

Ambulant oder stationär¹

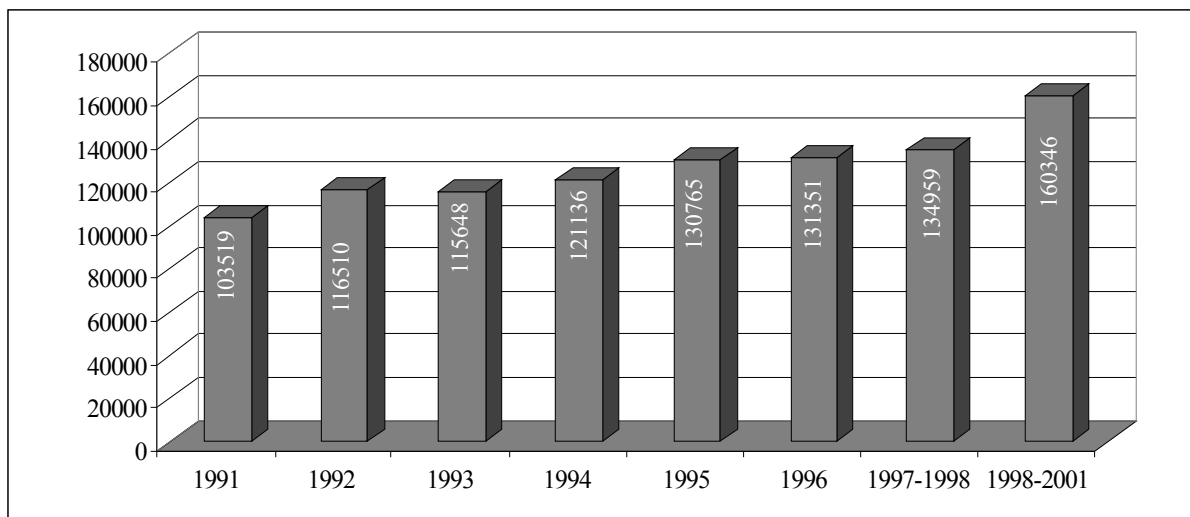
Unterstützung behinderter Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Eckhard Rohrmann,

„Die Zahl der Heimunterbringungen könnte nach verbreiteter Einschätzung zunehmend gesenkt werden. Dieser Prozeß setzt neben einem ausreichenden Angebot an ... differenzierten Wohnformen auch den weiteren Ausbau ambulanter Dienste voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken“ So steht es wortgleich im dritten (1994, S. 178) und vierten (1998, S. 85) allerdings nicht mehr im fünften (2004) Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation.

Trotzdem werden, statt den Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und den Bau behindertengerechter Wohnungen zu forcieren, immer mehr Heime gebaut.

Abb. 1: Anzahl der Heimplätze für Behinderte



Anmerkung: Die Heimstatistik wird aufgrund freiwilliger Meldungen ohne Rechtspflicht vom BMFSFJ erhoben. Die Meldungen erfolgen nicht immer bezogen auf denselben Stichtag. Die Daten für die Zeiträume 1997 – 1998 und 1998 – 2001 fassen Daten zu unterschiedlichen Stichtagen innerhalb dieser Zeiträume zusammen.

Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: BMFSFJ – Heimstatistik

Die Konsequenz ist, dass die Anzahl der Heimunterbringungen in Deutschland nicht nur nicht sinkt, sondern kontinuierlich steigt. Von Jahr zu Jahr erreicht die Anzahl der Heimplätze für Behinderte in Deutschland neue Rekordhöchststände. Sie stieg zwischen 1991 und 2001 um 55 Prozent von 103.519 auf 160.346. Neuere Zahlen liegen bundesweit nicht vor, ohnehin fällt auf, dass die Heimstatistik in den letzten Jahren immer schlampiger geführt wird.

Im Bereich der Altenheime zeigt sich dieser Trend zwar nicht so klar und eindeutig, aber auch dort ist er nicht zu übersehen. Kurzfristig, aber wenig nachhaltig, hat hier sogar die im Januar 1995 in Kraft getretene erste Stufe der Pflegeversicherung einen leichten Rückgang der Heim-

¹ Vortrag auf der Veranstaltung De-Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen – ein Schlüssel der Disability Studies am 15. April 2005 in Kassel

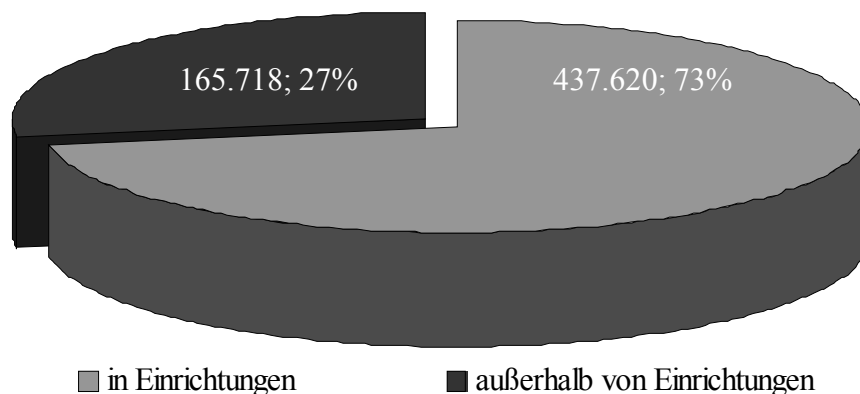
plätze bewirkt. Zum letzten Erhebungszeitraum ist aber auch hier ein nie erreichter Höchststand 715 Tausend zu verzeichnen gewesen.

