

# HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE GERONTOPSYCHIATRIE IN EINER ALTERNDEN GESELLSCHAFT UND WELCHE ROLLE DAS FREIWILLIGE ENGAGEMENT SPIELEN KANN

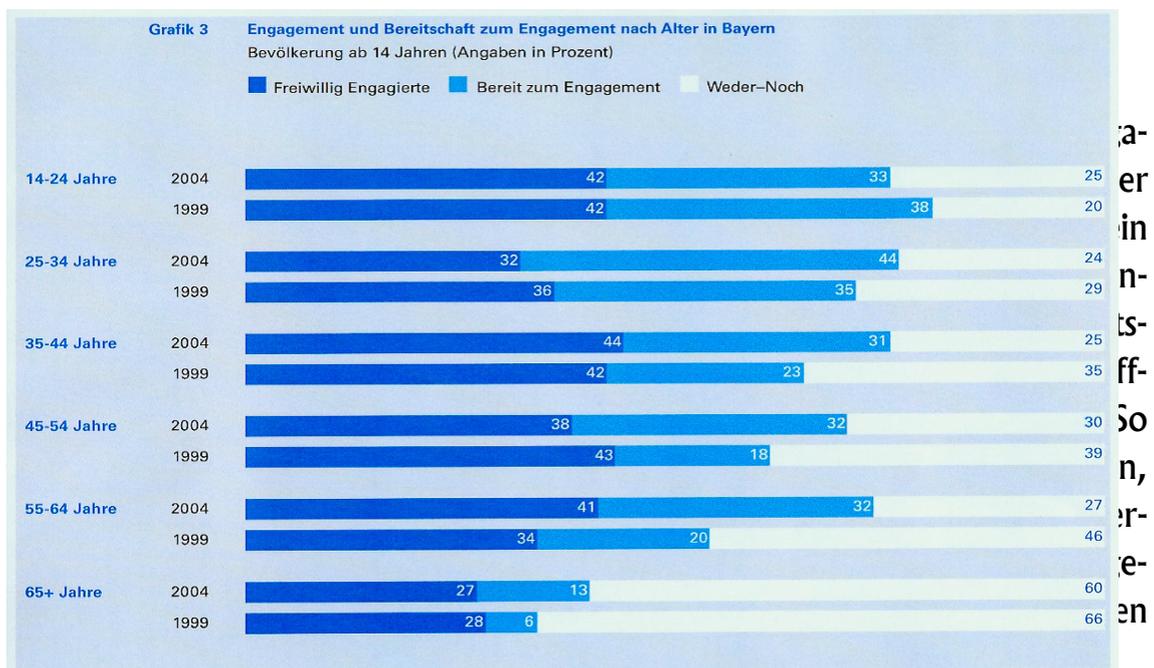
Heiner Keupp

Vortrag bei der Alzheimer Gesellschaft München am 02. Mai 2006

Als wir vor mehr als 15 Jahren im November 1990 den ersten Gerontopsychiatrischen Dienst (GPD<sub>i</sub>) in München öffentlich vorgestellt und das neue Element in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft von München freudig begrüßt haben, waren wir ziemlich optimistisch, dass hier der Startschuss für einen zügigen weiteren Ausbau ambulanter psychosozialer Hilfen für alte Menschen gegeben worden war. Es bestand die realistische Hoffnung, dass bald im Münchner Westen ein weiterer ambulanter Dienst eröffnet werden könnte. Ich berichtete damals stolz, dass der GPD<sub>i</sub> Ramersdorf-Giesing als für die BRD einmaliges Projekt in den Modellverbund Psychiatrie der Bundesregierung aufgenommen werden sollte. Dies erfolgte dann auch und wir konnten, finanziert aus den Mitteln des Modellverbundes, die Begleitforschung beginnen. Auf diese positive Startphase folgten nicht nur weitere Schritte im Vorwärtsgang. In diesen 15 Jahren seit der ersten öffentlichen Präsentation des GPD<sub>i</sub> hat sich offensichtlich die Anorexie der öffentlichen Finanzen voll entwickelt und die sozialpsychiatrischen Reformprojekte sind davon natürlich betroffen gewesen. Umso erfreulicher ist es, dass es doch möglich war, weitere drei gerontopsychiatrische Dienste in München aufzubauen. Doch das kann noch nicht die Lösung all der Probleme darstellen, die auf eine alternde Gesellschaft zukommen werden.

Trotzdem: Die Anorexie konnte bislang nicht geheilt werden, vielmehr droht ihre Chronifizierung. Das ist natürlich besonders problematisch auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, die uns ja einen kontinuierlich wachsenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen in den vor uns liegenden Jahrzehnten bringen wird, die mit absoluter Sicherheit auch den Bedarf an psychosozialen Hilfen für diese Altersgruppen steigen lassen wird. Wenn wir als weiteren relativ klar prognostizierbaren Faktor den Rückgang familialer Einbindungschancen nehmen, dann drängt sich immer deutlicher die Frage auf, wie psychosoziale Hilfssysteme für ältere Menschen mit Hilfebedarf in Zukunft aussehen sollen. Es wäre nicht der erste Bereich wohlfahrtsstaatlichen Handelns, in dem dann das Zauberwort BE auftaucht: Bür-

geschäftliches Engagement und das immer wieder aufgezeigte noch ungenutzte Potential dieses Engagements soll es richten. Nehmen wir doch mal den letzten Freiwilligensurvey, der kürzlich vorgelegt wurde.



## MEIN PERSÖNLICHER ZUGANG ZUR GERONTOPSYCHIATRIE

Aber bevor ich das tue, möchte ich meine persönliche Erfahrungen mit dem Altwerden und damit verbundenen Hilfenotwendigkeiten in einer postmodernen Gesellschaft erzählen. Diese Erfahrungen haben mir einen mehr als professionellen Bezug zur ambulanten Gerontopsychiatrie vermittelt. Es ist

eine Geschichte von Menschen, die die dramatische Geschichte dieses Jahrhunderts in Gestalt einschneidender Veränderungen in ihre Biographie erlebt haben, in erstaunlicher Weise damit fertig geworden sind und dann im hohen Alter von Problemen eingeholt wurden, die sie sich nie vorstellen konnten. Es geht um die beiden Generationen vor mir.

Mein Großvater ist 88 Jahre alt geworden. Er ist im Kreis seiner Familie gestorben. Die letzten fünf Lebensjahre sind aus den geordneten Bahnen seines mehr als acht Jahrzehnte geformten Lebens ziemlich herausgefallen. Er fand sich oft im Zeitschema seines eigenen Lebens nicht mehr zurecht, sein Gedächtnis fiel immer mehr aus und in unserem oberfränkischen Dorf hat er sich bei seinen Spaziergängen oft verlaufen. Aber alle im Dorf kannten ihn und ich sehe ihn noch stolz auf dem Bulldog eines Bauern sitzen, der ihn irgendwo aufgelesen hatte und ihn nach Hause brachte. Er konnte uns nicht verloren gehen. Er war in ein Netzwerk eingebunden, das seine altersbedingten Defizite wahrnahm und ihn dort unterstützte, wo er alleine nicht mehr zurechtkam. Im engeren Rahmen der Großfamilie war ein noch engeres Netz da, auf das sich Opa Tag und Nacht verlassen konnte. Vor allem war es meine Großmutter, die in loyalen traditionellem Frauenselbstverständnis feinnervig und aufopferungsvoll ihren Mann bis in seine Todesstunde begleitete. Sie selbst ist 90 geworden und war selbständig und geistig hellwach bis zu ihrem eigenen Tod im Beisein ihrer beiden Töchter.

Und meine Eltern? Nach etwa 30 Jahren Leben und Arbeiten in einem alten fränkischen Pfarrhaus haben sie sich entschlossen, ihre Wohn- und Lebensform möglichst auch über das 68. Lebensjahr meines Vaters hinaus zu verlängern. Sie bezogen wiederum ein leerstehendes altes fränkisches Pfarrhaus, mit mehreren Treppen und einer Anzahl von Zimmern, die vor allem ihren fünf Kindern und deren Familie jederzeit einen Besuch ermöglichte. Das ging etwa zehn Jahre ganz gut. Doch als beide die Schwelle zu ihrem 9. Lebensjahrzehnt überschritten hatten, fingen massive Probleme an. Meine Mutter verlor zunehmend ihre Alltagskompetenz. Ihr Gedächtnis verließ sie immer häufiger. Mein Vater vollzog einen erstaunlichen Rollenwechsel. Er, der für mich immer der Inbegriff eines verwöhnten Paschas war und der dafür auch immer noch hervorragende ideologische Erklärungen mit der Natur der Frau und der Natur des Mannes hatte, stieg zunehmend in die Niederungen der alltäglichen Lebens- und Küchenführung herunter. Doch unsere Bedenken wuchsen. Ich formulierte es damals so: „Meine Geschwister und ich fragen uns voller Sorge, wie lange das noch gut gehen kann. Wir leben

alle so, dass es fast unmöglich scheint, dass die Eltern bei einem von uns über längere Zeit und gar in einem pflegebedürftigen Zustand leben könnten. Außerdem wollen sie es nicht, lieben ihre Freiheit und wollen von einem Altenheim überhaupt nichts hören. In unserer Generation und bei unserer Hilflosigkeit im Umgang mit dem Altwerden unserer Eltern, wird fast durchgängig sichtbar, wie radikal sich unsere Lebensformen in den letzten Jahrzehnten verändert haben. Wir sind fast alle auf öffentliche Hilfe angewiesen, für immer mehr Situationen. Seit ich mich selbst intensiver mit gerontopsychologischen Fragen beschäftige, wird mir auch zunehmend deutlich, dass mein Großvater und auch meine Mutter als psychisch alterskrank zu bezeichnen wären. Das erschreckte mich anfangs und zeigt mir auf, dass in einer Gesellschaft, in der die Menschen immer älter werden auch alterspsychiatrischer Störungen immer mehr zunehmen werden, ja in gewissem Umfang auch "normal" sind. Die Menschen mit den psychischen Störungen sind zumindest im hohen Alter immer weniger "die anderen", für die wir uns dann professionelle Lösungen ausdenken, das sind wir prospektiv auch selber. Und wir müssen uns einfach klarmachen, dass sie in unseren (post-)modernen Lebensformen nicht mehr so normalisiert und aufgefangen werden, wie ich das am Beispiel meines Großvaters beschrieben habe.

