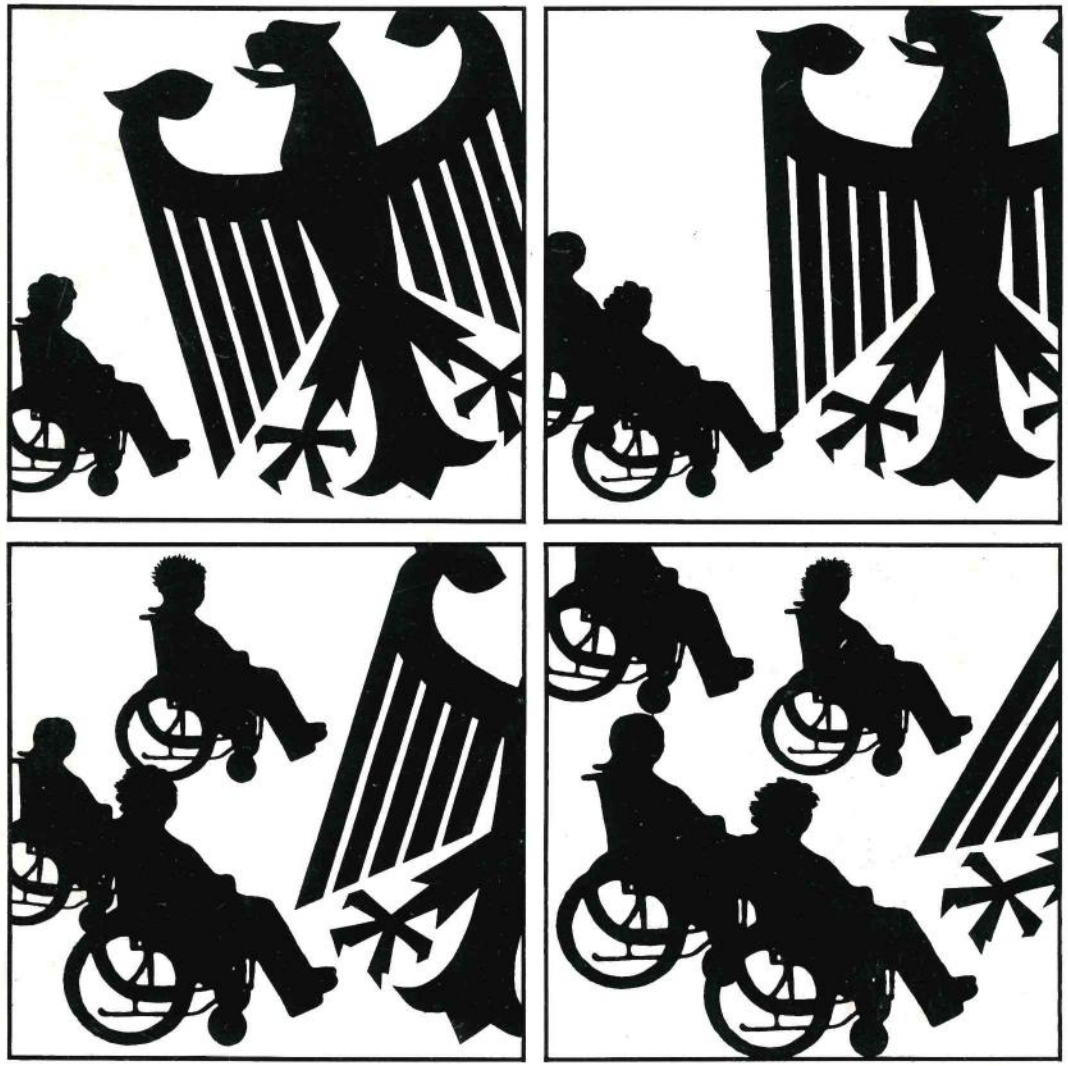
Ambulante Hilfe ohne Grenzen

Wenn Menschenwürde zum Luxus wird



Ambulante Hilfe ohne Grenzen
Wenn Menschenwürde zum Luxus wird

Herausgegeben von
Ambulante Dienste e.V.

Gneisenaustr. 2a
1000 Berlin 61
☎ 693 70 31

Malplaquetstr. 11
1000 Berlin 65
☎ 455 30 50

Datenkonvertierung/Belichtung: Satzinform, Berlin 36
Druck: Agit-Druck, Berlin 41

Wir danken dem dpw-Berlin für seinen Beitrag
zur Finanzierung dieser Broschüre

Berlin, April 1991

Vorbemerkung

„Wenn wir das Recht auf Arbeit und das Recht auf Wohnen garantieren würden, könnten wir ja auch gleich das Recht auf Sonnenschein an Feiertagen garantieren."
Bonner Politiker auf einer Wahlkampfveranstaltung in der ehemaligen Hauptstadt der DDR

Die Ambulanten Dienste werden 10 Jahre alt. Aus diesem Anlaß und statt einer versöhnlich gehaltenen Hochglanzdokumentation, stellen wir eine Streitschrift zur Notwendigkeit ambulanter Hilfen für behinderte Menschen vor. Wir befinden uns in einer Zeit der wirtschaftlichen Krise, einer Entwicklung, die zumal hierzulande gerade erst einmal begonnen hat. Die Lage der Ambulanten Dienste ist zwar wesentlich von den allgemeinen Auswirkungen einer Rezession, wie Preisverfall und Massenarbeitslosigkeit, sinkenden Staatseinnahmen und staatlichen Sparmaßnahmen geprägt, es lassen sich aber dennoch regionale, wie das Arbeitsgebiet der Ambulanten Dienste betreffende Besonderheiten ausmachen, in denen sich auch ihre Handlungsmöglichkeiten manifestieren.

Die besondere Situation der Ambulanten Dienste besteht in einer Randlage im doppelten Sinn: zum einen werden behinderte, und umso mehr hilfeabhängige Menschen an den Rand der Gesellschaft geschoben, d.h. ans Ende der Liste derjenigen, deren Ansprüche erfüllt werden; zum anderen befinden wir uns im Westen Berlins, dem umdekorierten Schaufenster der westlichen Welt, dem Land mit den vorbildlichen Sozialleistungen, die man sich nun nicht mehr leisten muß. Berlins geografische Lage inmitten der ehemaligen DDR ist hierbei bemerkenswert. Die Armut in den neuen Bundesländern wird sich auf Berlin wesentlich stärker auswirken als auf die übrigen Länder der ehemaligen BRD, insbesondere in Form von gedrückten Löhnen und steigender Arbeitslosigkeit; zugleich ist Berlin nun wieder und erst recht der Vorposten der marktwirtschaftlichen Erschließung der Ostgebiete. Die lang vor der Maueröffnung einsetzende Entwicklung zur Zweidrittelgesellschaft wird rasant beschleunigt werden, die auftretenden Widersprüche werden in Berlin nur um einiges deutlicher sein als anderswo.

Die zunächst 20%ige Kürzung des Sozialhaushaltes bedeutet die Schließung selbstverwalteter Projekte und die Einschränkung sämtlicher Leistungen, von Hilfestunden bis zu Hilfsmitteln. Staatliche Kontrolle und Bevormundung nehmen unerträglich zu. Für den so immer weiter vereinzelten behinderten Menschen bedeutet dies eine zweifache Verschlechterung: da er sowohl von der allgemeinen Sozialhilfe als auch von der Hilfe zur Pflege abhängig ist, die ebenfalls nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bewilligt wird. Eine der zu erwartenden Einsparungen wird darin bestehen, Krankenhausabteilungen und ganze Krankenhäuser zu schließen, bzw. in Geriatrien und Psychiatrien, also in Heime umzuwandeln. Was für die Bevölkerungsmehrheit also eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung bedeutet: ein Anwachsen der Gefahr, im Notfall in keinem Krankenhaus unterzukommen, oder das überlastete Krankenhaus vor der Zeit wieder verlassen zu müssen, bedeutet für die behinderten, und hier wiederum verstärkt für die hilfeabhängigen Menschen die drohende Heimeinweisung. Es ist eine alte Erfahrung, daß Heimplätze nicht

lange frei bleiben. Seit Jahren kämpfen nun behinderte Menschen und fortschrittliche Sozialpolitiker für die Abschaffung der Pflegeheime, für ein selbstbestimmtes Leben aller behinderten Menschen. Die Ambulanten Dienste sehen ihre Arbeit als konkreten Beitrag zu diesen Emanzipationsbestrebungen. Von daher ist es unsere Pflicht, uns gerade in dieser bedrohten Situation nicht zurückzuziehen, sondern offensiv unser Modell zu vertreten.

Die Ambulanten Dienste treten mit dieser Broschüre an die Öffentlichkeit, um auf diese Problematik und ihre gesamtgesellschaftliche Bedeutung hinzuweisen. Wir denken, daß gerade in dieser Zeit, in der die ambulante Versorgung im Westen und im Osten kaum noch gewährleistet ist, die Ambulanten Dienste ein im wörtlichen Sinne mustergültiges Projekt darstellen. Im Westen ergibt sich dieser Zustand aus der fehlenden finanziellen Absicherung für Hilfeabhängige und den immer deutlicher zutage tretenden Schwächen des Zivildienstsystems. Im Osten war die ambulante Versorgung behinderter Menschen eh kaum vorhanden. Wir denken, daß es keine Alternative zur Umstrukturierung der gesamten individuellen Schwerstbehindertenbetreuung nach dem Vorbild der Ambulanten Dienste gibt. Wir sind uns im Klaren, daß das auch die Meinung vieler offizieller Stellen ist – wir warten jedoch auf Taten.

Inhalt

„Streitgespräch um einen Menschen“,
Beitrag von R. Purmann, dpw-Berlin 7

Selbstverständnis der Ambulanten Dienste 9

Hilfeabhängige zwischen Familie, Unterversorgung
und zwangsläufiger Verarmung 14

Alltäglich 21

Zum Dank verpflichtet – ISB mit Zivildienstlern 24

Sozialpolitik und Gesundheitsökonomie 29

Geld in die Hände der Betroffenen 33

Leistungsspektrum und Kostenstruktur der Ambulanten Dienste 35

Literaturliste 40

Dokumente 41

Ein Streitgespräch um einen Menschen

R. Purmann, dpw-Berlin

Der Mensch: „Ich möchte zu Hause leben, wohnen, lachen, telefonieren, in meinen Wänden sein, Nachbarn haben, Freunde, die mich besuchen und meine Gäste sind, einen Raum für mich und die Menschen, die mich mögen und sich bei mir wohlfühlen. Also, was jeder Bürger will – und ich brauche zusätzlich Unterstützung und Pflege, da ich darauf angewiesen bin und meine Freunde und Familie dies nicht immer leisten können."

Der Arzt: „Der Mensch lebt mit einem Grade von Behinderung. Seine Diagnose ist wissenschaftlich exakt zu ermitteln, sie ist kurabel oder nicht. Auch wenn der medizinische Fortschritt unaufhaltbar ist – dieser Mensch braucht ständig Hilfe. Das häusliche Umfeld verbessert die psychosoziale Befindlichkeit."

Der Politiker: „Das Grundgesetz verspricht jedem ein Leben in Würde, so steht es auch im §1 unseres Bundessozialhilfegesetzes. Auch die Unverletzlichkeit der Wohnung ist jedem garantiert. Dem Menschen kann geholfen werden..."

Der zweite Politiker: „...sofern er sich selbst helfen kann. Fast 10 Milliarden Mark zahlen die Gemeinden 1990 an Pflege, zehn mal so viel als noch vor zwanzig Jahren. Die Kosten pro Pflegefall haben sich in dieser Zeit verfünffacht, 90% der Summe kosten unsere Heime, die nur jeden zweiten Hilfebedürftigen betreuen. Wenn dies so weitergeht, tun wir sehr viel für diese Menschen, ich will nicht sagen – zu viel. Allein – gespart muß werden."

Der Mensch: „Ich danke sehr für diese Worte und die Informationen. Aber wie mache ich daraus für mich eine Unterstützung, die mir das Leben zu Hause ermöglicht?" *(Die Politiker zeigen auf die Kostenträger)*

Kostenträger 1: „Krank? Behindert? Das ist die Frage! Auf jeden Fall steht fest – Pflegebedürftigkeit ist die Unfähigkeit, bestimmte wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben. Wer krank ist, kommt ins Krankenhaus oder wird vom Arzt behandelt oder..." *(er rüttelt den anderen Kostenträger)*

Kostenträger 2: „...er kommt ins Heim. Wir zahlen auch für Pflege in der Wohnung, aber nur, wenn dies nicht unverhältnismäßig teurer wird, so wie das Gesetz es uns befiehlt. Sie können einen Antrag stellen, der wird begutachtet, geprüft, berechnet, gestempelt, genehmigt oder nicht, gekürzt,befristet und so weiter, sofern nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist." *(er schaut sich um)*

Alle Kostenträger: „Das Risiko der Behinderung ist bei uns nicht versichert, gegen Schicksal und Alter kann keiner was, auch wir nicht. Es muß ein anderer Kostenträger her." *(sie fingerhakeln gelangweilt)*

Versicherungsvertreter: „Wir versichern alles! Atomkraft, Schönheitskönigginnen und Sportler, Giftmüll-Transporte und Rennpferde, Kunst und Öltanker im Golf! Mathematisch exakt –" *(er rechnet)* „– aber, nicht gegen Behinderung, dies Risiko ist uns zu groß."