Dazu kommt: „Eine nicht genau bekannte Zahl vor allem geistig oder mehrfachbehinderter Menschen, die häufig auch ein hohes Maß an Pflegebedürftigkeit aufweisen, ist noch immer in psychiatrischen und neurologischen Krankenhäusern, in geriatrischen Kliniken sowie in Altenpflegeheimen untergebracht. In den neuen Bundesländern betraf das 1994/95 etwa fünftausend Personen. Vergleichbare Daten für die alten Bundesländer sind nicht bekannt; es ist aber davon auszugehen, dass auch dort noch behinderte Menschen in psychiatrischen Einrichtungen und in Altenpflegeeinrichtungen leben“ (Bundesregierung 1998, S. 85)“. Wir nahmen dies seinerzeit zum Anlass, beim zuständigen Sozialministerium nachzufragen, ob nicht daran Interesse bestünde, die quantitative und auch die qualitative Dimension dieses nach meiner Einschätzung eklatanten sozialpolitischen Skandals näher zu erforschen um auf dieser Grundlage Strategien zur Abhilfe zu entwickeln. Mit Schreiben vom 19. April 1999 erhielten wir daraufhin die überraschende Mitteilung, bereits projektierte Forschungen zur Fundierung entsprechender politischer Initiativen seien bislang stets am Widerstand der Einrichtungsträger gescheitert. Überrascht hat uns dabei weniger die Haltung der Einrichtungsträger, die sich nicht gerne in die Karten gucken lassen, überrascht hat uns, dass sich ein Bundesministerium davon derart hat beeindruckt lassen und diesen Widerstand nicht erst recht zum Anlass genommen hat, entsprechende Forschungen zu veranlassen.

Mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen haben wir dann eine hessenweite Untersuchung durchgeführt. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass allein in diesem kleinen Bundesland mit ca. 6 Mio. Einwohnern Ende 2000 insgesamt 1427 Menschen unter 60 Jahren in Einrichtungen der stationären Altenhilfe fehlplaziert waren (vgl. Brings/Rohrmann 2002, S. 146 ff.).

Die – wie gezeigt – nicht nur nicht zurückgehende, sondern immer erdrückender werdende murale Dominanz lässt sich auch an der Sozialhilfestatistik aufzeigen. Ausweislich der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes erhielten 2003 gut 600 Tausend Menschen in Deutschland Eingliederungshilfe für Behinderte. Fast drei Viertel von ihnen waren stationär untergebracht.

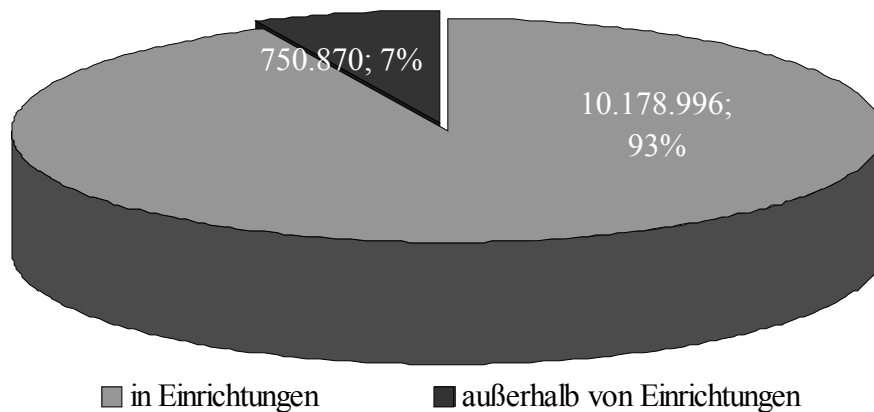
Abb. 2: Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte 2003



Quelle: Statistisches Bundesamtes Fachserie 13, R 2.2, 2003, Tab. A1.4, A1.5, A1.6, eigene Berechnungen

Von den 2003 aufgewandten Eingliederungshilfemitteln in Höhe von fast 11 Mrd. Euro erhielten Empfängerinnen und Empfänger, die außerhalb stationärer Mauern lebten, nur wenig mehr als 750 Tausend Euro, der Hauptanteil von 93 Prozent fließt in den stationären Sektor.

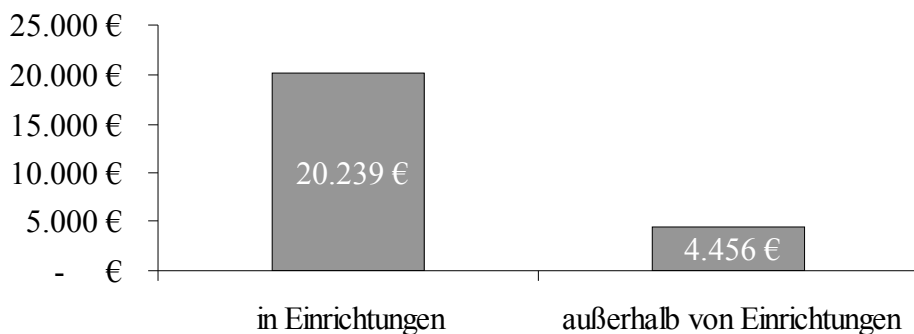
Abb. 3: Ausgaben für Eingliederungshilfe für Behinderte 2003



Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 13, R 2.2, 2003, Tab. B1.1, eigene Berechnungen

Selbst wenn man die ca. 3 Mrd. Euro, die für Werkstätten für Behinderte aufgebracht werden, außer Acht lässt, liegt der Anteil der Eingliederungshilfe, den der stationäre Bereich verschlingt, immer noch bei 90 Prozent. Auf jeden Hilfeempfänger außerhalb von Heimen entfiel dabei ein Durchschnittsbetrag von knapp 4.500 Euro, für diejenigen, die stationär untergebracht waren, betrug der Aufwand mit über 20.000 € durchschnittlich mehr als das 4 1/2-fache.

Abb. 4: Ausgaben für Eingliederungshilfe für Behinderte 2003 pro Kopf



Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 13, R 2.2, 2003, Tab. B1.1, eigene Berechnungen

Ganz ähnlich, wenn auch nicht ganz so krass verhält es sich bei der Hilfe zur Pflege. Auch hier sind 27% der insgesamt ca. 350 Tausend Empfängerinnen und Empfänger stationär untergebracht. Allerdings fließen „nur“ 83 Prozent der insgesamt aufgewandten gut 3 Mrd. € in den stationären Komplex.

Dabei verstößt diese Praxis eklatant gegen die seit über 20 Jahren geltende Rechtsnorm im Bundessozialhilfegesetz bzw. seit Anfang dieses Jahres des SGB XII.

1984 fügte nämlich der Gesetzgeber den § 3a neu in das Bundessozialhilfegesetz ein: „Die Träger der Sozialhilfe sollen darauf hinwirken, dass die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann“.

Die Einbettung dieser Vorschrift in das Haushaltsbegleitgesetz 1984, einem Gesetz zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte ließ von Anfang an darauf schließen, dass es dem Gesetzgeber zumindest auch um Kostendämpfung ging. „Ambulante Hilfen sind oft sachgerechter, menschenwürdiger und zudem kostengünstiger“ (Bundestags-Drucksache 10/335, S. 103), hieß es damals in der regierungsamtlichen Begründung. Außerdem stand dort: „Die bis-

herige Tendenz zum Ausbau vorrangig des stationären Bereichs birgt ... die Gefahr der ‚Abschiebung‘ älterer Menschen oder Behinderter aus ihrem Lebenskreis“ (ebd.). Dass es ausschließlich um Kostensenkung ging, offenbarte sich 1996, als der Gesetzgeber den Vorrang ambulanter Hilfen unter Kostenvorbehalt stellte, obwohl die Gefahr der Abschiebung älterer Menschen oder Behinderter keineswegs gebannt war – ganz im Gegenteil. Es hatte sich jedoch gezeigt, dass ambulante Hilfen zwar immer noch sachgerechter und menschenwürdiger, jedoch, wenn als professionelle Dienstleistung und nicht als private Reproduktionsleistung oder als ehrenamtliches Almosen gewährt, nicht immer kostengünstiger sind. Also stellte der Gesetzgeber die Menschenwürde unter Kostenvorbehalt.

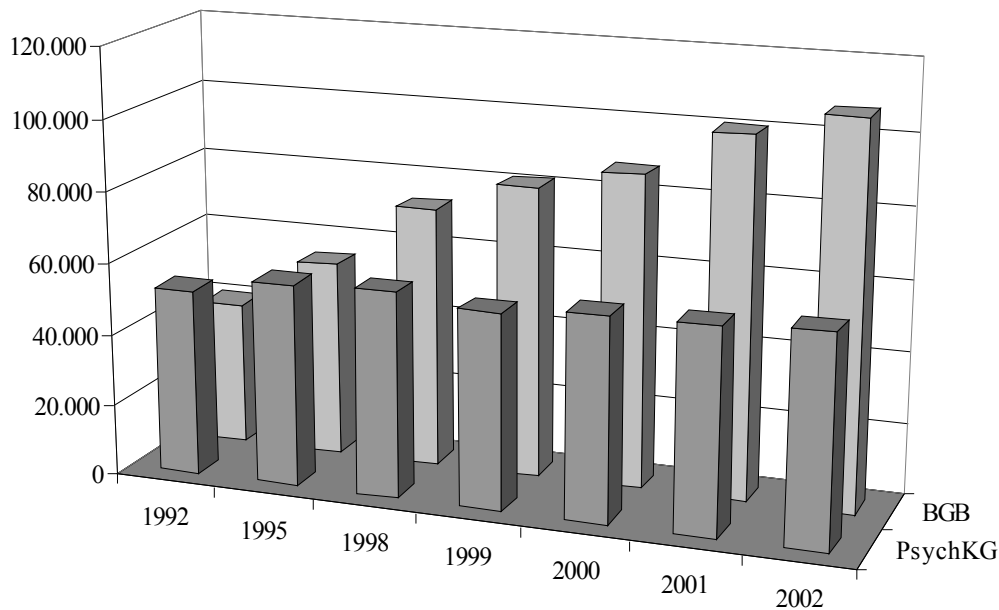
Dennoch: Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist nach wie vor explizite Rechtsnorm, als solche jedoch bislang weitgehend ein Papiertiger geblieben und zwar nicht erst seit der Einführung des Kostenvorbehaltes.

