

Vom Heim zum Quartier

Bei Pflegebedürftigkeit sollten ambulante Wohnformen Vorrang haben, meint **Frank Schulz-Nieswandt**. Der Vorstandsvorsitzende des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sieht darin eine Voraussetzung für Teilhabe und Selbstbestimmung.

In vielen Leistungsbereichen des deutschen Sozialversicherungssystems gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Der Grund für diese Vorgabe ist rechtsphilosophischer Art und resultiert aus wissenschaftlichen Überlegungen, die die Natur des Menschen betreffen. Wir sprechen dem Menschen das Grundrecht auf Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu. Seit der Französischen Revolution – unter dem Leitgedanken der Freiheit, Gleichheit und Solidarität – hat der Staat diese Grundrechte zu gewährleisten. Das macht den gesellschaftspolitischen Handlungsdruck zur Ambulantisierung und – umgekehrt – der De-Institutionalisierung beziehungsweise Ent-Hospitalisierung überaus deutlich. Dies ist eine der Hauptvisionen des

Die Ent-Hospitalisierung ist eine der Hauptvisionen des Inklusionsgedankens.

Inklusionsgedankens, der sich nicht nur auf Behinderungen beziehen lässt. Es geht vielmehr um den Abbau der sozialen Ausgrenzung überhaupt: von der frühen Kindheit bis zur Hochaltrigkeit, der Demenzversorgung und der Kultur des Sterbens, es geht um Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit Pflegebedürftigkeit oder um sozio-ökonomische Armut. Es geht um die Frage des Gelingens eines Daseins als Homo patiens, als leidender Mensch.

Die rechtlichen Voraussetzungen sind nicht trivial. Sie stehen im Völkerrecht, im europäischen Recht, im Grundgesetz oder auch im Paragraf 1 Sozialgesetzbuch (SGB) I, der die Aufgaben des Sozialgesetzbuches beschreibt. Derzeit gestaltet der Gesetzgeber im Zuge der Wohn- und Teilhabegesetzgebungen der Länder rechtliche Fragen und die Frage der nachhaltigen Geschäftsmodelle für eine betriebsförmliche Umwandlung der regionalen Versorgungslandschaften. Vieles davon wird höchst kontrovers diskutiert.

Doch sind derartige rechtliche und wirtschaftliche Fragen ohnehin lediglich notwendige Voraussetzungen. Hinreichende Bedingung einer wirklichen Inklusion ist die kulturelle Offenheit für die Normalisierung des Wohnens der bislang oftmals stationär ausgegrenzten Menschen. Das ist ein

schwieriger sozialer Lernprozess voller Ambivalenzen und Zumutungen. Die psychodynamische Dimension des Problems ist nicht zu unterschätzen: Es geht um die soziale Fantasie eines gelingenden Miteinanders mit dem Anders- beziehungsweise Fremdartigen. Dabei spielen auch Gefühle wie Angst und Ekel eine Rolle.

Derzeit stehen häuslich-ambulante, zunehmend auch teilstationäre sowie stationäre Strukturen im SGB XI-Bereich nebeneinander. Die zwischen sozialen Gruppen und Generationen vermittelnden („alternativen“) Wohnformen im Alter, wie beispielsweise Wohngemeinschaften, gemeinschaftliches Wohneigentum oder Mehrgenerationenwohnen, zwischen privater Häuslichkeit einerseits und sich durchaus ausdifferenzierenden stationären Wohnformen andererseits sind in Deutschland immer noch unterentwickelt.

Ambulantisierung kann daher nur bedeuten, die Gewichte im Spektrum der Wohnformen im Alter zu verschieben (ambulant vor stationär). Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass eine vollständige Auflösung stationärer Formen (ambulant statt stationär) kaum möglich ist. Ein fehlendes soziales Netzwerk macht einen Einzug ins Heim im Falle der Pflegebedürftigkeit heute wahrscheinlich. Umgekehrt kann daher eine De-Institutionalisierung nur gelingen, wenn das privat-häusliche oder gemeinschaftliche Wohnen im Alter im Rahmen von lokalen sorgenden Gemeinschaften als Hilfe-Mix sozialraumorientiert im Quartier oder Dorf gewährleistet wird. Das ist gesinnungsethisch die Norm. Verantwortungsethisch gesehen muss die De-Institutionalisierung aber auch gelingen, sonst drohen Vereinsamung und Verwahrlosung – das zeigen vielfache Erfahrungen.

So bleibt der Druck bestehen, alle Potenziale der De-Institutionalisierung zu verwirklichen und die verbleibenden stationären Strukturen im Geiste von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe des Menschen weiterzuentwickeln. ■



Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, geboren 1958 in Bochum, Sozialwissenschaftler, ist seit April 2016 Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). Bereits seit 1998 engagiert sich Schulz-Nieswandt als Kurator des KDA. Er lehrt und forscht an der Universität zu Köln. Von 1996 bis 1998 war Schulz-Nieswandt beim Deutschen Zentrum für Altersfragen tätig, zuletzt als Wissenschaftlicher Direktor. In dieser Zeit war er Mitglied der Zweiten und Dritten Altenberichtscommission der Bundesregierung.

Kontakt: schulz-nieswandt@wiso.uni-koeln.de