Der Mensch: „Was schauen sie mich alle so an. Wer nicht arbeiten kann und Hilfe braucht, bei dem ist nicht viel zu holen."

Die Politiker: „Ja, da haben wieder alle Recht. Die Pflege muß abgesichert und bezahlt werden. Der Mensch müßte ein Recht haben auf das, was er braucht, so ähnlich wie..."

Der Mensch: „...Diäten und Pensionen für Politiker..."

Politiker 1: „...wie die Kfz-Versicherung! Man zahlt an die Versicherung, der Fall tritt

ein, es wird bezahlt und die Versicherung macht immer noch ein Geschäft. So eine Art Einbruchs-Versicherung gegen das Schicksal..."

Politiker 2: „...nein, eine „Volksversicherung". Alle tragen bei, der Staat aus seinen Steuern, die Bürger aus ihrem Portemonnaie. Aber natürlich, wenn im Jahr 2015 auf drei alte Menschen einer kommt, der arbeitet, dann..."

Politiker 1: „...das ist noch lange hin. Es geht jetzt um die nächste Wahl! Optimismus!" *(alle ratlos)*

Sozial-Kaufmann: (zeigt eine Tabelle) „Bei einem geringeren Grad von Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Altersstruktur kann eine Versorgung durch ambulante Dienste kostengünstiger sein, solange es gelingt, die tatsächlich benötigte Hilfe zu offerieren. Der Kostenvergleich zeigt einen Kostenschnittpunkt bei Schwerpflegebedürftigen: In diesem Fall können die Durchschnittskosten für ambulant erbrachte Leistungen die durchschnittlichen Heimkosten übersteigen." *(er zeigt den „Schnittpunkt")* „Dieser betriebswirtschaftliche „break-even" Punkt..."

Der Mensch: „...das bin ja ich!" *(alle schütteln die Köpfe)* „Noch bis zum Jahr 2000?"

Wenn ich ein Fazit aus dieser immer wieder gehörten Diskussion ziehe, gibt es keine Patentlösung! Wir kommen nur einen Schritt weiter, wenn wir von der einrichtungs- oder angebotsbezogenen Betrachtung zur **menschenorientierten** Entscheidung kommen. Diese individuelle Betrachtung – die ungleich komplizierter und arbeitsaufwendiger ist für die Sozialadministration – darf nicht zum Nachteil und zur Einschränkung des behinderten Menschen werden, der kein „Patent" braucht, sondern individuelle Hilfe. Auch wenn die großen Fragen der Zukunft und die Garantie der Menschwürde auch bei Pflegeabhängigkeit völlig neu politisch gestaltet werden müssen – im Mittelpunkt muß der Mensch stehen. Dies ist allen unbequem – aber unverzichtbar. Individuelle Hilfe für Schwerstbehinderte ist zuerst die Durchsetzung individueller Rechte.

Selbstverständnis der Ambulanten Dienste

Um die besondere Aufgabe der Ambulanten Dienste zu verdeutlichen, ist es notwendig unseren Begriff der Hilfe/Pflege und den Zusammenhang mit der Selbstbestimmung behinderter Menschen zu erläutern:

Zwei Begriffe von Pflege

Die Ambulanten Dienste versuchen, Hilfen ausgehend vom konkreten Bedarf der HilfenehmerInnen zu organisieren. Wir sind der Auffassung, daß jedeR die Hilfe bekommen soll, die sie braucht, ihr Leben zu führen.

Schon in dieser Formulierung „ihr Leben führen" drückt sich ein **aktives** Potential aus, das die Ambulanten Dienste deutlicher mit dem Begriff „Selbstbestimmung" auf ihre Fahnen geschrieben haben.

Zum Einen ist also die bedarfsgerechte Hilfe zum anderen die Mit- und Selbstbestimmung von Hilfeabhängigen bzgl. der Hilfe und in der Hilfe selbst Programm. D.h. auch, daß wir eine ganzheitliche Hilfe anstreben.

Die erforderliche Hilfe unterliegt allerdings den Normen der Rechtsvorschriften. Die gesetzlichen Bestimmungen der Kostenträger definieren, welche Hilfe zu welchem Zweck und Ziel geleistet werden soll. Zweck und Ziel bestimmt den Aufwand, der erbracht wird. Hiernach werden die Hilfebedürftigen in 2 Kategorien geschieden:

1) die „Besserungsfähigen"
2) die „Pflegefälle".

Für die „Besserungsfähigen" wird das Ziel der Hilfe in den Gesetzen so definiert:
Beim Hilfebedarf muß es sich um eine abwendbare oder zu bessernde Behinderung handeln, Verschlimmerung muß zu verhüten sein oder die Folgen zu mindern. Dem behinderten Menschen muß durch die Hilfe ein Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben gesichert werden. (§ 10 Sozialgesetzbuch 1)
Es müssen günstige Prognosen und Erfolgsaussichten bestehen. (§ 7 RehaAnglG; §§ 184a, 369b, 1236 RVO; § 9 Reha)
Die Behandlung muß auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Beschwerden gerichtet sein (Urteil des Bundessozialgerichts v. 10.10.78 – 3 RK 81/77-USK 78104, zum Krankheitsbegriff).
Eine drohende Behinderung soll verhütet, eine vorhandene oder deren Folgen beseitigt oder gemildert werden. „Hierzu gehört vor allem, dem behinderten Menschen eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, (...) oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen."(BSHG § 39, sog. Eingliederungshilfe)

Für die einen ergibt sich die permanente Notwendigkeit, individuell ihre Besserungsfähigkeit nachzuweisen. Für die anderen, die diese (Erfolgs-)Kriterien nicht erfüllen, reduzieren sich die Möglichkeiten beträchtlich. Dauernd auf Hilfe für alle denkbaren täglichen Verrichtungen angewiesen zu sein, bedeutet, daß sich Ziel und Zweck der Hilfe auf die bloße „Wartung und Pflege" reduzieren.

„Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine Behandlung keine hinreichende Erfolgsaussicht mehr bietet, der Zustand als gegeben hingenommen werden muß und die Pflege deshalb nur noch um ihrer selbst willen und nicht im Rahmen eines zielstrebigen Heilungsplans durchgeführt wird." Diese vom Bundessozialgericht entwickelte Definition sorgt in der Praxis für einen Dauerkonflikt zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkasse, weil die Grenze von „Behandlungs- und Pflegefall" verschwommen ist, nur als Problem auf Kostenabwälzung bedachter Kostenträger existiert. „Pflege um ihrer selbst willen", das drückt zweierlei aus:

- der so definierte „Pflegefall" fällt endgültig aus allen Ansprüchen gegenüber gesetzlichen Versorgungs- oder Versicherungssystemen heraus. Er wird auf sich selbst, auf die ausschließlich privat zu tragende Hilfe zurückgeworfen. Wie daraus notwendigerweise Verarmung folgt, weil das gesamte Einkommen einzusetzen ist, werden wir im nachfolgenden Kapitel über rechtliche Grundlagen ausführlich schildern.
- die ungesicherte Finanzierung von Pflegehilfe ist eine wesentliche Ursache dafür, daß das Angebot ambulanter (wie stationärer) Dienste völlig unzureichend ist. D.h. das gesellschaftlich vorherrschende Bild der Hilfe/Pflege ist die aufopfernde, aus moralischer Verpflichtung erbrachte Pflege durch Familienangehörige[1]. Glücklich, wer noch eine Mutter hat.

Für den „Pflegefall" liefert § 68/69 BSHG die Definition, daß Hilfen nach Meinung des Gesetzgebers nur noch als Wartung und Pflege erbracht werden sollen: es reduziert sich auf die „personenbezogenen" Tätigkeiten an der Person selbst wie Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Auskleiden, Verrichten der Notdurft. (Socialdata, Stuttgart 1980) Z.T. werden noch Aufgaben wie Hilfe beim Gehen in und außerhalb der Wohnung, Hilfe bei der Wundpflege, Hilfe beim Gebrauch von Hilfsmitteln etc. unter diese Paragraphen subsumiert.

„Pflege" als Wort hat aufgrund dieser gesellschaftlichen Gesamtsituation stets den Beiklang, daß hier nur noch die bloße Lebens-erhaltung stattfindet. Lebensqualität oder Menschenwürde sind für die Situation der sog. Pflegebedürftigen nicht gefragt.

Ihre Bedürfnisse werden auf das unmittelbare „satt, trocken und ruhig" reduziert. Sie werden zum bloßen Objekt der Pflege. Eigene subjektive Lebensgestaltung, Bedürfnisse der Beteiligung, der Bestimmung darüber, wie mit ihnen umgegangen wird, wie und von wem die Pflege erbracht wird, sind dieser Vorstellungswelt fremd.

Damit wird die Ausgrenzung aus einer wie auch immer zu kritisierenden Förderung quasi zementiert. Rationalisierung in der Pflege nach Dienstplan und Wirtschaftlichkeitserwägungen sind die fast zwangsläufige Folge.

Angesichts dessen mutet das Ansinnen der Ambulanten Dienste, Selbstbestimmung und Mitgestaltung in der Hilfe/Pflege zu ihrer Aufgabe zu machen, wie eine Herkulesaufgabe an.

Für uns steht die Subjektivität jedes Menschen außer Frage, auch derjenigen, die als Pflegefälle abgestempelt zu eben jenen bloßen Existenzen degradiert werden, die nachher als Rechtfertigung dafür dienen, daß sie keine weitere Hilfe vonnöten hätten. Gerade die Selbstbestimmung auf der elementaren, der körperlichen Ebene ist als Voraussetzung für alle weiteren Entwicklungen zu sehen. Ein Grund, warum einige ambulante Hilfsinitiativen ihre Dienstleistung als „Assistenz" bezeichnen. Hier wie auch von den Ambulanten Diensten werden die Hilfen als Mittel gesehen, auch mit eigenen körperlichen Einschränkungen ein Zusammenleben mit anderen Menschen zu ermöglichen. Insofern ist das Programm der Ambulanten Dienste ein Versuch, in den minimalen Spielräumen des persönlichen Umgangs zwischen HilfenehmerIn und HelferIn zu einer Neuorientierung zu kommen, die gesellschaftlich und menschlich sinnvoll ist.

Für die Praxis der Ambulanten Dienste e.V. bedeutet das Vorhergesagte, hilfeabhängigen Menschen ein Leben nicht nur in ihrer eigenen Wohnung, sondern auch sonst selbstbestimmt zu ermöglichen. Sie vermitteln ihnen zu diesem Zweck Helfer und Helferinnen, die zuvor einen Ausbildungskurs durchlaufen haben müssen, wo ihnen die notwendigen Fertigkeiten beigebracht werden. Diese Schulung umfaßt sowohl technische und pflegerische, als auch medizinische und psychologische Aspekte. Sie dient der Vorbereitung auf ihre bedürfnisorientierte und ganzheitliche Tätigkeit. Sowohl die HelferInnen als auch die HilfenehmerInnen haben dabei das Recht, einander auszuwählen. Die freie Wahlmöglichkeit ist die Grundlage, damit Bevormundung von hilfeabhängigen Menschen nicht stattfindet. Nur so können sie mitbestimmen bei der Ausführung der Hilfe, wenn eine gegenseitige Verständigung zwischen HilfenehmerIn und HelferIn die Basis der Zusammenarbeit darstellt, und die HilfenehmerIn nicht vorlieb nehmen muß mit der Person, die ihr geschickt wird. Diese Voraussetzung hat Konsequenzen für die rechtliche Gestaltung des Arbeitsverhältnisses. Eine Weisungsbindung durch die Ambulanten Dienste als Organisation kann nicht bestehen, soll die HilfenehmerIn über die Hilfegestaltung weiter verfügen.

Um dieses Arbeitsverhältnis zu ermöglichen, ohne sich jedoch der Gefahr der Bevormundung auszusetzen, bietet der Verein Ambulante Dienste für HilfenehmerInnen und HelferInnen eine Vielzahl von begleitenden Fortbildungen, Beratungen und Hilfestellungen an. Für viele behinderte Menschen, besonders für solche, die eine umfangreiche Hilfe benötigen, boten Ambulante Dienste überhaupt zum ersten Mal die Möglichkeit, außerhalb eines Heimes, bzw. der Obhut der Familie zu leben. Um diese vollständige Lücke im ambulanten Bereich schließen zu können, mußten die Ambulanten Dienste im Laufe der vergangenen 10 Jahre diese Angebote entwickeln, von denen ein guter Teil ohne Vorbild ist.