Was sind die Ursachen für die eklatante Diskrepanz zwischen Rechtsnorm und Rechtspraxis? Der Vorrang ambulanter Hilfen wurde seinerzeit als programmatische Sollvorschrift in das BSHG eingeführt. Die Aufgabe, den Gesetzesauftrag umzusetzen, fiel damit den Trägern der Sozialhilfe zu. Damit hat der Gesetzgeber aber ganz offensichtlich den Bock zum Gärtner gemacht, denn die Sozialhilfeträger waren ganz offensichtlich – jedenfalls in ihrer Gesamtheit – nicht willens oder in der Lage, den ihnen aus der neuen Rechtsnorm erwachsenen Rechtspflichten nachzukommen. Sanktionen hatten und haben sie nicht zu befürchten. Offensichtlich müssen mit der Durchsetzung des Vorrangs ambulanter Hilfen andere Akteure betraut werden, nämlich solche, die wirklich an der Durchsetzung dieser Rechtsnorm interessiert sind. Niemand dürfte ein größeres Interesse daran haben, als die Betroffenen selbst.

Dazu hätte der Gesetzgeber diese ermächtigen müssen, selbst für die Durchsetzung des Vorranges ambulanter vor stationären Hilfen streiten zu können. Ob das persönliche Budget ein richtiger Schritt in diese Richtung ist, mag hier dahingestellt bleiben (vgl. hierzu Rohrman 2004, S. 137 ff.). Unabhängig davon aber hätte der Gesetzgeber den Betroffenen mit einem einklagbaren Rechtsanspruch auf ambulante Hilfen ohne Kostenvorbehalt ein sehr wirksames Instrument zur Durchsetzung ihrer Interessen und der Verwirklichung der seit über zwanzig Jahren missachteten Rechtsnorm an die Hand geben und damit einen Beitrag zur Überwindung der derzeit wachsenden Diskrepanz zwischen der immer noch auf paternalistische Fürsorge ausgerichteten Sozialpolitik einerseits und den durchaus richtungsweisenden, auf subjektive Selbstbestimmung und soziale Teilhabe hin ausgerichteten Ansätzen der Behindertenpolitik andererseits leisten können.

Noch eine letzte Zahlenreihe. Zwischen 1992 und 2002 stieg die Anzahl der von gesetzlichen Betreuern beim Vormundschaftsgericht beantragten und in der Regel langfristig, oder sogar lebenslänglich angelegten freiheitsentziehenden Maßnahmen geradezu explosionsartig um 166%, die Anzahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen zwischen 1992 und 2002 lediglich um 12% zunahm. Das ist nicht einmal ein Zehntel des Zuwachses der Entrechtungen nach BGB. Es ist also nicht nur so, dass die Zahl der stationären Unterbringungen kontinuierlich wächst, sondern auch die Zahl derer, die gegen ihren Willen dort eingesperrt sind.

Abb 5.: Anträge auf mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringungen



	1992	1995	1998	1999	2000	2001	2002
■ PsychKG	52.191	56.633	57.559	54.745	57.051	57.051	58.420
■ BGB	40.369	54.824	72.871	81.469	87.606	100.530	107.208

Quellen: Deinert 2000; Deinert 2003b

Verlassen wir nun die quantitative Dimension dieses Skandals und wenden uns dessen qualitativen Aspekten zu, dem Alltag und den Lebensbedingungen hinter stationären Mauern.

Menschen, die stationär untergebracht sind, sind – insbesondere, wenn sie dort gegen ihren Willen festgehalten werden – in weit geringerem Maße Subjekte ihres Alltages, als Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben. Sie können ihn in der Regel kaum selbst strukturieren und seinen Ablauf bestimmen, sondern sie sind, je nach Offenheitsgrad der jeweiligen Einrichtung, in unterschiedlichem Maße, Objekte einer meist explizierten Heimordnung, die den Tagesablauf mehr oder weniger umfassend fremdbestimmt. Elementare Grundrechte, z. B. das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung gelten für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht, ein Heim ist keine Wohnung. Ohnehin genießen nur 41% der Insassen von Behinderteneinrichtungen in den alten und etwa 22% in den neuen Bundesländern den Luxus eines Ein-Bett-Zimmers (Bundesregierung 1998, S. 88) und der Anteil wird in den nächsten Jahren eher sinken als steigen, wenn das Beispiel des Bezirkes Oberfranken künftig Schule macht. Dort hat der Bezirkstag in seiner Sitzung am 12. Februar 2004 beschlossen, sog. „Einzelzimmerzuschläge“ für Sozialhilfeempfänger, die in Heimen leben, zu streichen und die Heimträger aufgefördert, bis Ende Mai alle Betroffenen in Mehrbettzimmer umzuquartieren.