Die Geschichte ist weitergegangen und die Dringlichkeit einer ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, natürlich möglichst flächendeckend, damit auch unser oberfränkisches Dorf von ihrer Zuständigkeit erfasst werden könnte, ist mir immer existentieller vor Augen geführt worden. Kurz nach meinem letzten Bericht erlitt mein Vater einen Herzanfall, kurz nachdem ich meine Eltern besucht hatte. Er musste für eine Woche in die Klinik und jetzt war ganz klar, dass meine Mutter ihr Leben überhaupt nicht mehr allein würde managen können. Für die eine Woche konnte sie zu meiner Schwester nach Nürnberg, die Lehrerin hatte Pfingstferien. Vater kam aus der Klinik heim und wenige Tage danach stürzte meine Mutter und brach den Oberschenkelhals. Die Folge waren vier Wochen Krankenhaus und die schwere Entscheidung meines Vaters, die eigene Selbständigkeit aufzugeben und ein Appartement in einem neugebauten Altenheim zu beziehen. Eigene Möbel, das geliebte Klavier und ein Teil der manisch zusammengetragenen Briefmarkensammlung zogen mit. Es war der Ort, an dem mein Großvater Direktor eines Diakonissenmutterhauses war, die Schwestern des Altenheims kamen alle von dort, die älteren unter ihnen sprachen noch voller Hochachtung von ihm. Insofern hatten es die Eltern vergleichsweise gut. Die jüngste Schwester meines Vaters, ebenfalls Diakonisse, kam fast jeden Tag einmal

vorbei. Trotzdem habe ich vor allem bei meinen Vater Merkmale von Hospitalismus, von Altersdepression und von Demoralisierung beobachtet. Ihm fehlte seine Lebenssouveränität, seine langen Waldspaziergänge, sein Garten etc. Meine Mutter war total auf ihn angewiesen, die Demenz schritt rapide voran. Sie hatten einen liebevollen Umgang miteinander. Aber hatte mein Vater genügend Chancen, ein Stückchen eigenes Leben zu leben? Seine Briefmarken packte er nicht aus. „Lass mir noch Zeit“, war seine Antwort auf meine Fragen. Aber seine Zeit war abgelaufen. Er hinterließ eine Frau, die körperlich noch ganz gut beieinander war, aber immer wieder vergaß, dass ihr Mann nicht mehr lebt. Aber ohne ihn konnte und wollte sie nicht mehr leben. Psychisch verabschiedete sie sich immer mehr vom Leben. Es war erneut ein Umzug erforderlich: Sie wurde auf die hervorragend geführte Pflegestation verlegt. Zweieinhalb Jahre überlebte sie meinen Vater. Nach einem Gehirnschlag verlor sie fast vollständig ihre Sprachfähigkeit und das letzte Jahr war sie absoluter Pflegefall und wir konnten nur noch darauf hoffen, dass wir bei unseren Besuchen die große Distanz, die zwischen ihr und der realen Welt entstanden war, durch vertraute Wortmelodien und den Körperkontakt überwinden konnten.

In der Zeit dieser schwierigen Erfahrungen kam ich durch unsere Begleitforschung in einen relativen nahen Kontakt zum GPDi und ich habe mir oft vorgestellt, was wohl möglich gewesen wäre, wenn wir ihn daheim in erreichbarer Nähe gehabt hätten. Wie hätte er bei dem beschriebenen Verlauf intervenieren können? Ich weiß darauf natürlich keine Antwort und will mich auch gar nicht auf ein spekulatives Glatteis begeben. In einem bin ich mir aber ganz sicher, es wären in erreichbarer Nähe Fachleute gewesen, mit denen krisenhafte Veränderungen hätten besprochen werden können.

Wenn man so will, repräsentieren meine Eltern ein Übergangsmodell. Die Vorstellung von ihrer letzten Lebensphase war noch von dem Modell geprägt, das sie meinen Großeltern ermöglicht haben, das aber für sie nicht mehr tragfähig war und sie hatten für sich kein Alternativmodell im Kopf oder gar Sorge dafür getragen, dass es dann für sie auch trägt. Der Übergang zur Reflexiven Moderne ist nicht vollzogen worden. Am ehesten noch zukunftsfähig war der unbändige Wunsch nach Autonomie, aber er war nicht verbunden mit einer Idee und vor allem einer Praxis der Selbstsorge. Ich denke das ist der zentrale Unterschied zu unserer und den nächsten Generationen. Anthony Giddens hat den Prozess der Modernisierung als einen des „disembedding“ beschrieben, wir aus Lebensmodellen ausquartiert, die

für Generationen normalisiert waren. An die Stelle der traditionellen Konzepte treten aber nicht neue, die nach einem Prozess der Normalisierung und der sozialstaatlichen und wohnungspolitischen Absicherung wieder für einige Generationen tragfähige Modelle für die letzte Lebensphase garantieren. Es wird keine einfachen Antworten auf Fragen geben, wo ich wohnen werde, wie ich wohnen werde und wie ich für mich sicherstellen kann, dass diese Fragen in Übereinstimmung mit meinen Vorstellungen vom „guten Leben“ beantwortet werden können.

Und ehe ich mein persönliches Beispiel verlasse möchte ich doch noch einen Gedanken anschließen. Der schwere altersbedingte Abbau meines Großvaters konnte noch durch ein intaktes familiär-dörfliches Netz aufgefangen werden. Eine starke Frau und meine Eltern waren die tragenden Stützpfeiler. Bei meinen Eltern fehlte einer dieser Stützpfeiler. Mein Vater war überfordert und wir fünf Kinder lebten wer weiß wo, nur nicht in erreichbarer Nähe. Die Demenz meiner Mutter konnte von ihrem natürlichem Netzwerk nicht mehr kompensiert werden. Meine Generation ist jetzt die älteste in meiner Familie. Aus der Großfamilie wurde eine ziemlich kleine. Ihre Ressourcen sind noch geringer und mit welcher Sicherheit kann ich denn für mich ausschließen, dass es mir einmal genauso wie meinem Großvater oder meiner Mutter gehen wird? Und gerade weil ich mir selbst keine beruhigende Antwort auf diese Frage geben kann, sehe ich die Notwendigkeit, mich für einen qualifizierten Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung einzusetzen. Jetzt rückt mir diese abstrakte statistische Wahrheit existentiell immer näher. Die Demenzerkrankungen nehmen im höheren Lebensalter exponentiell zu. Bei knapp einem Drittel der über 65-Jährigen werden psychische Störungen registriert, etwa 6 bis 8 % leidet an schweren psychischen Störungen. Wie Dirk K. Wolter-Henseler feststellt, wird „der weitaus größte Teil der psychisch kranken alten Menschen nicht institutionell, sondern zu Hause von Angehörigen gepflegt. Diese Betreuung bedeutet eine große Belastung für die Angehörigen, durch die sie selbst gefährdet werden, an einer psychischen Störung zu erkranken. Angemessene Entlastungs-, Beratungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen sind deshalb unverzichtbar. Sie sind unverzichtbar aber auch aus volkswirtschaftlicher bzw. sozialpolitischer Sicht: Wenn nur ein Siebtel der pflegenden Angehörigen die Betreuung nicht mehr zu leisten imstande ist, so verdoppelt sich die Zahl der erforderlichen Pflegeheimplätze“ (1996, S. 65).

Hier sind wir an dem Punkt angelangt, an dem die demographische Entwicklung einerseits und die Auflösung traditioneller Lebensformen andererseits sozialpolitische Phantasie und gezielte Anstrengungen verlangt, um den erkennbaren und voraussehbar weiter wachsenden Hilfebedarf für Menschen in einer ständig älter werdenden Gesellschaft zu ermöglichen. Welchen Ideenvorrat hat hier die Gerontopsychiatrie zu bieten?