Für diese Angebote, wie für alle anderen Tätigkeiten des Vereins gilt, daß sie nicht nur FÜR die behinderten Menschen gemacht werden, sondern VON und MIT ihnen. Behinderte Menschen gehören nicht nur zu den Gründungsmitgliedern des Vereins „Ambulante Dienste e.V." und genießen satzungsgemäß besondere Einflußrechte, sondern arbeiten auch im Verein und der Organisation an maßgeblicher Stelle mit. Es ist also nicht bloß der Anspruch ehemals von Heimbetreuung Versorgter und fürsorgerischem Denken Bevormundeter, sondern alltägliche Wirklichkeit eines von behinderten und nichtbehinderten Menschen gemeinsam getragenen Projektes.

Die Sozialstationen – flächendeckende Versorgungsmängel

Die Bedeutung der Ambulanten Dienste wird auch beim Anblick der lautstark propagierten, vorherrschenden ambulanten Versorgung durch die Sozialstationen klar.

Seit 1982 gibt es in Berlin Sozialstationen. Sie sollen die Nachfrage nach ambulanten Hilfen im Bereich Pflege flächendeckend befriedigen. Eine strukturelle Unmöglichkeit! Denn die Stationen sind von ihrer Konzeption her dazu nicht in der Lage.

Trotz der Erkenntnisse aus einem Modellversuch, der den Bedarf der Hilfen hauptsächlich im Bereich der sog. „Hauspflege" (nach Definition von § 68/69) feststellte, wurden die Berliner Sozialstationen auf die Haus-Kranken-Pflege orientiert. Grund dafür

war die Einsparung im Krankenhaus-Etat. Hauskrankenpflege sollte Krankenhausaufenthalte verkürzen oder soweit möglich überflüssig machen. Insofern sind die Sozialstationen besonders mit Krankenpflegekräften ausgestattet. Nur diese Kräfte werden anteilig direkt vom Senat finanziert, während alle anderen „HauspflegerInnen" ihre Unkosten ausschließlich über pro Stunde gezahlte Einsätze erwirtschaften müssen. Ergebnis: Einsparungen von ca. 200 Mio. DM im stationären Bereich (Bettenabbau) stehen Ausgaben von max. 50 Mio. DM für die Pflege über Sozialstationen gegenüber.

So ist es nicht verwunderlich, daß ein Großteil der Hilfe, die durch Sozialstationen geleistet wird von *vorübergehender,* auf Behandlung einer *Krankheit* ausgegerichteter Art ist.

Wenn Menschen langfristig Hilfe durch Sozialstationen bekommen, müssen sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Die benötigte Hilfe darf auf gar keinen Fall 4 – 5 Stunden überschreiten
- Sie müssen derart flexibel sein, daß es ihnen völlig egal ist, zu welchen Zeiten sie morgens aufstehen wollen. Denn näheres regelt der Dienstplan.
- Falls sie auch Hilfe beim Zu-Bett-Gehen brauchen, darf es ihnen nichts ausmachen, wenn dies nur innerhalb der Dienstzeiten, aber allerhöchstens bis um 20 Uhr geschieht.

Die Sozialstationen stellen somit für viele überhaupt kein annähernd akzeptables Angebot dar. Sie sind analog den gesetzlichen Bestimmungen zur „Pflegefinanzierung" auch eher so konzipiert, zusätzliche Krankenpflege, auch sog. Hauspflege zu leisten bei Menschen, die hauptsächlich Hilfe durch Familienangehörige bekommen. So bieten viele Sozialstationen auch pflegerische Fortbildungsangebote für Familienangehörige an. Außerdem haben sie die Aufgabe, ehrenamtliche HelferInnen zu rekrutieren, die „zusätzliche" Hilfen (spazieren gehen, vorlesen etc.) übernehmen sollen.

Durch das noch von der letzten Regierung verabschiedete Sozialstationengesetz ist dieser Mangelzustand quasi festgeschrieben worden.

Diese Analyse wird durch die ständigen Anfragen nach Hilfe bei den Ambulanten Diensten täglich bestätigt.

Die Ambulanten Dienste leisten gesellschaftlich notwendige Arbeit, die auch allgemein anerkannt wird. Sie sind mit ihren 120 HilfenehmerInnen und 400 HelferInnen der größte Anbieter ambulanter Hilfe in der Stadt. Trotz dieser Tatsachen bleibt das Politikum: Die Ambulanten Dienste mußten als Eigeninitiative lange um ihre Existenz kämpfen, dennoch wirkt sich die gesellschaftliche Anerkennung immer noch nicht auf's Materielle aus:

- Die Stundensätze der Ambulanten Dienste liegen weit unter denjenigen der großen Wohlfahrtsverbände.
- Die Ambulanten Dienste verfügen über keine Festfinanzierung (Sockelfinanzierung), finanzieren sich also fast ausschließlich über die Stundensätze: Was sie in anbetracht der Zahlungsmoral der Leistungsträger, insbesondere der der Bezirksämter ständig in Nöte bringt.
- Es gibt keinen angemessenen arbeitsrechtlichen Status für die Helferinnen der Ambulanten Dienste.

Dergestalt in der alltäglichen Arbeit mit der gesellschaftlichen Realität konfrontiert, ist es fast zwangsläufig, daß die Ambulanten Dienste sich schon je auch als sozialpolitisches Projekt verstanden haben. Als solches lehnendie Ambulanten Dienste auch den Einsatz

von Zwangsverpflichteten, wie Zivildienstleistenden, grundsätzlich ab. Neben der Veranstaltung eigener Initiativen und Kongresse arbeiten die Ambulanten Dienste seit Jahren mit anderen Projekten im Bundesgebiet zusammen. Sie begreifen diese Arbeit als Ausdruck ihrer Solidarität mit allen Menschen, die für das Selbstbestimmungsrecht der behinderten Menschen kämpfen.

Nach diesem Überblick zur inhaltlichen Notwendigkeit und Programmatik der Arbeit der Ambulanten Dienste, beschäftigt sich das nun folgende Kapitel mit den finanziellen und rechtlichen Bedingungen der Hilfe.

Anmerkung

1 Dies entspricht nur der allgemeinen Wertschätzung der pflegerischen Tätigkeiten: „Die Krankenschwester. Leben und Leiden einer edlen Duldnerin." Ihre Aufopferung ist eine Berufung, die mit Geld in Verbindung zu bringen, den weniger Berufenen einem Sakrileg gleichkommt.

Hilfeabhängige zwischen Familie, Unterversorgung und zwangsläufiger Verarmung

Die Hilfen für die meisten der 121 HilfenehmerInnen der Ambulanten Dienste finanziert das Sozialamt. Gesetzliche Grundlage ist § 68/69 des Bundessozialhilfegesetzes von 1962 (BSHG), sog. „Hilfe zur Pflege", der „Hilfen in besonderen Lebenslagen". Ein Großteil unserer Arbeit besteht leider darin, HilfenehmerInnen bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegenüber dem Sozialamt zu unterstützen. Von unserem Standpunkt einer Selbstbestimmung in der Hilfe/Pflege durch die Betroffenen selbst (vgl. Selbstdarstellung) sehen wir den Mangel der gesetzlichen Regelungen auf dem Sektor der Pflege genannten Hilfe besonders deutlich. Ein erweiterter Blickwinkel ist notwendig, um die alltäglichen Auseinandersetzungen mit den Ämtern in ihren strukturellen Ursachen zu begreifen:

Alle Leistungen der Sozialhilfe sind NACHRANGIG gegenüber denen anderer Leistungsträger. D.h. erst muß man sehen, ob nicht die Krankenkasse (o. das Versorgungsamt, oder eine Unfallversicherung) Leistungen übernehmen könnte, bevor Ansprüche beim Sozialamt angemeldet werden. Aber hier, wie bei **allen** anderen (auch „flankierenden" – wie dem Steuerfreibetrag) Unterstützungen aus gesetzlichen Regelungen fällt eins besonders ins Auge: eine **bedarfsgerechte** Versorgung mit Hilfe/Pflegeleistungen ist nicht vorgesehen! Vielmehr wird bei allen gesetzlichen Regelungen davon ausgegangen, daß die Hilfe primär in der Familie unentgeltlich geleistet wird.[1] Immer noch ist die Familie (und hier v.a. die **Frauen**) Hauptträgerin der Hilfe/Pflege. Eine „Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen" hrsg. vom Senator für Gesundheit und Soziales, 1988 hat die Situation der 30.000 BerlinerInnen, die Hilflosenpflegegeld erhalten, untersucht. 95,7 % (!) der Betroffenen werden außerhalb von Einrichtungen von Familienangehörigen gepflegt. Die Hauptarbeit leisten davon, nämlich zu 80%, Frauen.

Viele Familien sind damit überfordert oder zumindest sehr stark belastet. Daß das für die betroffenen Hilfeempfänger und ihre Lebensqualität eine massive Behinderung bedeutet, und welche Konflikte da ausgetragen werden müssen, kann man sich leicht vorstellen. Auch die mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) erstmals in die Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführte Unterstützung bei dauernder (schwerer) Pflegebedürftigkeit dient der Aufrechterhaltung der Angehörigenpflege.[2]

Trotz dieser Tatsachen und Versuchen, die Familie über materielle Anreize weiterhin als Lösung für ein gesellschaftliches Problem einzuspannen, wirkt das allgemeine Defizit bei der Finanzierung von Hilfe/Pflege sich zu Lasten der Sozialhilfeträger (der Kommunen) aus. Diese sind es dann auch, die am lautesten über ihre Ausgaben für diesen Bereich klagen. 1/3 der gesamten Sozialhilfeaufwendungen entfallen derzeit auf die „Hilfe zur Pflege", davon fast 90% (!) für Pflege innerhalb von Einrichtungen (Heimen)! Dies zeigt das Ausmaß der Misere. Da keine der dem BSHG vorrangigen Leistungen bedarfsdeckend (gemeint) ist, und die behinderten Menschen gezwungen sind, nach und nach alles ihnen und ihrer Familie an Arbeit und Geld zur Verfügung stehende einzusetzen, sind sie systematisch gezwungen, sich schließlich um Sozialhilfe zu bemühen. Diesen Prozeß könnte man als vorsetzliche Verarmung bezeichnen. Das soziale Netz entpuppt sich als Mausefalle.

Der Sozialhilfeträger prüft, ob nicht Angehörige die Hilfe personell oder finanziell leisten können. Zentrales Prinzip des BSHG, das hier zur Anwendung kommt, ist die sog. SUBSIDIARITÄT.[3] Es macht den Betroffenen zudem zur Auflage, erst die eigenen finanziellen Resourcen weitgehend aufzubrauchen, sich erst gänzlich auch materiell hilflos zu machen, bevor Hilfe tatsächlich gewährt wird.[4] Quasi als doppelte Ausgrenzung: nicht nur behindert und auf Hilfe angewiesen muß man sein, sondern auch noch arm. Dies ist die *„besondere Lebenslage"*, die im BSHG beschrieben ist. Die besondere Lebenslage soll durch eine als vorübergehend gedachte Hilfeleistung ausgeglichen werden. Eine Vorstellung, die gerade an der Tatsache von *dauernder* Hilfebedürftigkeit vorbeigeht. Praktisch ist die Sozialhilfe die einzige Finanzierungsquelle für das Gros der **dauernd** auf Hilfe/Pflege angewiesenen Menschen.

Theorie und Praxis des BSHG

Mit dem zunehmenden Bedarf (Zunahme chronischer Krankheiten, längere Lebensdauer, Auflösung von Familienstrukturen, höhere Arbeitslosigkeit, geringere Einkommen etc.) hat sich die Anforderung an die Sozialhilfeträger vergrößert. In Krisenzeiten, wenn mehr Leute auf Sozialhilfe zurückgreifen müssen, werden zugleich die Mittel knapper (gemacht), und die Praxis der Bewilligung wird restriktiver.

Dies wirkt sich dann in erster Linie auf Leute aus, die viel Hilfe brauchen, oder besondere Hilfe wünschen.

Zwar beginnt das BSHG in § 1 mit dem Grundsatz, daß die Hilfe so gestaltet werden soll, daß sie der „Würde des Menschen" entspricht. Eine positive Definition von einem Leben, das der „Würde des Menschen" entspricht, hat der Gesetzgeber aber nicht vorgenommen. Es gibt lediglich eine breite Rechtsprechung, ob diese oder jene Maßnahme dem Würdegrundsatz *widerspricht*. Es fehlt demnach der einklagbare RECHTSANSPRUCH.

