geworden. Im 21. Jahrhundert entsprechen sie weder in verfassungsrechtlicher noch in moralisch-politischer, noch in ökonomischer Perspektive den selbstverständlichen Gegebenheiten heutiger Lebenswelten, schon gar nicht dem Anspruch eines möglichst selbstbestimmten Lebens. Heime sind daher heute keine angemessene Problemlösung mehr für hilfebedürftige Menschen, ein wie großer Restbestand an Heimkapazität für eine kürzere oder längere Zeit auch immer erforderlich sein wird. Daher muß unter Berücksichtigung sowohl der Grundrechte als auch der versorgungspolitischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Ressourcen das Heimsystem durch ein ambulant-kommunales Sorge-System ersetzt bzw. dieses zum Grundmodell entwickelt werden. Nur so können die Hilfebedürftigen ihr weiterhin zu garantierendes "Recht auf Sicherheit" - im Sinne ihres Selbstbestimmungswunsches - durch ein gleichgewichtiges komplementäres "Recht auf Risiko" ergänzen, denn ohne Risiko kann ein behindertes wie nicht-behindertes Leben kein freies sein. Nur so kann den Menschen Würde in dem Sinne wiedergegeben werden, daß sie nicht mehr überflüssig, sondern notwendig für Andere sind. Auch das gilt für alle Menschen, "care-giver" und "care-taker" oder besser für Menschen mit kleinerem und größerem Sorge-Bedarf; denn für den Menschen als soziales, als Beziehungswesen gilt, daß ein Leben ohne (wie immer auf alle Schultern gerecht verteilte) Last auch kein großes Gewicht hat. Die Verteilung der Lasten des gesellschaftlichen Hilfebedarfs kann so für alle erträglich bleiben: eben als Hilfe- oder Sorge-Mix. Diese Diskussion und ihre politischen Konsequenzen setzen eine Willensbildung auf einer möglichst breiten gesellschaftlichen Basis voraus. Wir benötigen eine Neubewertung der Frage, welche Sorge-Angebote der gewandelten Mentalität der hilfsbedürftigen und aller Menschen entsprechen und von ihnen und allen am ehesten akzeptiert werden.

#### **4. Aufforderung an den Deutschen Bundestag: "Enquête der Heime"**

---

<sup>35</sup> Dörner, K., Spielmann, U. (Hrsg.) (2001). Geistige Behinderung, Humangenetik und Ethik, Eisingen

Wenn eine demokratisch verfaßte Gesellschaft die Verteilung ihrer sozialen Lasten nach moralischen Kriterien unter dem Gebot der Gerechtigkeit und damit glaubwürdig regeln will, dann hat sie bei den Bedürftigsten, bei den "Letzten" anzufangen. Da dies bei uns vor allem die Heimbewohner sind, haben wir mit ihnen zu beginnen. Weil deren Situation schon jetzt schwer erträglich bis unerträglich ist und sich dies zukünftig quantitativ wie qualitativ nur zuspitzen kann, haben wir keine Zeit mehr zu verlieren.

Um das bisherige Heimsystem auf den Prüfstand zu stellen, es mit dem Scheinwerferkegel größtmöglicher Öffentlichkeit auszuleuchten, es im Rahmen sämtlicher materieller, sozialer und moralischer Ressourcen zu diskutieren und gegebenenfalls einen Prozeß der Deinstitutionalisierung, des Umbaus des Heimsystems zugunsten von community care zumindest einzuläuten: Dafür kennt unser Gemeinwesen kein vornehmeres und wirksameres Mittel als eine Bundestags-Enquête. Diese könnte mit einem gesellschaftlichen Umbauprozess der jetzigen Heimversorgung freilich nur beginnen, da er, wenn er verantwortbar erfolgen soll, von nur säkular zu nennender Dauer sein muß. Das Ende des Prozesses dürfen wir heute noch nicht kennen. Eine solche Enquête hätte zunächst die einzelnen Elemente der professionellen stationären und ambulanten Sorge-Angebote abzuklopfen und zu flexibilisieren. Darüber hinaus sind nicht nur neue Angebotsformen weiterzuentwickeln, sondern auch das trotz allem wohl auch weiterhin tragfähigste Sorge-Potential der familiären Netzwerke zukunftsfähig zu machen sowie das zunehmende bürgerschaftliche Engagement zu stärken. Gerade auch über diesen Weg können Schritte auf eine Bürgergesellschaft hin erkennbar werden, in der das Zusammenleben von Schwächeren und Stärkeren als Recht und Chance begriffen und für jeden konkreten Einzelfall als Sorge-Mix und damit als Teilhabe der jeweils Anderen (ohne Behinderung ihrer sonstigen gesund-egoistischen Interessen, jedoch mit Zuwachs an Lebensbedeutung) flexibel realisiert wird. Insofern wäre eine Heim-Enquête die logische Fortschreibung früherer Enquêtes, von der Psychiatrie-Enquête von 1972 bis zu der jetzigen Enquête zum bürgerschaftlichen Engagement.

**Wir bitten die Fraktionen des Deutschen Bundestages, unsere Überlegungen zu prüfen und in die nächste Legislaturperiode mit der Einsetzung einer Heim-Enquête zu starten.**

Für die Forschungsarbeitsgemeinschaft "Menschen in Heimen" an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Gez.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner    Dr. Elisabeth Hopfmüller    MPH Beate Röttger-Liepmann

Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“  
Universität Bielefeld  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld

Diese Aufforderung wird von folgenden Fachleuten unterstützt, die zum Teil der Forschungsarbeitsgemeinschaft "Menschen in Heimen" angehören:

Prof. Dr. Iris Beck  
Institut für Behindertenpädagogik  
Universität Hamburg

Christel Bienstein  
Leiterin Institut für Pflegewissenschaft  
Private Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch  
Dt. Gesellschaft für Gerontopsychiatrie  
und –psychotherapie, HSM/ Bonner  
Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld

Prof. Dr. Thomas Klie  
Evangelische Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. Andreas Kruse  
Institut für Gerontologie der Ruprecht-  
Karls-Universität Heidelberg

Fritz Landzettel  
Chefarzt Psychiatrie  
Heidekreis-Klinikum Walsrode

Dr. Friedrich Leidinger  
Psychiater Köln

Dr. Peter Netz  
Westfälische Klinik Gütersloh

Prof. Dr. Doris Schaeffer  
Institut für Pflegewissenschaft an der  
Universität Bielefeld  
PD Dr. Martin Schnell  
Institut für Pflegewissenschaft  
Private Universität Witten/Herdecke

Dr. Wilfried Schnepf  
Institut für Pflegewissenschaft  
Private Universität Witten/Herdecke

PD Dr. Clemens Tesch-Römer  
Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.  
Berlin

Prof. Dr. Walter Thimm  
Institut für Erziehungswissenschaft 2 –  
Sonderpädagogik, Prävention und  
Rehabilitation der Universität Oldenburg

Prof. Dr. Burkhard Werner  
Katholische Fachhochschule Freiburg

Dr. Dr. Paul Wolters  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld

Christian Zechert  
Dipl. Soziologe Bielefeld