Zur Befriedigung individueller Bedürfnisse haben Menschen in Heimen meist nur ein geringes Taschengeld, über das sie zudem oft genug nicht einmal frei verfügen können. Die strukturellen Merkmale stationärer Behinderteneinrichtungen entsprechen ihrer Tendenz nach immer noch denen, die Gofman (1973, S. 15ff) als typisch herausstellt für sog. „totale Institutionen“, welche von ganz spezifischen, durchweg negativen Auswirkungen für die Persönlichkeitsentfaltung ihrer Insassen geprägt sind. Sie unterbinden bzw. entwerten z. B. Handlungen, „die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, daß er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat - daß er ein Mensch

mit der Selbstbestimmung, Autonomie und der Handlungsfreiheit eines ‚Erwachsenen‘ ist“ (a.a.O., S. 49). Bei einer Reihe von Interviewpartnerinnen und -partnern, die wir im Rahmen unserer Untersuchungen über Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in Altenheimen (vgl. Brings/Rohrmann 2002, Drolshagen/Rohrmann 2003, Rohrmann 2003) befragt haben, haben wir erlebt, dass für manche allein schon die Erfahrung, dass es noch Menschen gibt, die an ihnen, ihrem Alltag und an ihrer Lebensgeschichte ein Interesse haben, oft mehr als erstaunlich war. Sie selbst hatten das Interesse daran längst verloren. Ihr Leben ist geschichtslos geworden, geprägt nur noch durch die immer wiederkehrende Stereotypie des Heimalltages.

In kirchlichen Einrichtungen wird den Betroffenen darüber hinaus oft ein Lebenswandel aufgezwungen, der sich nicht primär an ihren Wünschen und Bedürfnissen, sondern an den religiösen Dogmen der Träger orientiert. Ich selbst hatte z. B. während meines Zivildienstes 1976 und 1977 in einem evangelischen „Heil- und Pflegeheim für geistig Behinderte“ den expliziten Dienstauftrag, homosexuelle Kontakte und Handlungen der Insassen untereinander zu unterbinden. Heterosexuelle Kontakte konnten sie aufgrund der strukturellen Gewalt dieser Institution erst gar nicht eingehen, in der geschlossenen Einrichtung lebten nur Männer. Auch wenn der damalige Leiter der v. Bodelschwingschen Anstalten, Pastor Johannes Busch zehn Jahre später selbstkritisch einräumt: „Wir Betheler haben in der Vergangenheit das Leben der behinderten Bewohner so gestaltet, daß bei uns nicht eingelöst werden konnte, was doch der Geschöpflichkeit des Menschen entspricht. Eine Lebensgemeinschaft von Paaren behinderter und kranker Menschen war von Anfang an in Bethel nicht möglich“ (Busch 1986, S. 3) und auch, wenn sich die diesbezügliche Praxis zwischenzeitlich in den meisten Einrichtungen gewandelt hat, nach wie vor enthalten stationäre Einrichtungen ihren Insassen elementare Lebensmöglichkeiten vor, die wir für uns als selbstverständliche Grund- und Menschenrechte in Anspruch nehmen. Außerdem lässt Busch auch nach dem Sinneswandel keinen Zweifel daran bestehen, wer weiterhin die Normen für die Entfaltung der bis dahin total unterdrückten Sexualität festlegt: „Der natürliche von Gott vorgegebene Raum in dem die Sexualität des Menschen zur Entfaltung kommen kann, ist nach unserem Verständnis die auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft von Mann und Frau“ (Busch 1986, S. 5). Nach wie vor also bleibt das Credo der Einrichtungsträger Maßstab, was den Betroffenen an sexueller Selbstbestimmung zugestanden wird und was nicht. Sexuelle Orientierungen und Präferenzen, die nicht mit der kirchlichen Lehre im Einklang stehen, werden unverändert unterdrückt. Unmissverständlich stellt der Kirchenmann klar: „Eine Herauslösung des Geschlechtsverkehrs aus der ganzheitlichen dauerhaften Lebensgemeinschaft von Mann und Frau mit dem Ziel ausschließlich sexueller Befriedigung halten wir nicht für schöpfungsgemäß, und das heißt, sie ist nicht dem Menschen gemäß. Wir denken deshalb nicht daran, dem in irgendeiner Form in unseren Einrichtungen Raum zu geben“ (a.a.O., S. 6).

Neben der ausgeprägten Tendenz des bundesdeutschen Sozialwesens zum muralen Ausschluss sind insbesondere Menschen, die in Deutschland auf Pflege und Unterstützung angewiesen ist, das betrifft nicht nur behinderte, sondern ebenso und vor allem auch alte Menschen, in Deutschland zusätzlich und in wachsendem Maße von Vernachlässigung und Misshandlung bedroht und betroffen. Das zeigt z. B. ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung, das die Ergebnisse von ca. 7.600 „Qualitäts“-prüfungen in Pflegeeinrichtungen zusammenfasst. Darin heißt es: „Versicherte, die Einschränkungen in der Fähigkeit haben, ihren Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf selbständig zu decken, werden häufig unzureichend mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt. Die Folge ... ist ... Unterernährung bzw. Austrocknung, die wiederum eine Akutversorgung notwendig machen“ MDK 2001, S. 4). Zudem stellten die Gutachter fest, „dass Bewohnern Sondenkost verabreicht wird, obwohl sie durchaus mit Unterstützung des Pflegepersonals in der Lage wären, ausreichend zu essen und zu trinken“ (a.a.O., S. 5). Aus demselben Grund werden einer wachsenden Anzahl von Menschen, die mit entsprechender Hilfe ganz normal zur Toilette ge-