Weiter: Im **Wunschrecht** des § 3 BSHG sollte sich in der Mitgestaltung des Berechtigten bei der Hilfe die Menschenwürde verwirklichen. Es wird jedoch **eingeschränkt**: Wünschen des Hilfeberechtigten soll entsprochen werden, „soweit sie angemessen sind."(§ 3 Abs.2).

Also: die Wünsche werden danach berücksichtigt, ob sie „angemessen sind", ob sie nach der „Besonderheit des Einzelfalles erforderlich" und „andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen".

Die Angemessenheit und die Erforderlichkeit einer Hilfe wird nach der „Besonderheit des Einzelfalles" beurteilt. Auch dies ist ein zentrales Prinzip des BSHG, das INDIVIDUALITÄTSPRINZIP. Positiv formuliert heißt das: man darf nicht alle, die Hilfe benötigen, nach dem gleichen abstrakten Maßstab beurteilen. Man muß sich die besondere Gesamtsituation des Einzelnen ansehen, und danach kann für den einen eine Hilfe adäquat sein, die einem anderen in seiner Situation nichts nützen würde. Der Sozialhilfeträger ist gesetzlich dazu verpflichtet, nach der geeigneten individuellen Hilfeform zu suchen.

In der Realität wird diese Pflicht oft vernachlässigt, weil viele Möglichkeiten von Hilfe eigentlich zwar grundsätzlich denkbar sind, aber erst geschaffen werden müssen, damit der/die Einzelne sie in Anspruch nehmen kann. So haben unabhängige Initiativen nachgewiesen, daß ambulante Hilfen wesentlich mehr umfassen können.[5]

Vielfach kommt es auch zu einer *Umkehr der Beweislast*: das Sozialamt stellt einfach mit der Behauptung, z.B. ein bestimmtes Heim sei der Besonderheit des Einzelfalles angemessen, die Bezahlung einer ambulanten Hilfe ein. Der Einzelne ist gezwungen, den langwierigen Rechtsweg einzuschlagen, ohne in der Zeit bis zur Gerichtsverhandlung die notwendigen Mittel vom Amt zu erhalten, damit er weiter seine ambulante Hilfe zahlen kann.

Das Verfahren im Einzelnen:

Nach den oben genannten Kriterien begutachten SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen des Gesundheitsamtes die Bedürftigkeit des Antragstellers. An Hand dieser Gutachten entscheidet ein Verwaltungsangestellter des Kostenträgers „nach pflichtgemäßem Ermessen" über „Art, Maß und Form der Hilfe".

In der Praxis erfahren die Ambulanten Dienste oft, daß SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen durch ihre institutionelle Einbindung nicht als Unabhängige zum Wohle des Berechtigten beraten und beurteilen, sondern sich in ihrer Tätigkeit an den entstehenden Kosten der Hilfe/Pflege orientieren. Weder Betroffene selbst, noch ihre Vertrauenspersonen (Angehörige, HausärztIn etc.) oder der ambulante Hilfsdienst haben eine ausgewiesene Relevanz in der Beurteilung.

Demgegenüber hat die Aussage von ÄrztInnen ein besonderes Gewicht, weil gesamtgesellschaftlich von Behinderung und Pflegebedürftigkeit als medizinischem Problem ausgegangen wird.

Daß die nicht frei sind von gesellschaftlichen Diskriminierungen zeigt wiederum die Praxis. Viele Ärzte (und SozialarbeiterInnen) können sich nicht vorstellen, daß eine Hilfe/Pflege in größerem Umfang zu Hause erbracht werden kann. Eine Frage, die sich allerdings äußerst selten stellt, solange die Familie (Ehefrauen oder Mütter) die Pflege/Hilfe leisten. Nur wenn ein behinderter Mensch tatsächlich allein und eigenverantwortlich mit Hilfen Zuhause leben will, fehlt es an Phantasie.

„Der Sozialhilfeträger", heißt es weiter in § 3 Abs.2, „braucht Wünschen nicht zu entsprechen, deren Erfüllung mit **unverhältnismäßigen Mehrkosten** verbunden wäre." Der Begriff „unverhältnismäßige Mehrkosten" ist in der Rechtsprechung und -auslegung umstritten. Er bezieht sich auf den Vergleich von unterschiedlichen Hilfen, und deren Kosten! Es werden die Kosten und Leistungen unterschiedlicher Anbieter (mit u.U. unterschiedlicher Qualität) im Verhältnis zur individuellen Lebenssituation des Hilfeabhängigen verglichen. Umstritten ist dabei, ob man denn Äpfel mit Birnen – also die Kosten ambulanter mit denen stationärer Hilfe vergleichen können soll. So zeigt z.B. Prof. Dr. Utz Krahmer, FHS Düsseldorf, daß es sich bei ambulanter und stationärer Hilfe um zwei unterschiedliche Hilfe-Formen handelt, die so nicht vergleichbar sind. Eine Auslegung, der sich auch die Senatsverwaltung in einem Rundschreiben (VII Nr. 10/1990) angeschlossen hat.

Strukturell aufgrund des Verfahrens aber liegt ein billigeres Heim dem Sozialhilfeträger erstmal näher als eine teurere ambulante Versorgung. Bei einer umfangreichen ambulanten Hilfe z.B. können Kosten auf den Sozialhilfeträger zukommen, die ihm einfach zu hoch erscheinen, wenn er sich ansieht, was er für eine Heimunterbringung der betreffenden Person aufwenden muß. Dabei wird allerdings das Heim nur „von außen" betrachtet, es ist für den Kostenträger nicht zu sehen, welche Hilfen für den Pflegesatz tatsächlich individuell erbracht werden. Demgegenüber ist die ambulante Hilfe beim derzeitigen Verfahren viel stärker auch im Einzelnen zu kontrollieren, da jede einzelne Stunde extra beantragt werden muß. Für den Kostenträger ist nur entscheidend, daß die betreffende Person **versorgt** ist, und das *scheint* bei beiden Möglichkeiten gleichermaßen gegeben, daher kann sich der Kostengesichtspunkt aus der Perspektive des Verwaltungsangestellten nur in den Vordergrund der Entscheidung schieben. Also wendet er das Individualitätsprinzip gegen den Einzelnen und stellt fest, daß hier eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre. Für den Einzelen bedeutet es, daß ihm allein auf Grund der Größenordnung seines Hilfebedarfs eine bestimmte Hilfeform versagt wird. Er sieht sich mit einer erzwungenen Heimunterbringung konfrontiert.

1984 wurde der § 3a in das BSHG eingefügt. Er besagt, daß der Träger der Sozialhilfe „darauf hinwirken (soll), daß die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann."

Im Haushaltbegleitgesetz, das den § 3a kommentiert, wird der Sinn dieser Einfügung in zwei Punkte gefaßt:

Zum einen wird ambulante Hilfe als „oft sachgerechter, menschenwürdiger und zudem kostengünstiger" gegenüber der stationären erkannt. Wobei die Kostengünstigkeit bei der Entscheidung für die Einführung des § 3a den Ausschlag gegeben haben wird. Es wurde dabei auf die Erfahrung gebaut, daß ambulante Hilfe im Allgemeinen billiger ist, oder juristisch gesprochen: regelmäßig billiger ist. D.h. aber nicht, daß jede Hilfebedürftige diesen Beweis auch individuell nochmal zu erbringen hat. Denn eine ambulante Hilfe kann auch individuell teurer sein.

Die Hintertür bleibt aber auch hier wiederum offen: „soweit wie möglich".

Der zweite Gesichtpunkt für die Einführung des § 3a ist als Steuerungs**versuch** zu sehen, eine grundsätzliche sozialpolitische Wirkung zu erzielen: „Die bisherige Tendenz zum Ausbau vorrangig des stationären Bereichs birgt im übrigen die Gefahr der „Abschiebung" älterer oder behinderter Menschen aus ihrem Lebenskreis. Die Formulierung (...) trägt dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung und des Ausbaus von ambulanten sozialen Diensten Rechnung." (Haushaltbegleitgesetz) Diese Steuerung hat allerdings nicht funktioniert: der Ausbau von ambulanten Diensten kostet. Und wenn die Möglichkeit erstmal geschaffen ist, produziert sie durch ihre Inanspruchnahme noch zusätzlich Kosten für den Sozialhilfeträger. Keinem regionalen Kostenträger kann daran gelegen sein, zusätzliche Möglichkeiten zu schaffen, statt mit dem Verweis auf das Fehlen dieser Möglichkeiten, die Leute in billigere Heime abzuschieben. Die vom BSHG praktizierte strukturelle Aussonderung, nach der Menschen erst sozial ausgegrenzt sein müssen, um dann zu versuchen, sie individuell zu integrieren, wird von solchen Feststellungen nicht tangiert. Das BSHG verhindert eine gesellschaftliche Problemlösung, und die vereinzelte Form der „Integration", die es vorschreibt, ist in der Praxis nicht viel mehr als eine Kontrolle von Individualität.

Die Pflegeversicherung als Lösung?

Anzunehmen ist ausgehend von bisherigen Erfahrungen, daß auch alle weiteren Versuche, dem Problem Abhilfe zu schaffen, in eine andere Richtung als zu einer angemessenen Absicherung von Hilfe/Pflege führen werden. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, daß selbst eigentlich positive Ansätze wie das **Berliner Pflegegeld** (Berl. Pflegegeld-Gesetz) den zu erwartenden Reformen zum Opfer fallen könnte.

Positiv am Berliner Pflegegeld ist die einkommensunabhängige Leistung und daß die EmpfängerIn über die Verwendung keine Rechenschaft abzulegen braucht. Es soll als Ausgleich der zusätzlichen Aufwendungen, die mit der Pflege-/Hilfeabhängigkeit entstehen, verstanden werden.

Auch beim Pflegegeld wird natürlich begutachtet – und zwar von Amtsärzten – wer welchen Pauschalbetrag des nach Stufen gegliederten Leistungskatalogs zu erhalten hat. Die Kriterien nach denen die Stufe festgelegt wird, stammen aus der Kriegsopfer-Begutachtung, und dabei wird der Wert einzelner verlorener Gliedmaßen und Organe taxiert: ein Bein ab, ein Arm ab, ein Auge weg etc. Eine Theorie, die der Vielfalt von Behinderungen nicht gerecht werden kann, und in der Praxis zu Benachteiligungen führen muß. Die Praxis unterliegt den gleichen gesellschaftlichen Vorurteilen wie bei der Begutachtung nach BSHG: den behinderten Menschen wird erstmal Simulantentum unterstellt.

Das Berliner Pflegegeld reicht bei weitem nicht aus, um die notwendige Pflege zu finanzieren, ist also auch nicht bedarfdeckend. Das Pflegegeld wird den Betroffenen zugesprochen, aber die müssen es auch dazu einsetzen, ihre Pflege/Hilfe durch die Angehörigen oder sonst irgendwie billig zu organisieren.

Das Berliner Pflegegeld-Gesetz ist ein wenn auch ungenügendes Beispiel für ein Leistungsgesetz. Ein **Leistungsgesetz** schafft für die Betroffenen ein **Recht**, bestimmte Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die dagegen jetzt in der Diskussion befindliche **Versicherungs**-„Lösung" bürdet es den Betroffenen auf, dieses Recht erst durch das Einzahlen von Beiträgen zu erwerben. Also nicht die Behinderung, der konkrete Hilfebedarf berechtigt dazu, eine Leistung zu empfangen, der Anspruch darauf muß erst im Zuge der Versicherungsmitgliedschaft erworben werden. In der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung ist das analog: wer Leistungen der Kasse oder Rente beziehen will, muß bestimmte Anwartschaften erfüllen, erstmal muß so-und-so lange eingezahlt werden, bevor ein Anspruch entsteht. Fraglich ist in diesem Zusammenhang auch, ob Erwerbstätigkeit als Voraussetzung gesehen wird – eine Bedingung, die für viele behinderte Menschen schwer zu erfüllen sein wird.[6]

Von der Seite der Betroffenen aus ist natürlich neben den Bedingungen der Leistungsumfang interessant. Durch die Leistungen nach § 55 bis 57 des GRG (siehe Fußnote 2) hat sich die Situation für die meisten Hilfeabhängigen nicht grundlegend verbessert. Vielmehr sind vor allem Leute, die bisher ihre Pflege/Hilfe über's BSHG finanzierten jetzt von den Sozialämtern aufgefordert worden zunächst die vorrangige Versicherungsleistung abzurufen: d.h. v.a. ist neuer Antragsaufwand dazugekommen. Die Sozialämter versuchen sich von Kosten zu entlasten, und die HilfenehmerInnen müssen sich noch zusätzlich mit der Krankenkasse herumschlagen.