## GERONTOPSYCHIATRIE – EIN KIND DER SOZIALPSYCHIATRIE

Das Sozialpsychiatrische Projekt, das für alle Menschen eine möglichst optimale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben anzielt, ist auf dem Hintergrund von gesellschaftlichen Individualisierungsprozessen hochaktuell und es hat in seinen Kerngedanken auch bereits Eingang in das Sozialgesetzbuch gefunden. Wenn wir die normative Meßlatte der aktuellen Gesetzgebung nehmen, sei es das Sozialgesetzbuch IX aus dem Jahr 2001 oder das Bayerische Gesetz zur Gleichstellung, Integration und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, dann werden hohe Maßstäbe gesetzt und das ist gut so. Das Sozialgesetzbuch IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Im § 4, in dem die „Leistungen zur Teilhabe“ weiter spezifiziert werden, dass diese die Aufgaben hätten, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“ Die Zielvorgaben des Bayerischen Behindertengleichstellungsgesetzes klingen ähnlich. Dort heißt es im § 1: „Ziel dieses Gesetzes ist es, das Leben und die Würde von Menschen mit Behinderung zu schützen, ihre Benachteiligung zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gemeinschaft zu gewährleisten, ihre Integration zu fördern und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.“

Diese Ziele gelten nicht nur für eine ausgelesene Gruppe von behinderten Menschen, sondern für alle, ob sie nun von Demenz oder Alzheimer betroffen sind. In der Sozialpsychiatrie haben sie zu folgenden Organisationsprinzipien geführt, nach denen die psychosozialen Versorgungslandschaft in den letzten Jahrzehnten zunehmend umgestaltet wurde:

(1) Das *Normalisierungsprinzip*: Auch für Menschen mit psychischen und körperlichen Einschränkungen gelten die menschlichen Grundbedürfnisse nach einer eigenständigen Wohnung, nach einer materiellen Absicherung der gewünschten Lebensform, nach sozialem Kontakt und Kommunikation, nach einer intakten ökologischen Umwelt. Alle sozialpolitisch und professionell bereitgestellten Formen von Hilfe und Unterstützung sollten von diesem Normalisierungsprinzip her gedacht werden.

(2) Der wichtigste Faktor für die psychische Gesundheit ist ein *verlässliches Netz sozialer Beziehungen*, auf das wir in Krisen- und Krankheitssituationen zurückgreifen können, das aber auch in alltäglichen Lebenssituationen unsere Handlungsfähigkeit garantiert.

(3) Professionelle Hilfe muß *bürgernah und gemeindebezogen* aufgebaut werden. Sie muß die vorhandenen alltäglichen Hilfssysteme unterstützen und sich nicht an ihre Stelle setzen. *Netzwerkförderung* ist für den gesamten Gesundheitsbereich eine vordringliche Zielsetzung.

(4) Psychosoziale Hilfen müssen von der alltäglichen Lebenswelt der Betroffenen her gedacht werden und sollten immer vorrangig danach fragen, *wie Menschen auch in besonderen Problemsituationen ihr vertrauter Lebenszusammenhang erhalten werden kann*. Das ist für alt werdende BürgerInnen von besonderer Bedeutung. Alle stationären Spezialeinrichtungen können, trotz hochtechnisierter Hilfsangebote, die heimatliche Vertrautheit als gesundheitsförderlichen Faktor nicht ersetzen. Daraus folgt das Prinzip, dass alle ambulanten Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, ehe stationäre Lösungen überhaupt in Betracht gezogen werden dürfen.

Auch die zur Zeit hochtourig angelaufene Suche nach effektiveren gemeindepsychiatrischen Verbundlösungen in Kombination mit einer individualisierten Hilfeplanung sollte von diesen unverändert gültigen Prinzipien ausgehen. Ich bin davon überzeugt, dass es sinnvoll ist, Verbundlösungen zu entwickeln und dass diese – unabhängig vom Schweregrad und dem Typus eines Störungsbildes - für alle Bürgerinnen und Bürger eines Stadtbezirks oder einer Region zuständig sein sollen. Und es ist auch notwendig, dass der Verbund als ein vernetztes System alle vorhandenen professionellen Dienstleistungen zielorientiert bündelt. Auch der nächste Gedanke kommt noch aus der soziopsychiatrischen Reformära: Wir müssen endgültig die Anbieterdominanz

im psychosozialen Feld (wie in der gesamten Gesundheitsversorgung) überwinden und von den Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Menschen herdenken, für die sich unser Sozialsystem ein solches Dienstleistungssystem leistet. Erinnern wir uns an die Empfehlungen der ExpertInnenkommission aus dem Jahre 1988, die ja mit der Empfehlung zur Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbände vor allem zur Überwindung der völlig unzureichenden Versorgung von Menschen mit chronischen Problemen den sozialpsychiatrischen spirit der Psychiatrie-Enquetekommission in eine verbindlichere Gestalt zu bringen versuchte.

Entstanden sind z.B. mehr als hundert psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ebenso viele Tageskliniken, sozialpsychiatrische Dienste in ziemlich großer Zahl (in Bayern sind es etwa 50, für die gesamte BRD konnte auch die Sachverständigenkommission keine exakten Zahlen vorlegen), beschützende Wohngemeinschaften sind wie Pilze aus dem Boden geschossen (in München sind es mittlerweile über 30). Hinzu kamen Wohn- und Übergangsheime, vielfältige Freizeit- und Arbeitsangebote, Patienten- und Angehörigenselbsthilfe-Vereinigungen. Das ist doch was!

Hier stoßen wir auf den ersten wunden Punkt der Reform. Die Reduktion der Bettenzahl "gelingt" in der Regel durch Verlegung von chronischen Patienten in teilweise völlig unzureichende private Heime und Anstalten. Die Lage dieser "chronischen Patienten" rechtfertigt aus der Sicht der ExpertInnenkommission auch heute noch die Kennzeichnung "katastrophal" (S. VI), eine Charakterisierung, die fünfzehn Jahre früher in der Enquete für die gesamte stationäre Psychiatrie verwendet wurde. Und dann folgt als zusammenfassende Wertung: "Die gesundheitliche, soziale und materielle Lage der chronisch psychisch Kranken und Behinderten ist nach Meinung der Expertenkommission katastrophal: Es fehlt für sie weitgehend an qualifizierten fachlichen Hilfen. Sie sind zu nahezu 90% aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt. Sie fristen von Kleinrenten und Sozialhilfe ein Leben an der Armutsgrenze. Ihre Chancen, am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind in einem Ausmaß beschränkt, das die Expertenkommission als beschämend für ein so wohlhabendes und dem Sozialstaatsprinzip verpflichtetes Land wie die Bundesrepublik Deutschland empfindet. - Erheblich sind die Belastungen der Angehörigen: Diese bringen für Behandlungs- und Pflegeleistungen, die die Sozialversicherungsträger nicht (mehr) finanzieren, jährlich rund 1,5 Mrd. DM auf. Die zwischenmenschlichen Belastungen in den betroffenen Familien führen zu Gesundheitsproblemen bei den pflegenden

Angehörigen und zu Prozessen der Isolation und des sozialen Abstiegs der gesamten Familie" (S. V f.).

Ein zweiter "wunder Punkt" wird von der Expertenkommission auch - für ein seriöses Dokument im Auftrag der Bundesregierung - ungewöhnlich drastisch formuliert. Die Enquete hatte ganz klare Vorstellungen von einer gelungenen Koordination der psychosozialen Aktivitäten in einem "Standardversorgungsgebiet". Es wurden Gremien und Planungsinstrumente vorgeschlagen, die das gewährleisten sollten. Die Zersplitterung von Zuständigkeiten scheint sich eher noch verschärft zu haben. In dem Bericht heißt es dazu: "Ein Wirrwarr an Zuständigkeiten und ein entsprechender Mangel an klaren Verantwortlichkeiten herrscht auf allen Ebenen: Von der Bedarfsermittlung über die Planung bis hin zur Finanzierung und Ausgestaltung der Angebote. Opfer dieser *strukturellen Schwindsüchtigkeit* sind diejenigen psychisch Kranken und Behinderten und ihre Angehörigen, deren Kontaktmöglichkeiten und Hilfesuchverhalten krankheitsbedingt so eingeschränkt sind, daß sie der Zersplitterung des Systems hilflos gegenüberstehen, also die chronisch psychisch Kranken, Langzeitkranken und seelisch Behinderten" (S. VII).

Die Lösungsvorstellungen der Expertenkommission für diese beiden Probleme haben einen gemeindepsychiatrischen Zuschnitt. Das Herzstück der Empfehlung bildet der Vorschlag eines "Gemeindepsychiatrischen Verbundes".

Als erste Empfehlung (1.) wird die kommunale Verantwortung für alle BürgerInnen, also für gesunde und kranke BürgerInnen, gefordert. Kommunen sollten nicht mehr dazu "eingeladen" werden, ihre "unangepassten" Bürger durch Entrichtung einer Steuerumlage in gemeindeferne Einrichtungen "auszubürgern". Im Mittelpunkt psychosozialer Hilfen soll nicht mehr das Krankenhaus stehen, "sondern die Gemeinde mit allen ihren allgemeinen und spezialisierten Möglichkeiten für gesunde und behinderte Bürger" (S. VIII). Daraus folgt (2. Empfehlung), daß "die Psychiatrieplanung ... integrierter Bestandteil der Sozial- und Gesundheitsplanung der Kommunen" wird (ebd.). Das für psychosoziale Hilfen in einer Kommune mobilisierbare Potential besteht nicht aus Fachleuten und Institutionen, sondern aus "nicht-professionalisierten Kräften und Selbsthilfepotentialen", die zu aktivieren und zu unterstützen sind (Empfehlung 3). Für die Realisierung kommunaler Verantwortlichkeit ist eine adäquate Budgetierung zu schaffen (Empfehlung 4). In Absetzung von den eher synthetisch konstruierten und zu groß angelegten "Standardversorgungsgebieten" der Enquete wird jetzt eine "kleinräumige Struktur" (S. X) empfohlen, die sich möglichst an die bestehenden Gliederungen von kreisfreien Städten und Landkreisen orientieren sollten (Empfehlung 5). In die Planung und Realisierung kommunaler Versorgungssysteme sind auch die regional einschlägigen stationär-psychiatrischen Einrichtungen einzubeziehen, die in ihren "Kapazitäten möglichst ortsnahe zugeordnet werden" (S. XI) sollten (Empfehlung 6). Zentraler Orientierungspunkt für die Entwicklung psychosozialer Dienstleistungen sollte das "Bedürfnis der chronisch psychisch Kranken und Behinderten mit komplexen Problemlagen bilden". Ihre "Grundversorgung ... hat Vorrang vor der diffe-

renzierteren Versorgung anderer Gruppen" (S. XI; Empfehlung 7). Bei allen Maßnahmen der Planung und Realisierung von psychosozialen Hilfen soll eine "funktionale Betrachtungsweise" leitend sein und die bislang dominante "institutionelle Sichtweise" abgelöst werden. Als zentrale "Funktionsbereiche" werden unterschieden: "1. Behandlung/Pflege/Rehabilitation; 2. Hilfen im Bereich Wohnen; 3. Hilfen im Bereich Arbeit; 4. Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte" (S. XI; Empfehlung 8).