hen könnten, kurzerhand Darm- und Blasenkatheter gelegt oder sie werden gewandelt. Der MDK bemängelt „den nicht sachgerechten Einsatz von Inkontinenzhilfen (Einlagen, Inkontinenzslips), die häufig als pflegeerleichternde Maßnahmen eingesetzt werden, ohne dass die vorhandenen Ressourcen des Pflegebedürftigen ausgeschöpft und unterstützt werden. Vielfach wurde festgestellt, dass Inkontinenzhilfen gegen den Willen der Pflegebedürftigen eingesetzt werden, obwohl der Pflegeheimbewohner bei entsprechendem Training und personeller Unterstützung die Toilette aufsuchen kann und will. Einrichtungsträger erliegen in zunehmendem Maße den Verheißungen der Inkontinenzmittelhersteller und bringen immer großvolumigere Inkontinenzeinlagen zum Einsatz, die oft unangemessen lang nicht gewechselt werden („Fassungsvermögen bis zu 3,8 Liter“). Abgesehen von den hautschädigenden Wirkungen dieser extensiven Hilfsmittelversorgung wird in solchen Fällen der würdevolle, fürsorgliche Umgang mit pflegebedürftigen, erwachsenen Menschen rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten nachgeordnet“ (a.a.O., S. 5). An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass es die selben Kassen sind, deren medizinischer Dienst hier diese Praxis kritisiert, die Magensonden und Katheter als pflegeerleichternde Hilfsmittel bezahlen und damit die Voraussetzungen für diese menschenunwürdige Praxis schaffen. „Nicht selten werden bei den Qualitätsprüfungen auch freiheitseinschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahmen festgestellt, obwohl weder eine Einwilligung des Betroffenen, noch ein rechtfertigender Notstand oder eine richterliche Genehmigung vorliegt“ (a.a.O., S. 5). Eine Stichtagserhebung kam 1998 zu dem Ergebnis, dass täglich etwa 400.000 Menschen solche freiheitsentziehende Maßnahmen hinnehmen müssen, also z. B. medikamentös „ruhig gestellt“, gefesselt oder hinter Bettgitter gesperrt werden (Klie 1998a, 1998b).

Längst bedrohen sozialpolitische Restriktionen sogar das nackte Überleben. Schon am 13. September 1990 berichtete die Frankfurter Rundschau von der 69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: „Rechtsmediziner befürchten in der Bundesrepublik eine starke Zunahme unnatürlicher Todesfälle bei alten Menschen und Pflegefällen in Pflegeheimen und Krankenhäusern“. Der Präsidenten der Gesellschaft, H. J. Wagner, hatte im Einleitungsreferat darauf hingewiesen, dass „schon jetzt die Zahl der Todesfälle in besonderem Maße zugenommen (...) (habe), bei denen den Patienten offenbar zu viel Psychopharmaka oder Herzmittel verabreicht worden seien“.

Nichts ist seither geschehen, im Gegenteil: Nach Angaben von H. J. Wagner (1999, A-3033) in einem neuerlichen Beitrag neun Jahre später „haben sich die Gesamtverordnungen von definierten Tagesdosen an Neuroleptika innerhalb der letzten zehn Jahre verdoppelt und liegen nach dem 98er Arzneiverordnungsreport bei 207 Millionen definierten Tagesdosen“.

Ein letztes Beispiel: „Der MDK trifft immer wieder bei Qualitätsprüfungen auf Bewohner, bei denen ein Dekubitus besteht, ohne dass dieser der Pflegeeinrichtung bekannt war und ohne dass erforderliche Maßnahmen geplant und durchgeführt wurden“ (MDK 2001, S. 5). Das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg untersuchte 1998 insgesamt 10.222 Leichname vor deren Einäscherung. 11,2 % von ihnen wiesen Dekubitalgeschwüre auf, Folge insbesondere pflegerischer Vernachlässigung und falscher Ernährung. Bei 400 Personen waren sie schwerwiegend, bei 1 % der Betroffenen, von denen mehr als die Hälfte vor ihrem Tod in Pflegeheimen lebten, die Todesursache. Sollten diese Zahlen repräsentativ sein, sterben bundesweit jährlich zwischen 8.000 und 10.000 Menschen an Dekubitus, das sind etwa 27 pro Tag (Heinemann u. a. 2000, 2001).

Ich will es bei diesen Beispielen belassen. Sie sind keine bedauerlichen Einzelfälle, sondern Symptome des bundesdeutschen Anstaltswesens, die sich unter den Bedingungen fortschreitenden Sozialabbaus noch verschärfen. Dabei sind die Missstände der Bundesregierung bekannt. Bei der routinemäßigen Anhörung vor dem zuständigen UN-Ausschuss in Genf am 26. August 2001 anlässlich der Vorlage ihres alle fünf Jahre fälligen Staatenberichtes über die