Eine Versicherung grenzt also 2-fach aus: Zum einen diejenigen Hilfeabhängigen, die nicht Mitglieder sind oder werden konnten, und zweitens diejenigen Hilfeabhängigen, die mehr als die angebotene Leistung benötigen. Die Krankenkassenleistung von nur 750,– DM monatlich, stellt für diejenigen eine Ausgrenzung dar, die viel mehr Hilfe benötigen, als dafür zu haben ist. Sie sind weiterhin auf Sozialhilfe mit all ihren Mechanismen der Verarmung angewiesen.

Ähnliche Folgen hätte z.B. der SPD-Entwurf zur Pflegeversicherung: auch hier sind die Leistungen zu gering angesetzt, wird primär auf Reaktivierung der Angehörigen gesetzt, statt ihrer wirklichen Entlastung. Die SPD war im übrigen noch 1989 für ein Leistungsgesetz, hielt das allerdings nach den neusten Entwicklungen für nicht mehr durchsetzbar.

Der bislang einzige Versuch, das Problem von Hilfe/Pflege strukturell grundlegend anzugehen, ist mit dem Leistungsgesetz-entwurf der GRÜNEN bereits 1984 eingebracht worden: sowohl die Orientierung am Hilfebedarf und der Selbstbestimmung in der Pflege/hilfe als auch die Perspektive der Auflösung von Heimen überhaupt sind hier für uns richtungsweisend.

Die Bonner Koalition äußert mittlerweile, daß sie sich vom privatrechtlichen Weg abgewandt hätte, sie strebt bis Mitte nächsten Jahres eine ebenfalls versicherungsrechtliche Vorlage an.

Die noch von Baden-Württemberg u.a. Ländern getragene Initiative einer Haftpflicht für Pflege zeigt aber, auf welche Abwege kommt, wer die Kostenneutralität als Oberstes setzt. Haftpflicht bedeutet, daß der/die Betroffene selbst für seine Hilfe/Pflegeabhängigkeit haftet, und dafür Vorsorge zu treffen hat. Die nichtfinanzierbare Pflegebedürftigkeit wird also als Verschulden des Betroffenen gesetzt. Man könnte in diesem Fall keine Ansprüche geltend machen, sondern muß sich im Gegenteil zusätzlich privat haftpflichtversichern, damit bezahlt werden kann, was die Erbringer der Pflege/Hilfe fordern werden.

Daß es auch bei dem von der Koalition zu erwartenden Gesetzentwurf um Kostenreduzierung gehen wird, darf man beim gegenwärtigen Trend voraussetzen. Frage bleibt nur: wird sie wieder wie beim GRG zu Lasten der chronisch Kranken und Behinderten, zu Lasten der Geringverdienenden und Rentner, und zu Lasten der Töchter, Mütter und Ehefrauen gehen?

Unsere Forderungen an ein künftiges Recht zur Pflege/Hilfeabsicherung:

- Bedarfsdeckung
- keine Kostengrenze bei der ambulanten Versorgung sondern angemessene Bezahlung ambulanter Versorgung
- Vorrang der ambulanten Hilfen
- bedarfgerechter Ausbau der ambulanten Hilfsdienste
- kein Einsatz des Einkommens oder Vermögens
- keine zwangsweise Inanspruchnahme von Familienangehörigen
- einklagbare Ansprüche im Sinne von: gesetzliche Definition von Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität als Grundlage der Hilfe im Sinne der HilfenehmerInnen als Subjekt
- Stärkung der Position des Leistungsempfängers bei der Ermittlung des Bedarfs
- Kontrolle der Anbieter durch die Nutzer der ambulanten Versorgung
- Also: problemadäquate Lösung statt Stückwerk

Anmerkungen

1 Vordringliche Feststellung selbst z.B. bei nur vorübergehender Leistung durch die Krankenkasse (hier Kranken-Pflege) ist immer: „Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, *soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen oder versorgen kann.*" §37Abs.3 GRG.

2 Der Urlaub von der Pflege ist für die gebotenen DM 1800,– nicht zu haben, wenn man nicht Unterversorgung in Kauf nehmen will; die Pflege/Hilfe ist bei einer Großzahl von Betroffenen nicht mit 2 Stunden täglich zu erfüllen. Die Angehörige muß erst 12 Monate unentgeltlich gepflegt haben, bevor ein Anspruch auf Urlaub besteht. Die

DM 400,– Geldleistung als Alternative zu der Sachleistung ›Pflege‹ im Wert von DM 750,– p.M. sind der deutlichste Hinweis darauf, daß es um weitere Privatisierung und Unterbezahlung geht. Es ist ansonsten unverständlich, wieso die Angehörigen oder eine privat gesuchte Pflegekraft soviel weniger für die gleiche Hilfeleistung erhalten soll. Zudem sind für die Inanspruchnahme der Leistungen Anwartschaften zu erfüllen, die den Kreis derjenigen, die diese Hilfe bekommen können, weiter einschränken.

3 Nach dem eigenen ist das Einkommen der EhegattIn bzw. des Partners in eheähnlicher Gemeinschaft, das der Kinder und Eltern. Auch die Aktivierung von Nachbarschaftshilfe fällt unter dies Rubrik. Bzgl. Hilfe zur Pflege ist allerdings bei behinderten Erwachsenen eine Heranziehung des Einkommens der Eltern unzulässig, sofern sie nicht im selben Haushalt leben. Daher ist z.B. auch nachzuweisen, daß man sich nicht aus eigenem Verschulden in diese „Notlage" gebracht hat, indem man nicht genügend private Vorsorge getroffen hat.

4 Selbst ein Teil des in Berlin eigentlich „einkommensunabhängig" gewährten „Hilflosen-Pflegegeldes" muß vorrangig eingesetzt werden vor der Sozialhilfe.

5 Bemerkenswert wie deutlich diese Verfahrensweise bei der Anwendung des BSHG für die neuen Bundesländer zum Ausdruck kommt: in den „Maßgaben für die Anwendung des Gesetzes.." heißt es:"Gesetzliche Ansprüche sind (..) nur insoweit zu erfüllen, als die im Einzelfall dafür erforderlichen Dienste und Einrichtungen (..) vorhanden oder sonst mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreichbar sind; (...)"

6 Aber selbst, wenn eine Zwangsmitgliedschaft für die Gesamtbevölkerung eingeführt werden sollte, bedeutet das, daß der Gesetzgeber die Kosten der Versorgung letztlich auf die Bevölkerung abwälzt. Zudem bietet wie gesehen bei der sog. Gesundheitsreform die Versicherungslösung andere Möglichkeiten der Einflußnahme. Das „sozialpartnerschaftlich" besetzteLeitungsgremium einer gesetzlichen Versicherung ist erfahrungsgemäß leicht ein Spielball diverser Interessengruppen, und ist unter dem Deckmantel von Selbstverwaltung und Solidargemeinschaft viel weniger öffentlicher Kritik und Kontrolle ausgesetzt als eine staatliche Behörde.

Alltäglich

Niemand will ins Heim. Hinter diesem Satz steckt schon eine Portion Sachzwang. Es gibt viele Heime. Also müssen sie auch belegt werden. Der Wunsch nicht ins Heim zu wollen, kann dabei, meist mangels einer Alternative, schnell unbeachtlich werden. Daher steckt hinter dem Satz, niemand will ins Heim, auch ein Stück Verdrängung. Wir wissen alle, so toll sind Heime nicht, aber so genau wollen wir es auch gar nicht wissen. Bei der Frage, ob wir Heime überhaupt brauchen, ist ein Blick in Heime unerläßlich. Wer nach Berichten aus Heimen sucht stößt schnell auf unhaltbare Mißstände. Ausgerechnet schwarze Schafe unter den Heimen mit der ambulanten Versorgung zu vergleichen ist weder fair noch besonders aussagekräftig. Daher galt unsere Suche einem Bericht aus einem ganz normalen Heim. So sind wir froh, daß uns der abgedruckte Bericht für diese Broschüre zur Verfügung gestellt wurde. Er spiegelt einen ganz normalen Tag in einem ganz normalen Heim wider.

DORIS G., 45 JAHRE

Es ist schon viertel nach sechs als ich die Schritte auf dem Flur höre. Sie gehören Schwester Gisela. Heute habe ich also Glück. Sie ist eine von den netten Schwestern. Sie betritt mein Zimmer. Der fließende Wasserhahn verkündet das Ende der Nacht. Das spärliche Licht der Lampe über dem Waschbecken und die volle Stimme von Schwester Gisela vermitteln fast Behaglichkeit. Ihre Umsicht habe ich oft bewundert. Ihre Routine beim Waschen und Drehen meines Körpers, lassen mich gleichwohl fühlen, daß dies Arbeit für sie ist. Meine Körperpflege, an der ich früher oft Freude hatte, ist nun Arbeit für andere. Während ich gedreht werde,erzählt sie von den Nachtfrösten, die die Kirschblüte bedrohen. Ich bin einfach froh, daß sie heute da ist.

Manchmal fühle ich mich schon morgens beim Waschen nicht mehr als Mensch, sondern nur noch als „Arbeit" des Pflegepersonals. Hin und wieder steht sogar die Zimmertür beim Waschen weit offen. Dann spüre ich besonders deutlich, daß mir eine Privat- und Intimsphäre nicht mehr zustehen soll. Aber warum nur; ich habe doch nichts verbrochen. Dann denke ich oft, der Tag ist schon gelaufen, bevor er richtig begonnen hat. Doch heute Morgen bin ich zufrieden. Aber ich denke natürlich auch an das Sprichwort: „ Du sollst den Tag nicht vor dem Abend loben." In meinem Leben hat es sich noch nie so oft bestätigt, wie jetzt, wo ich im Heim lebe.

Während mir die Haare gekämmt werden, spüre ich plötzlich Wut in mir. Wut darüber, daß mir die Haare gekämmt werden müssen, weil nicht die Zeit da ist, mich jeden Morgen vor dem Frühstück in den Rollstuhl zu setzen. Am Waschbecken, vorm Spiegel, könnte ich noch einiges selbst tun. Doch dafür ist meist keine Zeit. Dabei würde ich lieber später frühstücken. Was ich möchte, scheint allerdings immer weniger, statt mehr Bedeutung zu bekommen.

Nun bin ich wieder allein in meinem Zimmer und habe noch viel Zeit bis zum Frühstück. Zeit habe ich nun viel, doch wofür. Vor meinem Unfall arbeitete ich als Sekretärin und war oft beruflich unterwegs. Da hatte ich viel zuwenig Zeit für's Theater und meine Freundinnen habe ich auch oft vernachlässigen müssen. Wie oft habe ich mir mehr Zeit für

mich gewünscht. Nun habe ich soviel Zeit. Aber es passiert nichts. Jedenfalls fast nichts, was mit mir zu tun hat. Ich liege im Bett, höre das Ticken meiner Uhr, höre die Schritte und das Klappern auf dem Gang und warte. Ich warte bis das Frühstück kommt.

Ein Stationsgehilfe kommt herein, das Tablett in der Hand. Freundlich wünscht er mir einen guten Morgen und stellt sich vor. Schon wieder ein Neuer! Er müht sich redlich, mich so gut es geht im Bett aufzusetzen. Er schmiert mir das Brötchen und stellt mir den Kaffee zurecht. Schon hetzt er zur Nächsten, die – wie er es ausdrückt – „gefüttert" werden muß. Ich kämpfe verzweifelt mit meiner ersten Brötchenhälfte, habe Angst den Kaffee schon wieder umzustoßen. Im Bett kann ich einfach nicht richtig essen. Zu unsicher sitze ich im Bett. Meine Arme kann ich eben auch nicht uneingeschränkt bewegen. Tetraplegie! – Hätte mich der Querschnitt zwei Wirbel tiefer erwischt, hätte ich mich nicht ins Heim stecken lassen. Dann hätte ich soviel selbst machen können, daß ich in meiner Wohnung, Zuhause, geblieben wäre. Dieses Heim will so recht mein Zuhause nicht werden. Im Sommer, wenn die Rosen im gepflegten Garten blühen, veranlaßt dies meine Besucherinnen schon mal zu der Bermerkung: „Ach Doris, all die Blumen, Du hast es doch schön hier." Mir wird dann schmerzlich bewußt, Zuhause heißt nicht Blumen im Garten oder auf dem Tisch, auch nicht das Bild an der Wand. Zuhause heißt, auch die notwendigen Dinge des täglichen Lebens tun zu können, wann und wie ich es möchte. Für heute Morgen habe ich vom Frühstück genug. Nur weil keine Zeit da ist, mich vor dem Frühstück aus dem Bett zu holen, damit ich am Tisch richtig essen kann, lasse ich mich nicht „füttern"!