Für das zentrale Anliegen dieser Empfehlungen, nämlich eine territoriale Bündelung vorhandener Kapazitäten und die Schaffung neuer, um eine Grundversorgung für alle Menschen mit psychosozialen Problemen zu gewährleisten, sollen Verbundlösungen - möglichst in "rechtsfähiger Form" - die vorhandenen oder zu schaffenden "Bausteine" vereinigen (solche "Bausteine" sind niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, Kontaktstellen und Tagesstätten, beschützte Wohnangebote, Tageskliniken und stationäre Einrichtungen). Diese Bausteine werden im "Gemeindepsychiatrischen Verbund" im Hinblick auf drei zentrale Komponenten geordnet, die ein solches Konsortium im Sinne der "funktionalen Betrachtungsweise" zu gewährleisten hat: "aufsuchend-ambulante Dienste", "Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion" und "Tagesstätten". Ein zweites zentrales Anliegen richtet sich auf die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten und beruflicher Förderung für psychiatrische PatientInnen.

Was 1988 noch Empfehlungen waren, ist inzwischen an einigen Orten in Bayern Wirklichkeit geworden. Neben München-Süd ist vor allem Altötting zu nennen. Hier ist gezielt der Weg eingeschlagen worden, von einer angebots- zu einer bedarfsorientierten psychosozialen Versorgung zu gelangen. Das ganze Spektrum an psychosozialen Hilfen soll in einem integrierten Netz gebündelt werden. Und es soll dadurch verhindert werden, dass nur „geeignete KlientInnen“ den Zugang zum Hilfesystem finden können und die „schwierigen KlientInnen“ immer noch per Ausschluss in den Heimbereich überwiesen werden.

Ich halte den konsequenten Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund für unabdingbar. Ich denke auch, dass Instrumente wie der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ auf diesem Weg hilfreich sein können, aber dann und nur dann, wenn sie nicht zu einem seelenlosen technokratischen Management „verkommen“. Diese Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, denn die soziale Empfindsamkeit und Reflexivität der Gemeindepsychiatrie, das was ich als sozialpsychiatrische Grundhaltung bezeichnet habe, ist längst nicht der ständige Wegbegleiter dessen, was sich heute als Psychiatiereform deklariert.

Ich halte es für dringend geboten, die gesellschaftlichen Antennen auszufahren und immer wieder erneut danach zu fragen, was eigentlich in unserer Gesellschaft los ist und wie sich das auf Menschen mit schweren Lebenskrisen und –problemen auswirkt.

## SOZIALPSYCHIATRISCHE PERSPEKTIVEN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Ein dritter „wunder Punkt“ in der Reformentwicklung der Psychiatrie war sicher auch die relative Vernachlässigung der Menschen im höheren Lebensalter, die ihre Lebenssouveränität einbüßen. Im Bericht der Expertenkommission werden allgemeine Gesichtspunkte für die Gestaltung einer künftigen gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur entwickelt. Aufgrund der Tatsache, dass psychisch kranke und behinderte alte Menschen nur in sehr beschränktem Umfang von extramuralen Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie erreicht werden können, plädiert die Expertenkommission für "ein spezifisch gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot", "das allerdings mit der allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstruktur eng verbunden werden sollte" (S. 455).

Institutionelle Gestalt soll dieses spezifische Versorgungsangebot im "gerontopsychiatrischen Zentrum" finden, "das in seinem Kernbestand eine *teilstationäre Be-handlungs- und Rehabilitationseinrichtung (Tagesklinik)* und einem *ambulanten Dienst* umfassen und *Altenberatung* mit einbeziehen soll. Der ambulante Dienst soll innerhalb dieses Zentrums die folgenden Funktionen erfüllen:

"1. Die konsiliarische, diagnostische und therapeutische *patientenbezogene Beratung der Ärzte*, die für ältere Kranke im wesentlichen Hausarztfunktion wahrnehmen" (S. 458). Vor allem aufgrund der "Multimorbidität und dem signifikanten Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen im Alter" sind diese Ärzte die Hauptanlaufstation auch für psychiatrische Probleme. Gleichzeitig haben "Ärzte in der Bundesrepublik bislang so gut wie keine geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Ausbildung erhalten" (S. 459).

2. Als *psychiatrischer Konsiliardienst in Heimen*. Immer mehr alte Menschen werden im Heimbereich aufgefangen, ohne dass sich strukturell die psychosoziale Versorgung mit entwickelt hätte. "Die ärztliche Versorgung im Heimbereich fällt in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereini-

gungen, obwohl die Prämissen sich in vielfacher Hinsicht im Vergleich zur normalen Wohnbevölkerung erheblich unterscheiden" (S. 459f.).

"3. Im Rahmen von *Hausbesuchen* (sind) detaillierte Kenntnisse über notwendige ambulant-ärztliche Versorgung und Hilfen für die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung selbständiger oder teilselbständiger Lebensführung zu ermitteln und hierbei auch die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen bzw. Bezugspersonen über die regional gegebenen Hilfsmöglichkeiten zu übernehmen" (S. 460).

"4. Die individuelle und in Gruppen durchgeführte *Beratung von Angehörigen* und Beziehungspersonen, die eine unerlässliche Voraussetzung für eine langfristige ambulante Betreuung dieser Patienten ist.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass ca. 80% aller behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Älteren im Bereich ambulanter Versorgung leben - unter ihnen auch der größte Teil demenziell Erkrankter - , und weiterhin die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zur Belastung von Angehörigen, die sich der Pflege dieses Personenkreises widmen, so ist deren Beratung und psychotherapeutische Stützung als eine Hauptaufgabe ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgung zu definieren. Dies um so mehr, als die gegenwärtige gesundheits-politische Maxime der ambulanten Versorgung erheblichen Vorrang einräumt" (S. 461).

"5. Lücken in der *ambulanten Therapie* (sind zu) schließen. Dies gilt speziell für differenzierte und auf spezifische Krankengruppen zugeschnittene Gruppentherapieangebote".

Viele dieser Aufgaben sind sicher sinnvoll, aber ihr Zuschnitt ist zu sehr der einer kompensatorischen Abdeckung jener Lücken, die das bestehende psychiatrische Versorgungssystem lässt. Unsere eigenen GPDs haben mehr Autonomie für sich in Anspruch genommen, aber gerade deshalb bedürfen sie auch einer guten institutionellen Verankerung und Vernetzung.

## FÖRDERUNG VON RESSOURCEN: DIE EMPOWERMENT-PERSPEKTIVE

Neben diesen institutionellen Strukturlösungen braucht die Gerontopsychiatrie auch inhaltliche Leitlinien. Die Bedeutung der Orientierung an der Lebenswelt der BürgerInnen habe ich schon herausgetrichen. Die Ziele und Prinzipien einer Gemeindeorientierung lassen sich so zusammenfassen:

1) Sie begreift psychosoziale Probleme als individuelle Lösungsversuche im Spannungsfeld subjektiver Bedürfnisse und gesellschaftlicher Widersprüche

und Belastungen in der alltäglichen Lebenswelt. Insofern stellt eine gemeindepsychologische Perspektive nicht die Anwendung psychologischer Konzepte auf die "Gemeinde" dar, sondern sie versucht die für ein Subjekt relevante "Gemeinde" in Gestalt konkreter materieller, ökologischer und soziokultureller Ressourcen zu erfassen.

2) Gemeindepsychiatrie fragt danach, wie die psychosoziale Praxis Menschen möglichst optimal dabei unterstützen kann, mit den Problemen ihres Alltags besser fertig zu werden. Dabei soll professionelle Hilfe einerseits die bessere Wahrnehmung und Nutzung vorhandener lebensweltlicher Ressourcen fördern und andererseits Unterstützung leisten bei der Schaffung neuer Potentiale. Dieses Ziel wird innerhalb des gemeindepsychologischen Diskurses mit großem innovativem Gewinn mit dem Konzept "Empowerment" verbunden. Der Empowermentdiskurs orientiert das professionelle Handeln auf die Frage, wie dieses einen Beitrag dazu leisten könnte, dass Individuen, Gruppen oder Institutionen effektiver und mit neuen Ressourcen ihre Situation verändern und mehr Kompetenz zur Selbstgestaltung der eigenen Lebenswelten gewinnen können. Das ist die salutogenetische Perspektive.

3) Gemeindepsychiatrie bemüht sich um den Aufbau und die Erprobung alternativer psychosozialer Praxisformen, die möglichst bürgernah und alltagsbezogen arbeiten (das Prinzip "Gemeindenähe"). Überwunden werden soll die traditionelle Haltung des Wartens auf Klienten, das verantwortlich dafür ist, dass in psychosozialen Einrichtungen Angehörige unterprivilegierter Schichten unterrepräsentiert sind ("Komm-Struktur"). Notwendig ist stattdessen eine Haltung des Zugehens auf die Menschen ("Geh-Struktur"). Die psychosozialen Institutionen müssen sich für die vielfältigen Bedürfnisse und Problemlagen in ihrem Zuständigkeitsgebiet öffnen und ihre fachlichen Ansätze als Antwort darauf verstehen.