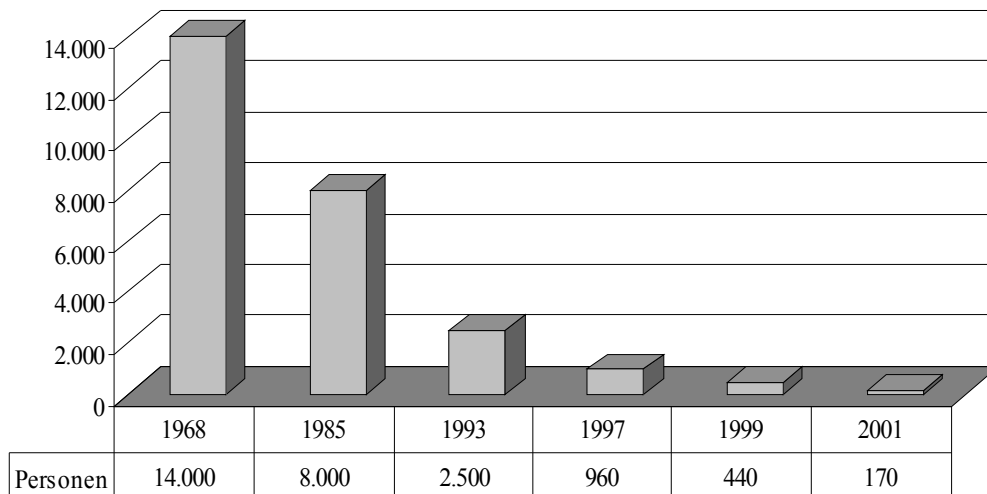
Einhaltung des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte musste ihr Vertreter einräumen, „dass in vielen deutschen Altenpflegeheimen die Menschenrechte missachtet werden. Die deutsche Delegation bestätigte einen Bericht des Münchner ‚Forums zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen‘, wonach für die Pflege der oft bettlägerigen oder behinderten Heimbewohner pro Tag durchschnittlich weniger als eine Stunde aufgewendet werde. ‚Wir leugnen nicht, dass es Defizite gibt‘, sagte Botschafter Walter Lewalter. Über den Umfang lägen allerdings keine Zahlen vor“ (Frankfurter Rundschau vom 27. 08. 2001).

Ich komme zum Schluss und fasse zusammen. Die seit über 20 Jahren geltende Rechtsnorm „ambulant vor stationär“ wird in der Praxis in ihr Gegenteil verkehrt. Unser Sozialwesen reagiert bis heute auf Anlässe gesellschaftlichen Ausschlusses durch soziale Probleme, wie Behinderung, Alter oder Pflegebedürftigkeit nur selten durch Hilfen, die geeignet sind, den Ausschluss zu vermeiden oder zu überwinden, sondern meistens durch institutionellen Einschluss. Dies stellt einen gigantischen Sozialhilfemissbrauch dar. Mittel der Eingliederungshilfe für Behinderte in zweistelliger Milliardenhöhe werden Jahr für Jahr zweckentfremdet um davon ihre Ausgliederung zu finanzieren, Hilfe zur Pflege verkommt – ebenfalls in Milliardenhöhe – zu einer Hilfe der Verwahrung –, und führt zum anderen dazu, dass immer mehr Menschen unter menschenunwürdigen, menschenrechtswidrigen, ja zum Teil lebensgefährlichen Zuständen leben oder genauer: dahinvegetieren müssen.

Die Orte des institutionellen Einschlusses sind dabei brisanterweise überwiegend Agenturen der sozialen Arbeit oder des medizinisch-therapeutischen Systems, in denen Angehörige unserer Professionen, der Sozialarbeit, der Pädagogik, der Psychologie oder der Medizin zum Einsatz kommen und den institutionellen Einschluss fachlich begründen und damit legitimieren. Wir sind es, die mit dem Anspruch pädagogischer, psychologischer oder medizinisch-psychiatrischer Fachlichkeit Anlässe sozialer Ausgrenzung ontologisieren, die Betroffenen entsprechend diagnostisch zurichten, nach festgestellten Symptomen und Defekten sortiert und homogenisiert in Institutionen einschließen und so ihre gesellschaftliche Ausgrenzung und die damit meist einhergehende oft weitgehende Entrechtung institutionalisieren. Dabei bleibt meist unbemerkt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Symptome, die wir an diesen Menschen immer wieder diagnostizieren, Ausdruck genau der institutionellen Bedingungen sind, unter die wir sie eben wegen dieser Symptome gestellt haben.

Dass es anders geht, mithin niemand aus fachlich zu rechtfertigenden Gründen stationär untergebracht sein muss, zeigen nicht nur die mittlerweile mehr als zwanzigjährigen Erfahrungen von ambulanten Diensten in Deutschland, sondern auch das Beispiel Schweden, wo seit 1968 kontinuierlich gemeindenahе ambulante Infrastrukturen entwickelt worden sind und wo es seit Ende 2000 gesetzlich verboten ist, Behinderter in einem Heim unterzubringen – mit Erfolg, wie ein Blick auf die schwedische Heimstatistik zeigt.