Lange steht das Tablett noch vor mir. Eigentlich kann ich schon gar nicht mehr richtig sitzen. Eingezwängt zwischen dem Tablett vor mir und dem Kissen im Rücken, dem Lagerungskissen in der Seite, sitze ich nun im Bett und warte darauf, befreit zu werden. Endlich ist es soweit. Schwester Gisela kommt, räumt das Tablett ab, bettet mich neu und sagt, die Krankengymnastin käme um elf und würde mich aus dem Bett holen. Ich sage nicht, daß ich schon wieder drei Tage nicht aus dem Bett gekommen bin. Die Schwestern können ja wenig dafür, daß nie genug Leute da sind. Die Krankengymnastik besteht hier überwiegend darin, die Leute aus dem Bett zu holen, weil es das Pflegepersonal kaum noch schafft. Heute wird wohl Sabine kommen. Nun warte ich auf die KG. Als Sabine kommt, ist es schon halb zwölf. Die Zeit wird nun wegen des Mittagessens knapp. Das Durchbewegen von Armen und Beinen geschieht voller Hast. Dann zieht sie mich an. In der Eile will sie mir im ersten Moment anziehen, was ihr in den Sinn kommt. Mit den „Alten" macht sie es wohl auch so. Im letzten Moment kann ich sie bremsen. Den blauen Pulli legt sie zurück in den Schrank. Es dauert eine Weile, bis sie die Bluse findet. Schon überlege ich, was noch in Frage käme, falls die Bluse wider Erwarten in der Wäsche sein sollte. Dabei werde ich traurig. Wenn ich daran denke, wieviele Kleider ich verschenkt habe, weil sie zu eng für den Rollstuhl waren. Nun bin ich 45 Jahe alt und habe so wenig Kleidung, die mir so richtig toll gefällt. Ich kann doch nicht wie eine alte Frau durch die Gegend rollen.

Neulich wurde ein Einkaufsbummel organisiert. Mit großer Hoffnung auf ein neues Kleid fuhr ich mit. Einen weichen, fließenden Stoff, mit weitem Schnitt in kräftigen Rottönen stellte ich mir vor. Aber es war eine einzige Katastrophe. Fünfzehn Heimbewohnerinnen wurden von vier Betreuerinnen begleitet. In kleinen Gruppen von drei bis fünf Frauen wurden wir durch zwei Kaufhäuser und drei Bekleidungsgeschäfte geschleust. Da war keine Zeit, in Ruhe etwas auszusuchen, was mir wirklich gefällt. Bevor ich mir dann von meinem „Taschengeld" etwas kaufte, was mir gar nicht richtig gefällt, kam ich am Ende doch ohne etwas Neues vom Bummel zurück. Etwas Neues zum Anziehen, das so richtig

zu mir paßt, ist zu einem richtigen Problem geworden. Es macht mich sehr traurig, nicht einmal die Kleidung richtig zu mögen, die ich mir anziehen lasse.

Nun sitze ich im Rollstuhl. Die Bluse, die Sabine doch noch gefunden hat, gefällt mir immer noch. Das Mittagessen ist in der Zwischenzeit gekommen und ich lasse mich in den Speiseraum fahren. Es sitzen schon einige an den Tischen. Es klappert, wie früher im Schullandheim, genauso hektisch ist es auch. Nur die Stimmung ist nicht so fröhlich und ausgelassen. Schmecken tuts heute auch nicht besonders. Daran habe ich mich schon gewöhnt. Obwohl ich es nie wollte. Nie wollte ich mich damit abfinden. Nun, wo ich es tue, kann ich mich selbst dafür nicht leiden.

Nach dem Essen werden die „Alten" zum Klo oder zum Windeln gebracht. An diesen Anblick konnte ich mich bislang nicht gewöhnen. Schon wieder läuft der Fernseher. Viel lieber würde ich lesen. Heute fällt mir mal wieder das Umblättern so schwer. Wie traumhaft wäre es, wenn mir jemand dabei helfen könnte. Stattdessen das Fernsehen und die Lebensgeschichten, die mir mein Gegenüber und meine Zimmernachbarin dabei schon zum -zigsten Mal erzählen. Wenigstens bleibt mir die „Basteltante" erspart; Beschäftigungs- und Sonstwietherapie. Erst stecken sie einen ins Heim und dann tun sie so, als wollten sie eine Eingliederung erreichen. Dabei geschieht hier doch das genaue Gegenteil.

Für morgen hat mich meine Freundin ins Theater eingeladen. Sie hat schon Karten gekauft und die Hin- und Rückfahrt organisiert. Aber es ist immer noch nicht geklärt, ob ich mitkommen kann. Angeblich wäre es nicht möglich, mir einen Haustürschlüssel auszuhändigen, den ich brauche, weil ich erst nach 22.00 Uhr zurückkomme. Überdies, so heißt es, wäre es der Nachtwache nicht zuzumuten, mich ins Bett zu bringen. Mit ihrem therapeutischen Programm sollen sie mich ruhig in Ruhe lassen. Nun ist Kaffeezeit. Im Fernsehen läuft nun das Kinderprogramm. Lange kann ich mir das nicht mit ansehen. Nach dem Kaffe lasse ich mich in mein Zimmer fahren. Ich lasse mir Feuchtwangers „Erfolg" auf den Tisch legen und versuche es nochmal mit dem Lesen. Die Seiten lassen sich nur mühsam umblättern. So komme ich nur langsam voran. Bis zum Abendbrot schaffe ich nur zehn Seiten. Danach werde ich schon bald ins Bett gebracht. Der Tag ist vorbei. Eine lange Nacht liegt vor mir.

Doch nun wirkt das Abführmittel, das ich wegen meiner Darmlähmung regelmäßig bekomme. Eigentlich sollte es erst morgen früh wirken. Ich klingele. Draußen ist viel Betrieb. Niemand kommt. Es ist schon spät. Ich kann es nicht ertragen, hier so zu liegen und darauf warten zu müssen, wieder sauber gemacht zu werden. Als ich endlich Schritte auf dem Gang höre, die sich meiner Zimmertür nähern, sind schon einige Tränen über meine Wange gerollt. Wenigstens trägt der Pfleger die „Mehrarbeit" mit Fassung. Ich habe einen Tag wie viele andere hinter mir. Bevor ich einschlafe, setzt sich ein Gedanke immer fester in meinen Kopf: „Ich will hier wieder raus!"

Zum Dank verpflichtet – ISB mit Zivildienstlern

In Westdeutschland ist die „Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung" fast völlig vom Einsatz der Zivildienstleistenden (ZDLer, Zivis) abhängig. Was das in der Praxis bedeutet, schildert eine Hilfenehmerin aus ihrer langjährigen Erfahrung.

Ich bin Rollstuhlfahrerin und bei jedem Handgriff auf fremde Hilfe angewiesen.

Ich lebte in F. in Westdeutschland sechs Jahre lang in Abhängigkeit von Zivildienstleistenden. Ich denke, ich bin darum kompetent, zu diesem Thema Stellung zu nehmen.

Ich kam seinerzeit gleich nach dem Abitur nach F., um dort zu studieren.Meine Zivis hatte ich also nicht nur zur Pflege, sondern auch zur Studienbegleitung.

Das Studieren mit ZDLern war eine Katastrophe! Die Zivis schrieben an der Uni je nach ihren eigenen Interessen nur widerwillig mit.

Es war mir peinlich, wenn meine Begleiter regelmäßig in den Vorlesungen einschliefen. Ich kam mit den Zivis permanent zu spät. Das hieß dann, daß wir mit dem Rollstuhl in die überfüllten Hörsäale rollen mußten, um dann doch nirgendwo einen Platz zu finden.

Die Unsicherheit morgens war auch immer quälend: Kommt der Zivi jetzt? Oder wann kommt er denn?

Manchmal kamen sie gar nicht und riefen auch nicht an. Ich mußte dann hinter ihnen hertelefonieren.

Die meisten Zivis empfanden ihre Dienstzeit eh nicht direkt als Arbeitszeit. Sie bekamen ja eigentlich auch nichts für die Arbeit – außer dem bißchen Sold. Und den bekamen sie ja nicht von mir, sondern vom BAZ und der AWO. Also hatte ich nichts zu melden.

Die Zivis merkten auch bald, daß ich außer ein bißchen Bitten und Betteln und ein bißchen Diskutieren nicht viel tun konnte. Ich konnte noch zum Dienststellenleiter gehen und der hätte ein ernstes Wort mit den Jungs reden können... Aber wenn ich den ZDLer „hinter seinem Rücken" beim Dienststellenleiter „angeschwärzt" hatte, bekam ich doch wieder alles vom Zivi zurück.

Der Zivi hielt mir dann eine Standpauke, wieso ich ihn „verpetzt" hätte. Oder ich merkte es daran, daß der Zivi den ganzen Tag mit einer Fleppe herumlief und mich seiner Laune gemäß versorgte. Meine Arbeitsanweisungen mußte ich dazu noch die ganze Zeit rechtfertigen, weil die Zivis nicht verstanden, warum ich das so und jenes anders gemacht haben wollte.

Wenn sie zu etwas gar kein Lust hatten, waren sie genervt und wiesen mich darauf hin, was sie schon alles für mich getan hätten und beschwerten sich, daß ich immer noch Sonderwünsche hätte. Wirklich anstrengend waren dagegen die Sonderwünsche, die die ZDLer an mich richteten. So gab es Zivis, die bewußt aus Glaubensgründen verweigert hatten. Sie erwarteten von mir als behinderten Frau eine besondere Aufgeschlossenheit für Gespräche über philosophische Fragen und Gott. Ich empfand das leider meistens als sehr unangenehm, weil ich das Gefühl hatte, ich sollte missioniert werden.

Andere Zivis brachten am Morgen Karten- und Gesellschaftsspiele mit. Sie hatten einfach nicht kapiert, daß Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung Wohnung putzen, Kochen, Abwaschen, Mich-duschen, Mir-den-Hintern-abwischen heißt und nicht so sehr Mensch-ärgere-dich-nicht-spielen.

Was die Haushaltsführung angeht, wurde ich eigentlich nicht betreut, sondern ich mußte laufend Schnellkurse in Hauswirtschaftslehre geben. Da die Zivis auch mein Auto fahren mußten, war ich regelmäßig gezwungen, Verkehrsanfängern mein Auto und mein Leben anzuvertrauen.

Abends wollten sie immer mit mir weggehen. Nach einem Uni-Tag war ich aber viel zu schlapp, um noch etwas zu unternehmen. Ich war da nur froh, wenn ich liegen konnte, weil ich oft starke Rückenschmerzen bekomme, wenn ich lange im Rollstuhl sitze. Die Zivis waren dann enttäuscht. Es war da auch so eine Erwartungshaltung bei ihnen da: Wenn sie schon so viele harte Arbeit für mich tun mußten, dann sollte ich aus Dank wenigstens auch mein Privatleben mit ihnen teilen und ihnen meine Freundschaft schenken. Freundschaft und vollstes Vertrauen setzten sie immer irgendwie voraus. Dabei waren sie mir doch nur rein zufällig zugeteilt worden. Ich muß doch einen Menschen erst kennenlernen, bevor ich ihm meine Freundschaft anbiete.

Die Probleme kamen aber nicht nur daher, daß die Zivis junge unerfahrene Männer waren und daß häufig keine Vertrauensbasis für ein Arbeiten da war. Auch die Schichteinteilung trug dazu bei, daß der Dienst für beide zur Qual wurde. Von einer vierzig-Stunden-Woche wurde zunächst ausgegangen. Gearbeitet hat ein Zivi aber zwölf Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche – also vierundachzig Stunden in der Woche! Dann kam ein Freiwoche für ihn, in der ein anderer ZDLer arbeitete. Die Zivis liebten diese Schichteinteilung, weil sie so jede zweite Woche frei hatten.

Ich haßte sie, weil der Zivi und ich uns nach spätestens drei Tagen unglaublich auf die Nerven gingen.

Dabei hatten die Zivis den Vorteil, daß sie sich nach einer Arbeitswoche von mir erholen konnten, während ich dem nächsten Zivi vierundachzig Stunden ausgeliefert war. Ich hatte nie Urlaub von den Zivis.

Natürlich: Keiner von den Zivis war ein Monster! Die Nerverei, die sich einstellte, war aber unabhängig von der Person. In diesem System, bei diesen Arbeitsschichten war sie in jedem Fall vorprogrammiert. Aber über die Diensteinteilung entschied der Dienststellenleiter. Ich stieß bei ihm auf taube Ohren, wenn ich mit meinen Änderungswünschen für die Schichteinteilung zu ihm kam.

Die Zivis hatten bei Dienstbeginn noch keinen Lehrgang. Das heißt: kaum einer hatte schon mal zuvor einen Rollstuhl aus der Nähe gesehen. Sie hatten keine Ahnung, wie sie die Seitenteile oder Fußstützen des Rollstuhles befestigen oder einen Bordstein überwinden sollten.