4) Eine gemeindepsychiatrische Perspektive beinhaltet die Notwendigkeit zu multiprofessionellen Arbeitsformen. Rein psychologische (oder rein medizinische) Modelle verkürzen den konkreten und komplexen Alltag spezifischer Gruppen von Menschen in unzulänglicher Weise und stellen damit oft auch eine fragwürdige Reduktion von Hilfeformen dar. In der kooperativen Verknüpfung von fachlichen Sichtweisen und Kompetenzen unterschiedlicher Professionen entstehen neue Handlungsressourcen und Hilfsangebote (Prinzip "Teamarbeit").

5) In einer Gesellschaft, deren Veränderungsdynamik zu einem zunehmenden Zerfall von traditionellen kollektiven Lebensformen führt und Individualisierung fördert, bezieht die Gemeindepsychiatrie bewusst eine Position, die auf die Förderung neuartiger kollektiver Lernprozesse und Handlungsmuster bezieht. Es kann nicht um die bloße Verteidigung traditioneller Vergesellschaftungsmuster gehen (z.B. um die "Rettung" von Nachbarschaften oder der Kleinfamilie), notwendig ist vielmehr die gezielte Initiierung und Unterstützung von Gelegenheitsstrukturen für die Entstehung selbstorganisierter Projekte und Gruppen (das Prinzip "Netzwerkförderung"). Solche Initiativen haben dort die besten Chancen, wo ökonomische, soziale und kulturelle "Kapitalien" in ausreichendem Maße vorhanden sind. Professionelle und sozialpolitische Schwerpunkte müssen deshalb vor allem dort gesetzt werden, wo sich psychosoziale und gesundheitliche Problemlagen als Ausdruck sozio-ökonomischer Unterprivilegierung begreifen lassen, die auch das Potential an produktiver Selbstorganisation einschränkt (Keupp 1994).

6) Gemeindepsychiatrie vertritt eine eindeutige Werteposition, die ihre theoretischen und praktischen Bemühungen durchdringt. Sie geht von der Einsicht aus, dass viele Belastungen und Lebensprobleme auf die ungerechte Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen zurückgeführt werden können. Erforderlich ist deshalb ein tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel, der zu mehr Chancengleichheit im Zugang zu materiellen und ideellen Ressourcen führt (das Prinzip „soziale Gerechtigkeit“). Hinzu kommt die Forderung nach mehr kultureller Mannigfaltigkeit für die Wahl eigenständiger Lebensformen und die Überwindung rigider Normalitätsstandards, die Ausgrenzung und Stigmatisierung fördern.

Das Kernstück dieser Überlegungen ist die Verbindung von Salutogenese und Empowermentperspektive. Beide richten ihre Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen Alltagswelt und sie eröffnen für die psychosoziale Praxis andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse betrachtet würden, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflusst werden können.

## SOZIALPOLITIK AUS EINER EMPOWERMENT-PERSPEKTIVE

Sozialpolitik muss ihr programmatisches Zentrum von der Kompensation "beschädigten Lebens" zu einer Empowermentperspektive verändern. Em-

powermentprozesse sind in einzelnen sozialpolitischen Handlungsfeldern bereits intensiv erprobt worden (vor allem im Selbsthilfebereich), aber sie sollten zum grundlegenden Gestaltungsprinzip von Sozialpolitik werden. Diese Forderung finden wir beispielsweise bei dem Frankfurter Staatsrechter Günter Frankenberg (1994; 1997). Eine demokratische Wohlfahrtsgesellschaft muss seiner Auffassung nach "der Handlungsautonomie der Betroffenen und handlungsermächtigenden Strukturen (*empowerment*) stets Priorität einräumen, die auf die Selbstorganisation sozialer Dienste und Leistungen angelegt sind" (Frankenberg 1994, S. 221). Sozialpolitische Leistungen (seien es Transferzahlungen, Sachleistungen oder personale Dienstleistungen) sollten von der Prämisse angeleitet sein, dass sie "Eigentätigkeit" und "Lebenssouveränität" voraussetzen und fördern. "Für den Fall, dass die Handlungskompetenz der Betroffenen infolge ihrer spezifischen Lebenslage eingeschränkt ist, konkretisiert sich die Pflicht zu ziviler Solidarität in unterstützenden Strukturen oder advokatorischen Formen der Sozialpolitik, die sich daran orientieren, die Betroffenen soweit wie möglich wieder zur Selbsthilfe zu befähigen" (ebd.). "Sozialpolitik als *empowerment* reaktiviert verschüttete, verkümmerte und überlastete soziale Bindungen ebenso wie sie neue ermutigt und fördert. Sie knüpft damit ein - zugegeben dünnes - soziales Band, das den Adressaten vermittelt, welcher Gemeinschaft sie angehören: Einer Zivilgesellschaft, die ihren Mitgliedern die selbstorganisierte Bewältigung ihrer Probleme zumutet und ermöglicht, darin aber zugleich eine Gemeinschaftsaufgabe sieht" (ebd., S. 222).

Belastungs-Bewältigungs-Modelle im Sinne der Salutogenese, die die Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen Alltagswelt richten, eröffnen für eine Praxis und Politik der Gesundheitsförderung andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse wären, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflusst werden können. Hier setzt das "Empowerment"-Konzept an.

Der Begriff "Empowerment" wird von einem gewissen Etwas, einem Flair umgeben. Das vermittelt vor allem die "Power"-Komponente im Begriff. Wir kennen sie in Verbindung mit "black power" oder "women power" oder neuerdings "power book". Diese emanzipative Bedeutung steckt natürlich in diesem Begriff. Aber auf ihre Reißerqualitäten will ich zunächst einmal überhaupt nicht setzen. Zumal der Begriff ja nicht nur von der "Power"-Komponente lebt, sondern auch von der Vorsilbe "Em-", die den Sinn von

Geben, Abgeben, Weggeben transportiert. Und das ist gerade der zentrale neue Aspekt: Nicht für sich Macht fordern oder erobern, sondern sie weitergeben, sie bei anderen wecken, ihnen dabei helfen, sie zu entdecken. Also "Empowerment" meint nicht einfach Veränderung der Machtverhältnisse, obwohl es auch darum geht, sondern um die Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen.

Die Empowerment-Perspektive bündelt wichtige Lernprozesse des letzten Jahrzehnts. Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung psychosozialen Handelns. Es sind vor allem die folgenden Lernprozesse:

(1) Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive. Das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an ihre Fähigkeiten, in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen, führt mit Notwendigkeit zu einer anderen beruflichen Perspektive als im Falle eines professionellen Szenarios der Hilfebedürftigkeit.

(2) Nur jene Art von professionellem Angebot kann letztlich wirksam werden, das in das System des Selbst- und Weltverständnisses der KlientInnen integrierbar ist und das persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird. Solche Einsichten führen mit Notwendigkeit zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten. Von Dauer können nur Veränderungen sein, die den Grundsatz "Hilfe zur Selbsthilfe" realisieren.

(3) Jede professionelle Aktivität, der es nicht gelingt, zur Überwindung des Erfahrungskomplexes der "gelernten Hilflosigkeit" oder "Demoralisierung" beizutragen, wird wirkungslos bleiben. Die Wirksamkeit professioneller Hilfe wird davon abhängen, ob das Gefühl gefördert werden kann, mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu erlangen.

(4) Soziale Unterstützung im eigenen sozialen Beziehungsgefüge ist von großer Bedeutung bei der Bewältigung von Krisen, Krankheiten und Behinderungen sowie bei der Formulierung und Realisierung selbstbestimmter Lebensentwürfe. Gerade die Kräfte, die durch die Vernetzung von gleich Betroffenen entstehen können, sind von besonderer Qualität.

(5) Psychosoziale Praxis lässt sich nicht in Kategorien von Widerspruchsfreiheit oder im Funktionskreis instrumentellen Denkens adäquat erfassen. Anstelle eines Diskurses, der von der Unterstellung eines hehren Allgemeinwohl ausgeht, ist es notwendig, Widersprüche, Interessenunterschiede und unterschiedliche Bedürfnisse zum Thema zu machen. Hierzu gehören auch Themen wie die Janusköpfigkeit von Hilfe und Kontrolle in allen Formen psychosozialen Handelns; die Analyse unerwünschter Nebenfolgen "fürsorglicher Belagerung" und ihrer institutionellen Eigenlogiken und schließlich auch die Anerkennung unterschiedlicher und teilweise widersprüchlicher Interessen von KlientInnen und Professionellen.