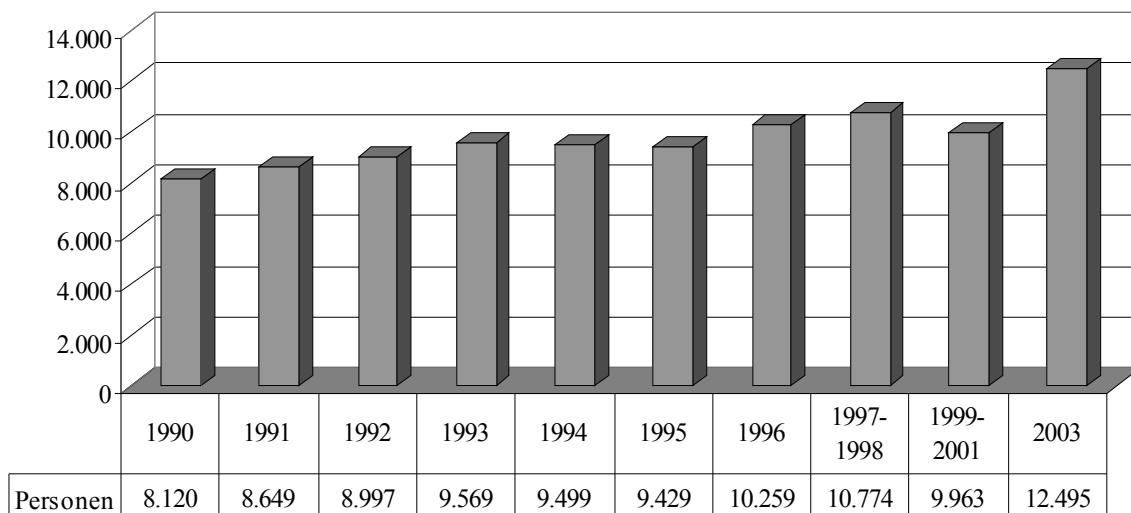
Abb. 6: In Heimen lebende Behinderte in Schweden



Quelle: Schwedisches Institut 2001, S. 2

Vergleichen wir die Situation in Schweden, wo ca. neun Mio. Menschen leben, etwa mit derjenigen des Bundeslandes Hessen mit ca. sechs Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern, so zeigt sich hier – dem Bundestrend folgend – eine genau entgegengesetzte Entwicklung:

Abb. 7: In Heimen lebende Behinderte in Hessen



Quellen: bis 2001: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: BMFSFJ – Heimstatistik; 2003: Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Fuhrmann (SPD) vom 03.03.2004 betreffend vorhandene Wohnplätze für Behinderte in Hessen, Anlage 1. Drucksache 16/1994 des hessischen Landtages

Hessen ist, wie diese Zahlen zeigen, mittlerweile sogar deutlich hinter die Situation in Schweden von 1968 zurückgefallen.

Literatur:

- Brings, N./Rohrman, E.: Jüngere Behinderte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 53. Jg. Heft 4/2002, S. 146 - 152
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Behinderung und Rehabilitation. Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn 1994, 1998
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Bonn 2004
- Busch, J.: Lebensgemeinschaft entsprechend den Möglichkeiten behinderter Menschen. In: Der Ring. Informationsblatt der v. Bodenschwingschen Anstalten, H. 6/1986, 3 – 6
- Deinert, H.: Zahlen und Fakten zur Praxis des Betreuungsrechtes 1992 – 1999. Stand: 01. 12. 2000. URL: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Lexikon/zahlen.htm>
- Deinert, H.: Betreuung mit Zukunft. Zahlen und Daten zum Betreuungsrecht. Stand 26. 08. 2003. URL: <http://www.betreuung-mit-zukunft.de/4801/12602.html>
- Drolshagen, M./Rohrman, E.: Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in der stationären Al-tenhilfe aus der Sicht der Betroffenen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 54. Jg. Heft 11/2003, S. 461-468
- Gofman, E.: Asyle. Frankfurt: Fischer 1973
- Heinemann, A., Lockemann, U., Matschke, J., Tsokos, M. & Püschel, K.: Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 125 (2000), S. 45-51
- Heinemann, A., Leutenegger, M., Cordes, O., Matschke, J., Hartung, C., Püschel, K. & Meier-Baumgartner, H. P.: Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6(2001), S. 509-516
- Klie, T.: Zur Verbreitung unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB in bundesdeutschen Pflegeheimen. Betreuungsrechtliche Praxis, 7(2/1998a), S. 50-53
- Klie, T.: Hinter Gittern. Ein Bettgitter aufzustellen gehört im Alltag von vielen Altenpflegekräften zur pflegerischen Routine. Dabei erfüllt derartige Handeln den Straftatbestand der Freiheitsberaubung. Altenpflege, 23(7/1998b), S. 37-39
- MDK: Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung zur gemeinsamen Anhörung des Gesundheitsausschusses und des Ausschusses für Familien, Senioren, Frauen und Jugend am 4. April 2001 zu den vorliegenden Gesetzentwürfen zur Pflege und zum Heimgesetz. O. O. 2001
- Rohrman, E.: Mit dreißig ins Altersheim – Zur Lage junger Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: Behindertenpädagogik, 42. Jg., Heft 1/2/2003, S. 173 – 185
- Rohrman, E.: Auf dem Weg zu mehr ambulanten Hilfen? Das persönliche Budget kann die Dominanz stationärer Angebote nur bedingt eindämmen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 151. Jg., Heft 4/2004, S. 137-139
- Schwedisches Institut: Die schwedische Behindertenpolitik. In: Tatsachen über Schweden Juni 2001
- Wagner, H. J.: Forensische Gerontologie. Interdisziplinäre Probleme und Aufgaben. Gewalt an alten Menschen wird zunehmend als Problem erkannt. Auch die großen Pflegeverbände reden nunmehr offen über Mißstände. In: Deutsches Ärzteblatt 96 Jg., Heft 47, 26. November 1999, S. A-3032 – A-3034