Den meisten Zivis fehlte auch schlicht und einfach die notwendige Sensibilität und das Einfühlungsvermögen für diese Arbeit. Und doch war ich als behinderte Frau bis in die intimsten Bereiche völlig von den Männern abhängig – bei den Toilettengängen und beim Duschen ebenso wie bei der Monatshygiene. Seit ich letztes Jahr nach Berlin umziehen konnte, arbeiten bei mir nur noch Frauen.

Die Zivildienstproblematik aus der Sicht Anderer

Der Verein zur „Förderung der Integration Behinderter e.V." (Vib, Marburg) schreibt in seiner „Dokumentation" (März 1989) zur Zivildienstproblematik: „Aufgrund der gegenwärtigen Anerkennungs- und Einberufungspraxis sind ZDL in der Regel sehr jung und verfügen über entsprechend wenig Berufs- und Lebenserfahrung. Gerade die Einzelbetreuung setzt aber ein hohes Maß an entwickelter Sensibilität für die Lebenssituation behinderter Menschen voraus, das oft nicht gegeben ist und auch durch entsprechende Anleitung kaum ersetzt werden kann."

U.Frehse vom „Verbund behinderter ArbeitgeberInnen e.V." in München faßt die Probleme, die sich aus dem Einsatz von ZDLern in der ISB ergeben, wie folgt zusammen: „Dabei ist zu bedenken, daß hier Helfer zum Einsatz kommen, die diese Arbeit nicht aus freien Stücken, sondern als geringeres Übel gewählt haben. Bei Arbeitskräften, die unterbezahlt werden wie ZDLer, dürften auch oft Erwartungen an Belohnung anderer Art mitspielen, z.B. ein Anspruch auf Dankbarkeit oder die Vorstellung, sein pädagogisches Talent beweisen und einen behinderten Menschen auf Vordermann bringen zu können. Ähnlich wie bei ehrenamtlich tätigen Helfern bieten solche Motive keine gesunde Grundlage für eine gute Arbeit. Es versteht sich von selbst, daß ich jemanden, dem ich einen angemessenen Lohn bezahle, eher Qualität und Respekt abverlangen kann, als von jemanden, dem ich mich zu Dankbarkeit verpflichtet fühlen muß."

ISB mit ZDLern

Die Ausführung ambulanter Versorgung ist als wesentlichste Voraussetzung für ein selbstbestimmten Leben behinderter Menschen anzusehen.

In der Vergangenheit wurden jedoch ambulante Versorgungsmodelle aufgebaut, die sich in ihren Stukturen und Auswirkungen auf die Hilfeabhängigen häufig nur wenig von Pflegeheimen unterscheiden. Behinderte Menschen können zwar in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, aber die Versorgungsstrukturen erinnern an die aussondernden und entmündigenden Bedingungen, wie wir sie in Heimen vorfinden. Als Beispiel hierfür muß auch die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung durch Zivildienstleistende gesehen werden.

Anfänglich wurde die ISB durch ZDLer in den 70er Jahren von der Behindertenbewegung selbst als Erfolg bewertet. Denn das System ermöglichte hilfeabhängigen behinderten Menschen erstmals ein eigenständiges Leben außerhalb ihrer Familie oder Heimen. Aber die Nachteile des Systems wurden in der Praxis sichtbar.

Innerhalb des Organisationssystems der ISB besitzen die behinderten Menschen kein Mitspracherecht. Nicht sie bestimmen wer, wann, wieviel bei ihnen arbeitet, sondern sie sind ohnmächtige Bittsteller gegnüber ZDLern und Einsatzleitern. Sie können mit ihren HelferInnen nicht partnerschaftlich arbeiten, denn sie sind in eine Angestelltenhierarchie eingebunden. Es gelten die Regeln des BAZ und der Trägerorganisation, über die die Hilfeabhängigen keine Kontrolle haben. Als letztes Glied einer Arbeitshierarchie können die Hilfeabhängigen kein selbstbestimmtes Leben für sich verwirklichen.

Das ZDL-System birgt Widersprüche in sich selbst. Hier sollen junge Männer, die gezwungen werden, einen Dienst zu tun, freiwillige aufopfernde Fürsorge leisten.

Völlig unzureichend auf den Dienst vorbereitet werden sie von diesem überfordert. Die Leidtragenden sind letzlich aber die behinderten Menschen. Die Hilfeabhängigen nämlich müssen einen großen Teil ihrer Lebens- und Arbeitszeit dafür investieren, um die sich aus dem System ergebenden Probleme aufzufangen.

Ein weiterer gefährlicher Aspekt des Zivi-System ergibt sich aus der Koppelung des Zivildienstes an die Dauer und Konditionen des Wehrdienstes.

Damit macht der massive Einsatz von Zivildienstleistenden im sozialen Bereich die gesamte pflegerische Betreuung Westdeutschlands von politischen Entscheidungen abhängig, die außerhalb der Sozialpolitik liegen.

Die Folgen der Zivildienstverkürzung für den sogenannten Pflegenotstand in Westdeutschland sind gemeinhin bekannt. Es offenbart sich nun, was von offizieller Seite immer verneint wurde: Nur der Theorie nach sind die Zivildienstleistenden „zusätzliche Hilfskräfte", die ein bereits ausreichendes Personal verstärken. In der Realität be- und ersetzen sie Arbeitsplätze, die sonst regulär zu schaffen wären. Nur darum kann das plötzliche Fehlen von ZDLern nun so schlimme Folgen haben.

Darüber hinaus verdecken Zivildienstleistende nicht nur die tatsächliche Dimension des Pflegenotstandes, sondern verursachen ihn mit.

„Der Einsatz von Zivildienstleistenden hat die Kostenträger... dazu verführt, die Stellenschlüssel in den sozialen Institutionen künstlich eng zu halten, wobei der offensichtliche Mangel in der Personalausstattung durch den Einsatz der Zivis verhüllt wurde." (Zitiert aus einem Papier der Wohlfahrtsverbände NRW; gefunden im SPIEGEL, Nr. 37/ 44. Jahrgang, S. 31)

ZDLer als billige Arbeitskräfte drücken das Lohnniveau im ganzen Pflegesektor, und Pflegeberufe werden in Deutschland immer unattraktiver.

„Wegen der unzumutbaren Arbeitsbedingungen... wandern die mit hohem Kostenaufwand ausgebildeten Schwestern im Schnitt nach vier Jahren in besser bezahlte Berufe ab...

Nur 2,2 Prozent der erwerbstätigen Bundesbürger üben einen medizinischen oder pflegerischen Beruf aus. In Norwegen beispielsweise ist jeder zehnte Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt.

Oder: Nur 46,1 Schwestern und Pfleger stehen in der Bundesrepublik für 10 000 Bürger zur Verfügung, während es in der Schweiz 65,7, in Schweden sogar 92,4 sind – obwohl der Krankenstand in Westdeutschland nicht niedriger ist als in anderen Ländern." (SPIEGEL, Nr. 37/ 44. Jahrgang, S. 35)

Die Verkürzung des Zivildienstes trifft nun wieder die am härtesten, die am stärksten von ihm abhängen. Besonders prekär ist die Situation in der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung.

Von offizieller Seite wurde nicht über eine Alternative zum Zivildienst nachgedacht.

Fragt man/frau nach den Gründen hierfür, kann die Antwort nur lauten: Die Kosten waren allein entscheidend! Der Einsatz der Zivildienstleistenden konkurrenzlos kostengünstig.

Schon heute sehen sich manche Zivildienststellen in Westdeutschland dazu gezwungen, ZDLer über ihre Dienstzeit hinaus als marktgerecht bezahlte Honorarkräfte für sich arbeiten zu lassen. Zum Teil werden ZDLer aus den fünf neuen Bundesländern nach Westdeutschland einberufen, um die Pflegeversorgung überhaupt aufrechterhalten zu können. Beide Möglichkeiten können nur als Übergangslösung gewertet werden. Der Pflegenotstand wird in den nächsten Jahren besser durchdachte Modelle unverzichtbar machen. Es

ist an der Zeit, daß bei dieser Umstrukturierung auch die betroffenen Personenkreise gehört werden. In diesem Sinne fordern zum Beispiel die „Zentren für ein selbstbestimmtes Leben" und mit ihnen viele andere Behindertenorganisationen schon seit Jahren:

- Ein Mitbestimmungsrecht der behinderten Menschen in allen ihren Angelegenheiten als Experten in eigener Sache.
- Ein flächendeckendes und umfangreiches Serviceangebot von Beratungsstellen,ambulanten Diensten und Mobilitätsdiensten. Und
- Ein Gesetz, welches das Recht auf persönliche Assistenz einführt und eine entsprechende Finanzierung regelt. (Zitiert nach T.Reinarz: Vortrag beim Kongress „Selbstbestimmt Leben", 28.10.89, Düsseldorf)

Sozialpolitik und Gesundheitsökonomie

Im Kapitel „Hilfeabhängige zwischen Familie, Unterversorgung und zwangsläufiger Verarmung„ wurde ausgeführt, daß die Mehrzahl der Kunden der Ambulanten Dienste nicht in der Lage ist, sich die Hilfe vom eigenen Geld zu kaufen, und daß auch die Krankenkassen Hauspflege nur in ganz bestimmten Situationen bezahlen, so daß die meisten Hilfeabhängigen gezwungen sind, sich die Hilfe vom Sozialamt finanzieren zu lassen.

Allein die Tatsache, daß eine so lebensnotwendige Leistung gekauft werden muß, ist bemerkenswert. Mehr jedoch nicht: Es ist eine unzulässige Überinterpretation der Rede vom Sozialstaat, anzunehmen, nur weil etwas lebensnotwendig und/oder zur Wahrnehmung eines Menschesrechtes unabdingbar ist, müsse es dieser unser Staat auch unterstützen. Vor allem wenn unterstützen bezahlen meint. Dieser Staat muß jede Ausgabe einer Kosten/Nutzen – Rechnung unterziehen. Das bedeutet für unseren Bereich, daß er letztlich von gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten bestimmt wird. Gesundheitsökonomie heißt in der Konsequenz, was kostet die Erhaltung eines Menschen und was springt dabei heraus – sagen wir für's Bruttosozialprodukt. Oder anders: ist das Leben dieses Menschen erhaltenswert? In der Tat ist die Gesundheitsökonomie der wichtigste Bezugsrahmen für den Begründungszusammenhang der Euthanasiebefürworter, die, sicher nicht zufällig, gerade in jüngster Zeit wieder in erschreckendem Ausmaß zu Wort kommen. Um nicht mißverstanden zu werden: wir werfen keinenfalls jedem Beamten der Abteilung Gesundheit und Soziales, der sparsam mit öffentlichen Geldern umgeht, bösen Willen vor. Ebenso selbstverständlich sind das Wohlergehen behinderter Menschen und das Bestreben, es kostengünstig zu gewährleisten längst nicht immer widerstrebende Interessen. Und dennoch: unter der dünnen Decke des Sozialstaates besteht ein unauflösbarer Widerspruch zwischen Profitinteresse und Menschenrecht. Die Rezession wird ihn zutage fördern.

Da nun Menschen, die Hauspflege benötigen, eher eine schlechte Investition darstellen, erklärt sich leicht, warum das Sozialhilferecht inkraft tritt, wenn jemand nicht in der Lage ist, seine Hilfe aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Schon je ist es ein Hauptmerkmal der Armenfürsorge (dessen jüngste Gestalt das Sozialrecht ist) gewesen, den Armen nicht mehr als unbedingt zum Leben notwendig zu geben, und erst recht nicht mehr als durch Lohnarbeit zu verdienen ist. Auch ist es nie leicht gewesen, an die Unterstützung heranzukommen. Stets waren – wie auch heute noch – viele Gänge erforderlich, um das kaum zum Leben hinreichende an Almosen zu ergattern. Viele Gänge und viele Demütigungen. Die Armen sollen zur Arbeit angehalten werden, die Lohnarbeit muß relativ immer etwas erstrebenswertes an sich haben: die Sozialhilfe ist nicht an den Bedürfnissen der Menschen orientiert, sondern am zur Zeit niedrigstmöglichen Einkommen. Darin, wie sich jeder Sozialhilfeempfänger (und also auch die überwiegende Mehrheit der behinderten Menschen – nicht nur der Hilfegeabhängigen!) für das noch so wenige abstrampeln muß, spiegelt sich auch die grundlegene Annahme, jeder trage für seine Lage selbst die Verantwortung – und das heißt für den Fall der Notlage: die Schuld. Hieraus erklärt sich auch das dem einzelnen entgegen gebrachte Mißtrauen. Es bedarf oft genug eines wahren Spießrutenlaufes durch die Instanzen von Sozialarbeitern, Amtsärzten und Sachbearbeitern, um die notwendigen Pflegestunden endlich bewilligt zu bekommen, wenn die Bemühung nicht sogar vergebens war. Es gibt kaum jemanden, dem dieser Staat so unverhohlen den Mißbrauch staatlicher Gelder unterstellt, wie einem Hilfeabhängigen, der sich von seinem Pflegegeld Hauspflege

kaufen möchte. Geradezu grotesk erscheint dieses Mißtrauen in anbetracht der Unfähigkeit aller Leistungsträger, auch nur ansatzweise die Verwendung für Heimpflege gezahlter Gelder zu überwachen.