(6) Die wichtigste Erkenntnis, die auf solchen Pfaden divergenten Denkens zu gewinnen ist, ist die Einsicht in die Dialektik von Rechten und Bedürftigkeiten. Die klassische wohlfahrtstaatliche Philosophie war ausschließlich von einer Definition von Bedürftigkeiten und auf sie bezogener sozialstaatlicher Hilfe- oder Präventionsprogramme bestimmt. Die meisten Therapie- und Präventionsprogramme gehen - in aller Regel mit guten und nachvollziehbaren Gründen - von einer Annahme spezifischer Defizite und Bedürftigkeiten aus, die im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen verhindert, kompensiert oder verändert werden sollen. Erst in den 70er Jahren wurde - nicht zuletzt in Folge heftiger Konflikte zwischen wohlwollenden HelferInnen und zunehmend eigene Ansprüche formulierender KlientInnen - die Ebene der Rechte als unabhängiger Begründungsinstanz für Handeln oder dessen Unterlassung "entdeckt". Es war sicher kein Zufall, dass diese Entdeckung in die Zeit der sich abzeichnenden Krise des Wohlfahrtsstaates fiel. In Zeiten wachsender Sozialbudgets ist eher die Vorstellung gewachsen, dass bei uns Professionellen die Angelegenheiten der Betroffenen in guten Händen seien. Die Segnungen immer neuer Spezialprogramme und -einrichtungen ließen sich beweiskräftig so verstehen. Die von uns so bereitgestellte "fürsorgliche Belagerung" hatte eine Qualität der tendenziellen Rund-um-Versorgung, bei der der Gedanke der Einschränkung von KlientInnen-Rechten und der Kontrolle von Lebenssouveränität weniger Nahrung erhielt. Die Krise des Sozialstaats hat auch für viele Betroffene sichtbar gemacht, dass ihre Rechte keineswegs in Wohlfahrtsleistungen gesichert sind und mit deren Abbau auch gefährdet sind und eigenständig vertreten und abgesichert werden müssen. Rappaport bringt die beiden Sichtweisen auf die Formel von "Kinder in Not" oder "Bürger mit Rechten". Es handelt sich nicht um Entweder-oder-Perspektiven, sie müssen in dem Spannungsverhältnis, in dem sie zueinander stehen, erhalten bleiben. Gerade an der Reaganschen Kahlschlagpolitik im

Sozialbereich kann das aufgezeigt werden. Sie hat sich gerne mit Schlagworten wie Bürgerrechte oder "Freiheit" vom Staat drapiert und gleichzeitig wohlfahrtsstaatliche Leistungen abgebaut. Dazu bemerkt Rappaport treffend: "Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz" (S. 268).

Immer wieder kann man hören, dass Empowerment eine Haltung sei, die für die jungen und fitten Menschen, aber nicht für gebrechliche und betreuungsbedürftige alten Menschen angemessen sei. Das sehe ich anders. Ich beziehe mich unter anderem auf die Programmatik eines Projektes der Europäischen Kommission, das 1993 gestartet wurde und den Titel „Empowerment älterer Menschen“ trägt. Dort heißt es:

„Empowerment ist eine Grundhaltung, die zugleich alte Menschen wie auch professionell Beschäftigte ermutigt, ihren Horizont zu erweitern und mehr als bislang von Pflegebeziehungen zu erwarten. Dass sich die 'Machtverhältnisse' dabei zugunsten der älteren Menschen verschieben, ist gleichzeitig notwendig und erwünscht: Wir sind davon überzeugt, dass beide Gruppen davon profitieren werden.“

Und weiter heißt es in diesem Programm:

„Empowerment kann ein entscheidender Impuls zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen sein - und zwar unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen. Natürlich: alten Menschen ist, auf weitest möglich Weise, die Chance der Regie über all die Entscheidungen zu erhalten bzw. zurückzugeben, die ihr tägliches Leben betreffen. Ebenso sind die Chancen alter Menschen zu vergrößern, die Gesellschaft mit ihren Fähigkeiten und Erfahrungen bereichern zu können. Dies alles aber bedingt, dass diejenigen, die professionell mit alten Menschen arbeiten, ihre eigenen Einstellungen, Haltungen und ihre Praxis sorgfältig reflektieren. Entscheidend ist, dass konkrete Verfahren gefunden werden, die alte Menschen ermutigen und befähigen, an Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein.“

## BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT ALS EMPOWERMENTPOTENTIAL

Die Debatte um eine Neujustierung unserer Sozialsysteme geht ans Eingemachte und insofern darf es uns auch nicht verwundern, dass sie von dramatischer Begleitmusik bestimmt wird. Es geht um so große Themen wie soziale Gerechtigkeit und Solidarität. In den Diskussionen werden diese Begriffe allerdings sehr statisch gehandelt, als würden sie einen Berg bezeichnen, der allmählich abgetragen oder ausgehöhlt wurde. Ich frage mich, warum bei einem Begriff wie Solidarität nicht auch mal die Frage mitschwingt, ob es sich dabei nicht auch um einen nachwachsenden oder erneuerbaren „Roh-

stoff“ handeln könnte. Nur woher soll er kommen? Kann er durch moralische Appelle entstehen oder kann ihn Politik erzeugen? Ich möchte in meinem Beitrag weder über moralische Aufrüstung noch über politische Strategien sprechen, sondern möchte an die Wurzel von Solidarität und im Sinne einer radikalen Subsidiaritätsperspektive von unten her denken. Ich stelle die Frage nach der Alltagssolidarität und der Bereitschaft von Menschen heute, sich zu engagieren. Und ich schließe daran die Frage an, was das vorhandene Potential an Alltagssolidarität daran hindert, sich produktiv entfalten zu können und wie es nachhaltig gefördert werden könnte.

- 1) Das freiwillige Engagement geht nicht zurück, sondern unterliegt einem charakteristischen Wandel: Weg von dem klassischen Ehrenamt, das seinen „Nachschub“ aus traditionsreichen sozialen und weltanschaulichen Milieus bezogen hat, hin zu einem Engagement, das sich aus Motiven einer selbstbestimmten Lebensführung speist.
- 2) Die „Anlagesphären“ für das vorhandene soziale Kapital verändern sich als Konsequenz dieses Motivwandels. Weil sich Menschen mit ihrem Engagement nicht mehr selbstverständlich in den vorhandenen Strukturen von Politik und Organisationen verorten wollen, bedarf es neuer Handlungsangebote. Da diese noch nicht existieren, gibt es ein „frei flottierendes Potential an Gemeinsinn“, ein „brachliegendes Potential“ oder - noch dramatischer in der Formulierung - eine „riesige ‘schlafende Ressource’“<sup>1</sup>.
- 3) Die Idee einer entwickelten Zivilgesellschaft braucht eine bürgernahe „Erdung“ und Realisierung. Sie lebt aus der Identifikation mit demokratischen Spielregeln im Sinne eines partizipativ und solidarisch orientierten Gemeinwesens, in dem die öffentlichen Angelegenheiten zu Anliegen der Bürgerinnen und Bürger werden, die sich in diese Angelegenheiten einmischen, sie nach ihren Vorstellungen und Interessen zu gestalten versuchen, die aber auch akzeptieren, dass in einer pluralistischen Gesellschaft keine Instanz, keine Person und keine Gruppierung für sich beanspruchen kann, über die einzig richtige Lösung zu verfügen. Dieses zivilgesellschaftliche Engagement kann am ehesten im kommunalen Raum praktiziert werden und deshalb müssen entsprechende Förderstrukturen in den Gemeinden entwickelt werden.

---

<sup>1</sup> Diese einprägsamen Formulierungen stammen von Helmut Klages, die in unterschiedlichen Publikationen von ihm immer auftauchen (vgl. etwa Klages, Helmut & Gensicke, Thomas (1999)).

Wenn man sich die immer beschriebene und empirisch gut gesicherte Diskrepanz zwischen der Erosion von Engagementbereitschaft bei traditionellen Institutionen und dem wachsenden Engagement in anderen Feldern freiwilliger Tätigkeit vergegenwärtigt, dann steht die Frage nach der stimmigen Passung zwischen Engagementmotiven und –potentialen einerseits und gesellschaftlichen „Gelegenheitsstrukturen“ andererseits zur Diskussion. Klassische Milieus schufen kollektive Identifikationen und bündelten Motivlagen, auf die sich Kirchen, Parteien, Gewerkschaften oder Wohlfahrtsverbände einigmaßen verlassen konnten. Die Passung zwischen ihren Aktivitäten und den Motivlagen der Individuen schien gesichert zu sein. Eine eigenständige und unabhängige Mittlerrolle zwischen individuellen Motiven und institutionellen Gelegenheitsstrukturen war in aller Regel nicht erforderlich. In den verschiedenen Milieus wurde durch sozialisatorische Leistungen diese Passung gefertigt. Mit dem zunehmenden Abschmelzen oder der Erosion traditioneller Milieus geraten gerade diejenigen institutionellen Handlungsfelder in Not, die ohne große eigenen Initiativen aus diesen Milieus personellen Nachschub erhielten. Auf die bewährten Rekrutierungsmechanismen scheint man sich nicht mehr problemlos verlassen zu können. Diese Erfahrung wird oft mit einer allgemeinen Klage über die „Ego-Gesellschaft“, den Verlust von gemeinwohlorientierten Werten oder den Zerfall von elementaren Formen der Vergemeinschaftung beantwortet. Statt einer Verfallsdiagnose ist aber eine Wandlungsdiagnose erforderlich. Verfalls- oder Zerfallsdiagnosen haben in Phasen gesellschaftlichen Umbruchs immer Hochkonjunktur und das ist nicht erstaunlich, denn das ist ja ein Wesensmerkmal jeder dynamischen Entwicklung, dass etwas aufbricht, bislang selbstverständliche Muster nicht mehr tragen und neu gestaltet werden müssen.

Der Freiwilligensurvey von 1999 hat gezeigt, dass zu dem bereits hohen Niveau von etwa einem Drittel der Bevölkerung (34%), die sich engagieren, ein weiteres knappes Drittel (26%) hinzukommt, das am Engagement interessiert sind. Der kürzlich veröffentlichte zweite Freiwilligensurvey, der 2004 erhoben wurde, zeigt, dass sich die Zahlen nach fünf Jahre noch erhöht haben (36% engagiert und 32% am Engagement interessiert). In diesem Zusammenhang hatte Helmut Klages von einem „brachliegenden Potential“ oder - noch dramatischer in der Formulierung - von einer „riesigen ‘schlafenden Ressource’“ gesprochen und diese Ressource ist offensichtlich weiter gewachsen. Hier sind wir wieder beim „Dornröschen“-Phänomen der Bürgergesellschaft. Wie könnten diese „schlafenden Ressourcen“ für Tätig-

keiten im gerontopsychiatrischen Bereich aufgeweckt werden? Und wie sieht es in München aus? Da habe mich umgehört und zunächst Anlaufstellen für bürgerschaftliches Engagement angefragt.

## VERBINDUNGEN VON GERONTOPSYCHIATRIE UND ZIVILGESELLSCHAFT

Meine ersten Anfrage ging an die älteste deutsche Freiwilligenagentur, die ihren Sitz in München hat, „Tatendrang“: Sie hat die Alzheimer Gesellschaft in ihrem Verteiler, aber sehr viel Vermittlungen haben offensichtlich nicht stattgefunden. Auch vom Verbund der Freiwilligenzentren des Caritasverbandes in München kommen nicht gerade gewaltige Erfolgsmeldungen. Bei einigen läuft im SeniorInnenbereich gar nichts, in anderen aber gibt es doch einen eindeutigen Schwerpunkt. Vom Freiwilligenzentrum Nord erhalte ich am 26. April folgende Informationen: „Hier im FWZ Nord läuft derzeit zum zweiten Mal unsere Helferschulung für den Besuchsdienst in Kooperation mit der Beratungsstelle für pflegende Angehörige im Caritas-Zentrum Nord. Heute Abend beginnt der zweite Baustein mit dem Themenschwerpunkt Demenz. Wer beide Bausteine der Schulung absolviert hat erhält die Zertifizierung zur anerkannten Demenzhelferin. Die geschulten Freiwilligen werden v.a. über die Beratungsstelle pflegende Angehörige in einen Einsatz vermittelt. Die Angehörigen können dann über das Pflegeleistungsergänzungsgesetz Gelder für den Besuchsdienst erhalten. Die Freiwilligen müssen allerdings auch an den regelmäßigen HelferInnentreffen teilnehmen“.

Hier taucht ein wichtiges Stichwort auf: Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG). Dort ist im § 6 der Verordnung zur Ausführung dieses Gesetzes vom 8. April 2003 eine staatliche Förderung vorgesehen, die vor allem Ziele verfolgt: „(1) Gefördert werden niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Angehörigen-Gruppen.

(2) Vorrangig sollen niedrigschwellige Betreuungsangebote gefördert werden, die durch bürgerschaftliches Engagement getragen werden.

(3) Gefördert werden vorrangig die Personal- und Sachkosten, die aus der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung, Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie der kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung durch Fachkräfte entstehen sowie Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtliche Betreuung“.

Wenn HelferInnen einen 40-stündigen Kurs absolviert haben, dann können sie für ihre Tätigkeit in der Entlastung von Familien mit Demenzkranken bis zu 460.- € Aufwandsentschädigung erhalten. Nicht eingesetzt werden dürfen sie bei pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Das bayerische Sozialministerium hat zur Förderung dieses Helferinnenkonzepts eine Modellförderung aufgelegt.

Ein sehr hilfreiches Beispiel aus dem eigenen Erfahrungsbereich zeigt die Wirksamkeit dieses DemenzhelferInnenkonzepts. Sie kennen sich ja nun schon ein bisschen in meinem familiären Umfeld aus. Für meinen Vater ist ein wirksame Entlastung dadurch entstanden, dass eine Helferin zweimal in der Woche meine Mutter zu einem längeren Spaziergang abgeholt hat. Das ganze wurde von dem traditionsreichen Evang. Krankenverein Gunzenhausen angeboten, der seit fast 116 Jahren Träger für häusliche Alten- und Krankenpflege ist und jetzt auch in der Modellförderung ist. Bei all diesen Projekten spielt das Element bürgerschaftliches Engagement eine erhebliche Rolle.

I. Hier zeigt sich also eine erste wichtige Aufgabe des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Gerontopsychiatrie: Gezielte Unterstützung von Familien mit Demenzkranken durch zeitliche befristete Entlastung der Angehörigen. Dafür bedarf es einer gezielten Schulung und Begleitung durch Fachdienste. Diese Aufgaben können von professionellen Helfern nicht übernommen werden. Umgekehrt dürfen Freiwillige HelferInnen nicht für Aufgaben herangezogen werden, die eine professionelle Ausbildung verlangen.

II. Diese ehrenamtlichen Besuchsdienste machen für sich genommen Sinn, aber sie können auch Teil einer kommunalen oder regionalen Gesamtkonzeption zum Aufbau eines Gerontopsychiatrischen Verbundes sein, der es sich zum Ziel setzt, tragfähige und verlässliche Hilfestrukturen für die ältere Bevölkerung und vor allem für die gerontopsychiatrisch Betroffenen zu schaffen. In einige Regionen wird da schon vorbildliche Arbeit geleistet.

So hat wurde im für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg eine Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) geschaffen, die an das Sozialpsychiatrische Zentrum Amberg angebunden ist und folgende Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter

- Aufbau und Sicherstellung einer ambulanten Versorgungsstruktur
- Sicherstellung des Zugangs zu den notwendigen Hilfen für die Betroffenen und ihren Angehörigen
- Verbesserung der Zusammenarbeit der in der Beratung, Betreuung und Versorgung tätigen Professionellen und Ehrenamtlichen
- Vernetzung aller Leistungsanbieter

Im Landkreis Forchheim ist auch eine Initiative entstanden, die alle vorhandenen Ressourcen bündelt, um dem eigenen Namen gerecht zu werden. Er lautet KLAR und heißt „Kreative Lösungen im Alter für den ländlichen Raum“. Das selbst gesetzte Ziel lautet: „Exemplarische Modelle in einer Gemeinde mit der Fragestellung, welche Bedingungen notwendig sind, dass Hochaltrige und Menschen mit Demenz im ländlichen Raum so lange wie möglich selbstbestimmt in ihrem gewohnten sozialen Umfeld leben können“. Auch im Landkreis Forchheim sehen wir den Ansatz zu einer integrierter Verbundlösung, in der zivilgesellschaftliche Initiativen voll mit einbezogen werden.

Das ist also ein zweiter wichtiger Ansatz, um bürgerschaftliches Engagement bei der Entwicklung zukunftsfähiger Lösungen einzubeziehen. Es setzt an dem Bewusstsein an, dass in einer älter werdenden Gesellschaft der Anteil der Bevölkerung, der mit altersbedingten gesundheitlichen Einschränkungen zu rechnen hat, wachsen wird und dass es eine Pflichtaufgabe der solidarischen Daseinsvorsorge darstellt, alle bürgerschaftlichen und professionellen Kräfte und Möglichkeiten im jeweiligen kommunalen/regionalen Raum zu bündeln, um Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld zu gewährleisten.

So wie die letzte Bundesregierung ein Programm aufgelegt hat, das „lokale Bündnisse für Familie“ anregen sollte und auch materiell gefördert hat, bräuchten wir ein Empowermentprogramm, das man „Lokale Bündnisse für ein selbst-bestimmtes Alter“ für alle Bürgerinnen und Bürger nennen könnte.

III. Ich will aber noch einen Schritt weitergehen und bewege mich damit allmählich in die Sphäre der Utopien, die aber schon reale Anknüpfungspunkte haben. Nach meiner Auffassung reicht es nicht, im alt bewährten Muster des Wohlfahrtsstaates für den Bereich zunehmender psychosozialer Problemlagen beim ältesten Segment unserer Bevölkerung professionelle Dienste zu entwickeln. Das wird schon an den Finanzen scheitern und es gibt

wohl auch andere gute Gründe, diesen Weg nicht einfach linear fortzusetzen.

Ich möchte Sie dazu einladen, mit mir eines meiner „Patenkinder“ zu besuchen. Es wohnt in Salzgitter und ist jetzt schon über 30 Jahre alt. Es heißt Mütterzentrum und meine Patenschaft ist eher jüngeren Datums, ich wurde als „Expo“-Pate ausgewählt, denn es hat aus Expomitteln und aus solchen des SOS-Kinderdorf-Trägervereins die Möglichkeit bekommen, ein wunderbares neues Gebäude zu erstellen. In diesem Haus gibt es einen Bereich für die ganz Kleinen, für die Kindergartenkinder und für Ältere bis hin zu Pflegebedürftigen, die im Obergeschoss des Hauses betreut werden. Im Erdgeschossbereich gibt es ein Café- und Restaurantbetrieb, in dem vor allem mittags für alle ein Mittagstisch angeboten wird. Auch viele ältere Bürgerinnen und Bürger aus Salzgitter kommen hierher zum Mittagessen oder werden hierher gebracht. „Essen auf Rädern“ mal ganz anders! In dem Haus gibt es kleine Läden, in denen Frauen einen Friseurbetrieb und andere Einkaufsmöglichkeiten anbieten. Der Friseurbereich ist so angelegt, dass die Räume der Pflegebedürftigen im Blickfeld sind. So kann eine alte Dame oder ein alter Herr ein Bad nehmen, ohne dass permanent jemand dafür eingeteilt werden muss. In diesem Haus laufen Qualifizierungsprogramme für junge Frauen, die von ihren Bildungsabschlüssen her, schlechte Arbeitsmarktchancen haben. Wenn Sie jetzt wissen wollen, wie viele Hauptamtliche diesen Betrieb am Laufen halten, dann werden Sie überrascht sein, dass das ganz wenige sind. Die Frauen (und auch Männer), die in diesem Familienzentrum tätig sind, haben nur zum geringeren Teil eine entsprechend zertifizierte Ausbildung gemacht. Es wird sehr schnell erkennbar, dass in diesem Haus eine ganz und gar ungewöhnliche Mischung von Selbsthilfe, Bürgerengagement und professioneller Kompetenz gefunden wurde und gelebt wird. Hildegard Schooß die Gründerin dieses Zentrums hat mich anfangs mit der Aussage provoziert, dass sie und ihre MitstreiterInnen eine bessere integrierte kommunale Sozialarbeit „aus einem Guss“ anbieten könnten, als wir das mit unseren hoch differenzierten und spezialisierten professionellen Diensten könnten und außerdem seien wir auch noch viel teurer. Das konnte ich so nicht akzeptieren, es schien mir eine Aussage in Richtung Lohndumping tariflich abgesicherter Erwerbsarbeit zu sein und ich kam mit einer Fachtagung zur Gemeindepsychologie nach Salzgitter. Wir haben einen ganz wichtigen Lernprozess dort machen können und seither denke ich sehr viel selbstkritischer über unser Wohlfahrtssystem nach. Das Mütterzentrum Salzgitter ist übrigens das „Best-practice“-Beispiel, das das Programm der „Mehrgenera-

tionenhäuser“ in Niedersachsen und jetzt auch auf der Bundesebene angeschoben hat.

Mit diesem Beispiel möchte ich meinen gedanklichen Vorstoß vorbereiten, der bewusst machen soll, dass der Grundriss unseres Wohlfahrtsstaates nicht als gottgegeben zu betrachten ist, sondern immer wieder zu überprüfen und weiterzuentwickeln ist. Bei der aktuell notwendigen Weiterentwicklung ist vor allem eine zivilgesellschaftliche Perspektive einzubeziehen.

Lebensstile und Identitäten verändern sich gegenwärtig in dramatischer Weise und die damit verbundenen Vorstellungen vom „guten Leben“. Und natürlich hat auch Auswirkungen auf das älter werden und auf die Lösungen, die wir für Wohnen suchen (müssen), wenn wir unsere Vorstellungen vom „guten Leben“ mit der Frage verbinden, wie wir auch im Alter gut leben und wohnen wollen.

Ich gehöre ja selbst zu der Generation „50 Plus“ oder realistisch „60 – eins“, die sich die Fragen nach ihrem Leben und nach ihrem Wohnen in der noch vor ihnen liegenden Lebenszeit zu stellen hat. Während ich diesen Vortrag vorbereite, haben meine Frau und ich uns dazu entschlossen, unsere Siedlung am Rande von München nicht zugunsten eines größeren Hauses aufzugeben, was wir uns überlegt hatten, um für die Ergebnisse unserer extensiven Sammlerwünsche auch genügend räumliche Unterbringung zu haben. Nun haben wir uns gegen ein expansive Raumvergrößerungsstrategie entschieden, weil wir versucht haben, unsere eigenen Wohnbedürfnisse in 15 bis 20 Jahren in unsere Planungen einzubeziehen. Werden da die vorhandenen 140 qm nicht voll ausreichen? Somit gehören wir nicht zu den 52,2% der heute 55-jährigen Haushalte, die bis zu ihrem 75. Lebensjahr mindestens noch einmal umziehen wird (vgl. Eichener 2001, S. 180). Wir haben aber noch eine zweite Entscheidung getroffen: Wir werden unser Nachbarhaus erwerben, mit dem wir gedanklich multioptionale Wege verbinden: Unser Sohn hat gerade in München einen Job gefunden und hat mit „Sack und Pack“ wieder bei uns Quartier genommen. Er sucht eine Wohnung auf dem teuersten Wohnungsmarkt der Bundesrepublik. Außerdem können wir unserer Sammelleidenschaften weiter nachgehen, ohne dem „Vermüllungssyndrom“ anheim zu fallen. Zwei Räume in dem Nachbarhaus werden wir nutzen. Und schließlich verbindet sich mit diesem Nachbarhaus die Zukunftsidee, hier vielleicht mal eine selbstorganisierte Servicestation einzurichten, die in einer gut funktionierenden Nachbarschaft, die aber

mehrheitlich zur eigenen Generation gehört, Dienstleistungen erbringt, die ein Maximum von Autonomie auch dann noch sichern könnte, wenn das ohne verlässliche Serviceleistungen nicht mehr gehen sollte. Gerade solche Überlegungen gehören heute zunehmend zur eigenen Selbstsorge und gerade in der Notwendigkeit solcher Überlegungen zeigt sich am deutlichsten, was gesellschaftlicher Wandel für unser Thema bedeutet.

Es spricht alles dafür, dass auch die älter werdenden Menschen der vor uns liegenden Zukunft ihr Menschenrecht auf Selbstbestimmung gerade im Zusammenhang mit den eigenen „vier Wänden“ nicht aufgeben werden. Sie werden – entsprechend ihren persönlicher, sozialen und materiellen Ressourcen - immer nach Wohnformen suchen werden, die ihren Vorstellungen vom „guten Leben“ nahe kommen. Sie werden an der Gestaltung ihrer Wohnungen und ihres Wohnumfeldes mitwirken wollen. In kaum einem anderen Bereich wird soviel „Eigenarbeit“ erbracht wie im eigenen Wohnrevier. Gerade dieser handlungswirksam werdende „Eigensinn“ führt zu offenen Pluralität auch von Wohnformen im Alter, die vielleicht von uns Wissenschaftlern typologisiert werden kann, aber die nicht planerisch standardisiert werden sollte.

- In meiner Generation wurde viel mit gemeinschaftlichen Wohnformen experimentiert, aber gerade aus jahrelanger WG-Erfahrung kann der Wunsch nach mehr abgegrenzter Privatheit in Form des *Alleinwohnens* entstehen. Im Wissen darum, dass im höheren Alter dieses Alleinwohnen nicht mehr durch die Unterstützung aus dem eigenen Familiensystem gesichert werden kann, werden sich diese Personen mit der Idee des *Service-Wohnens* auseinandersetzen und sich solche Möglichkeiten suchen.
- Menschen, die einen großen Teil ihres Lebens in deutlich abgegrenzten Familienhaushalten gelebt haben, entscheiden sich im Alter für eine *Alten-WG*, die ihnen ganz neue Erfahrungen einer Gemeinschaftlichkeit ermöglichen, ohne dass ihr Wunsch nach Privatheit missachtet wäre, ja die sogar in dieser Wohnform eine große Ermutigung zur Autonomie sehen.
- Für wieder andere ist das Prinzip der *Senioren-genossenschaften* besonders attraktiv und authentisch, weil es ihnen die Möglichkeit verschafft, einen berechenbaren Beitrag für ihre eigene Zukunft, in der sie vielleicht auf die Hilfe anderer angewiesen sein könnten. Die eigene Vorleistung schafft die Bedingung dafür, dass ich nicht auf die karitative Bereitschaft meiner Umwelt angewiesen bin.

Wie immer die konkrete Gestalt altersgerechter Wohnformen aussehen mag, eines zeichnet sich ab: „Mehr und mehr Menschen beginnen, eigene Alternativen zum Leben im Alter zu entwerfen. Ob Wohngemeinschaft, Hausgemeinschaft oder Genossenschaft, interessanterweise orientieren sich alle diese Projekte an traditionellen Versorgungsbezügen wie Familie, Nachbarschaft oder Dorfgemeinschaft, die jetzt aber bewusst initiiert werden. Aushandlungsprozesse des gemeinsamen Lebens vor allem zwischen Bedürftigkeit und Grenzziehungen müssen nun explizit geführt werden“ (Henckmann 2001, S. 634). Hierbei sollten professionelle Hilfen angeboten werden. „Diese sollte allerdings den Empowerment-Prozess der Betroffenen unterstützen, ohne zuviel Lösungsvorgaben zu machen“ (ebd., S. 635).

Am 10. April 2002 konnte man in der „Süddeutschen Zeitung“ eine spannende Reportage über die eine Alten-WG der „Freien Altenarbeit Göttingen“ lesen, das sich auf diese Empowerment-Programmatik bezieht. Eine der 11 Bewohnerinnen hat ihr Projekt so charakterisiert: „Wir sind keine Familie und auch keine klassische WG, eher so ein Team. Ein gruppodynamischer Selbstversuch. Das hält einen lebendig“. Die Bewohnerin ist 83 Jahre, war Psychotherapeutin und nach meiner Meinung repräsentiert sie einen Typus älter werdender aktiver Menschen, die experimentell an jenen neuen Lebens- und Wohnformen, für die es keine vorgefertigten Schnittmuster gibt, sondern sie selbst entwerfen und realisieren wollen.

3. Bürgerschaftliches Engagement lebt von der Bereitschaft der Menschen, sich für die Lösung gesellschaftlicher Probleme und für die Bewältigung von Zukunftsaufgaben einzusetzen. Wir brauchen eine solche experimentelle Kultur für innovative und zukunftsfähige Modelle für die Gestaltung dessen, was selbstbestimmtes Leben im Alter heißen könnte. Selbstsorge ist dafür eine grundlegende Voraussetzung, die zugleich ein wesentlicher Motor des freiwilligen Engagements darstellt.

#### *Literatur*

Expertenkommission der Bundesregierung (1988). Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988.  
 Freie Altenarbeit Göttingen e.V. (1997). Empowerment älterer Menschen. Innovative Projekte aus europäischen Ländern. Göttingen.  
 Osterland, A. (2000). Nicht allein und nicht ins Heim. Alternative: Alten-WG. Paderborn: Junfermann.

Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, S. 257 - 278.