Wir haben erklärt, warum die behinderten Menschen und erst recht die Hilfeabhängigen von Almosen abhängig waren, warum sie durch ihre schwache Rechtsposition immer noch am ehesten in die Nähe von kriminellen und anderen der Gesellschaft eher wenig zuträglichen Elementen gerückt werden. Daraus folgt nun leicht, daß die Gesellschaft dazu neigt, sie gleich den Irren und den Alten wegzuschließen, sie an den Rand der Stadt, also der Gemeinschaft zu verbannen.

Gut 95% der Hilfeabhängigen werden immer noch zuhause von Familienangehörigen gepflegt, d.h. von Müttern, Töchtern, Ehefrauen usw. Das Aufopfern ist traditionell zumeist Frauensache. Ehrensache, daß die Pflege ehrenhalber geleistet wird. Es gibt keine Statistik darüber, wieviele Familien an solch einer Situation zerbrochen sind. Die restlichen 5% sind zum überwiegenden Teil in Heimen untergebracht. Die Gründung der ambulanten Dienste hat daran nur wenig geändert; sie betreuen nur einen verschwindend geringen Prozentsatz, was auch das Gewicht ihrer Stimme bestimmt. Darüber, daßPflegeheime nun die schlechteste aller Möglichkeiten sind, kann es keinen Streit geben. Das Pflegeheim bedeutet den Verlust der Freiheit, da der Insasse in einen fabrikartigen Tagesablauf eingespannt wird. Es bedeutet das Ende der Sexualität, es bedeutet auf jeden Fall den sozialen Tod und – tatsächlich – oft genug den physischen. Die Pflegeheime mit ihrer ökonomisch sicher optimalen Organisation sind sowohl für die Insassen als auch für die hoffnungslos überlasteten und unterbezahlten Schwestern und Pfleger die Hölle1). Ein Heimplatz ist auch deswegen – statistisch – oft billiger als eine Hauspflege, weil die noch zu erwartende Lebensdauer im Heim – statistisch – deutlich niedriger ist als die in Freiheit: „Die Verlegung ins Heim ist potentieller Mord."[2]

Für die Betreiber sind Heime jedoch ein hervorragendes Geschäft. Im Heim dominiert die Optimierung der Interessen des Betreibers die Ausgestaltung aller Beziehungen: Aus Personalmangel getätigte Investitionen zur Steigerung der Produktivität haben die gleichen Effekte wie Rationalisierungen in der Industrie. Sie führen zur „Freisetzung" von lebendiger Arbeit und verschärfen somit das Problem, anstatt es zu lösen. Weil nicht genügend Personal vorhanden war, gab es in den 50er und 60er Jahren festgesetzte Zeiten am Tag, sogenannte Schieberzeiten, zu denen es erlaubt war, seine Notdurft zu verrichten. Ende der 60er Jahre bürgerte es sich ein, die Hilfebedürftigen zu windeln. Gegenwärtig sind Katheter oder Urinal im Gebrauch. Für die nahe Zukunft ist an den Einsatz von Robotern gedacht, die durch die Pflegestationen fahren und Zimmer für Zimmer die vollen gegen leere Urinbeutel wechseln. Prototypen sind im Einsatz.

Für jene, die den Bereich der Behinderten- und Altenhilfe bewirtschaften, hat sich das Geschäft bisher gelohnt. Für sie fand ein Wirtschaftswunder statt. Mittlerweile gehört die Wohlfahrtstätigkeit zu den stärksten Wirtschaftszweigen und weist mit die höchsten Wachstumsraten auf. Die 5 Spitzenverbände der freien Wohlfahrt haben den Markt unter sich in Einflußsphären aufgeteilt. Ihre Dominanz wird aber nicht mehr unwidersprochen hingenommen. Konkurrenz erwächst mit dem Aufkommen und der Ausbreitung ambulanter Betreuungsformen von Seiten privater Anbieter und neuerdings auch von niedergelassenen Ärzten. Letztere sehen in der häuslichen Krankenpflege eine sinnvolle Ausweitung ihres Aufgabengebietes, die ihnen auch zukünftig ihr gewohntes Einkommensniveau sichern soll. Die sich vollziehende Konkurrenz fördert nicht bessere Hilfeleistungen zu

Tage, sondern eine Flut von Vorschriften, die alle nur dem Ziel dienen, die widerstreitenden Interessen gegeneinander abzugrenzen. Die Ganzheitlichkeit menschlichen Lebens geht verloren. Die Hilfe wird in differenzierte Verrichtungen zerlegt, die, als höhere oder niedere Tätigkeiten eingestuft, unterschiedlich bezahlt werden. Die Art und Weise der staatlichen Kostenerstattung begünstigt im hohen Maße eine derartige Entwicklung. Sie stimuliert keine Orientierung auf die wirklichen Bedürfnisse behinderter Menschen. Bezahlt werden nicht tatsächlich für sie erbrachte Leistungen, sondern der Anbieter von Hilfe und Einrichtungen erhält seine Bereitschaft und Fähigkeit honoriert, die Bahn der Tüchtigen von Minderwertigem frei zu halten. Schließlich hat die Größe eines Verbandes keinen geringen Einfluß auf die Höhe eines Honorars, genau wie die Nähe zu Kirchen und Parteien. So werden beispielsweise in Berlin die Zuwendungen des Senats nach einem Anteilschlüssel, der schon seit Jahrzehnten unverändert feststeht, an die Spitzenverbände der freien Wohlfahrt verteilt.

Gegen ökonomische und soziale Zusammenhänge helfen keine moralischen Appelle. Es ist nicht das schlechte Gewissen, das zur Entdeckung der Notstände führt. Es sind die Folgen der praktizierten Politik. Sie werden unkalkulierbar. Macht man weiter so, wie bisher, dann werden in naher Zukunft 40% der Berliner Bevölkerung kaserniert in Alten- und Pflegeheimen leben, nur weil sie aus Altersgründen Hilfe im Alltag brauchen.

Was die Ambulanten Dienste dem Skandal entgegenzusetzen hatten, war der Aufbau ambulanter Dienste im Jahre 81. Der Versuch, behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben, frei von Bevormundung zu ermöglichen. Die Kundinnen sollen selbst entscheiden können, wer ihnen wie und in welchem Umfang hilft. Um dieses Ziel zu erreichen und nicht gleich am Widerstand der sozialpolitischen Realität zu scheitern, weil das Projekt selbst als politische Arbeit begriffen wurde und weil es nicht anders gegangen wäre, haben die Mitarbeiter in den ersten Jahren enorm zugebuttert. Die Stundensätze waren lächerlich niedrig, die Helfer und Helferinnen konnten von der Arbeit bei den Ambulanten Diensten allein nicht leben, die Arbeit im Büro und in der Ausbildungsgruppe war unbezahlt. Und – die Ambulanten Dienste hatten Erfolg. Das BSHG bekam den § 3a und wir die silberne Ehrennadel von Ulf Fink. Letzteres hat dem Verein zwar nicht gefallen, aber es wurde deshalb noch nicht als Warnung verstanden, man glaubte damals noch an ein Mißverständnis. Es war keines. Die Ambulanten Dienste waren eine Alternative zum Heim weil und solange sie billiger waren.

Indem die Ambulanten Dienste sich in Bescheidenheit geübt haben, haben sie nicht nur kurzfristig eine defensive Position bezogen, sondern langfristig anti-emanzipatorischen Tendenzen zugearbeitet, indem sie sich von einer neokonservativen Sozialpolitik für deren Prinzip der Subsidiarität vereinnahmen lassen haben.

Die Frage ist, inwieweit sie sich überhaupt auf das Kostenargument einlassen sollen. Solange es ambulante Hilfsdienste gibt, gibt es auch den Versuch zu beweisen, daß sie volkswirtschaftlich betrachtet günstiger kommen als Heime. Sie schüfen mehr Arbeitsplätze als Heime dies täten, sorgten also für ein höheres Aufkommen an Steuern, Sozialabgaben usw., außerdem dafür daß ein paar Arbeitslose mehr von der Straße kämen. Schließlich sei auch der behinderte Mensch bei sich zuhause ein besserer Konsument und Ankurbler der Wirtschaft als im Heim. Leider haben sich die zuständigen staatlichen Stellen diesen Gedanken nie angeschlossen und es ist unwahrscheinlich, daß sie es so bald tun werden. Aus ihnen würde nämlich folgen, daß ambulante Dienste umso besser sind, je mehr die Helfer dort verdienen, also je teuerer sie sind. Stattdessen wurde die volkswirtschaftliche Argu-

mentation von staatlicher Seite im Gegenteil als fließender Übergang zur betriebswirtschaftlichen genutzt. Und betriebswirtschaftlich sind die Ambulanten Dienste natürlich hoffnungslos unterlegen, da bei ihnen die Lebensbedingungen sowohl der Hilfenehmer als auch der Helfer nicht zur Manövriermasse gehören.

Die Ambulanten Dienste gehören zu den wenigen, denen es überhaupt möglich ist, die Organisation umfangreicher Hilfe zu gewährleisten. Die Alternative für die Hilfeabhängigen besteht darin, sich die Pflege entweder selbst zu organisieren, dementsprechend auch die Verhandlungen mit den Bezirksämtern über die Finanzierung selbst zu führen, oder sich wieder in die Obhut der Familie zu begeben: der beständigen Erfahrung, aneinander gekettet zu sein, nie wirklich selbstständig zu werden.

Bisher waren die ambulanten Dienste die einzigen, die diese Arbeit leisten konnten: weil sie die einzigen waren, die zu so schlechten Bedingungen arbeiten wollten: wenn es ein Geschäft gewesen wäre, hätten die Verbände sich diesen Sektor schon längst einverleibt. Die Bedingungen der Ambulanten Dienste (Selbstbestimmungsrecht der behinderten Menschen) waren für die Leistungsträger zufällig. Was sich beweisen wird, wenn Zivildienstleistende in dem Bereich eingesetzt werden. Was geschieht, wenn die Leistungsträger ihre Tagespauschalen und Höchstgrenzen festlegen? Die Hilfenehmer haben die Möglichkeit, sich entweder billigere Hauspflege zu suchen – wozu die meisten aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, oder sich um einen Heimplatz zu kümmern – Heime haben Wartezeiten von drei bis fünf Jahren, wobei gilt: je aufwendiger die Pflege, desto länger die Wartezeit. (Ein Heim ist beispielsweise auch nur in der Lage, einen bestimmten Teil von umfangreicher hilfeabhängiger Menschen aufzunehmen, da seine Kalkulation einen bestimmten Durchschnitt an Pflegeaufwand pro Insasse fordert.)

Deutlich: wenn die ambulanten Dienste nicht unter Preis arbeiten, können die Hilfeabhängigen sehen, wo sie bleiben. Beide werden gegeneinander ausgespielt. Genau jetzt, wo das Lebensnotwendige Luxus wird, zeigt wie sehr der Hauspflegeverein „Ambulante Dienste" tatsächlich ein politisches Projekt ist. Gerade jetzt wo die Zeiten härter werden, dürfen wir nicht zurückstecken, weil die behinderten Menschen nicht noch weiter zurückstecken können.

Dieser Konflikt: daß angemessene soziale Absicherung für Helfer nur durch Festanstellung möglich ist, was natürlich zu Lasten der Wahlfreiheit der Hilfenehmer ginge (indem Festangestellte ein Recht auf Arbeit hätten, die Hilfenehmer aber keins auf freie Wahl ihrer Helfer), dieser Konflikt zwischen Helfern und Hilfenehmern, entsteht nicht aus der Arbeit, sondern allein aus der völlig unzureichenden rechtlichen Situation. Es ist eine Forderung an den Gesetzgeber, den Helfern einen Status zuzuerkennen, der ihnen eine soziale Absicherung ermöglicht, ohne das Selbstbestimmungsrecht der Hilfenehmer zu gefährden. Denn in der Tat: weder sind die Helfer selbstständig tätig, noch sind sie angestellt, bzw. anzustellen: die besondere körperliche wie emotionale Nähe zu den Hilfenehmern, die sich zwangsläufig aus ihrer Arbeit ergibt, macht einen besonderen arbeitsrechtlichen Status notwendig.

Subjektive Kriterien müssen in diesem besonderen Fall ausschlaggebend sowohl für den Beginn eines Arbeitsverhältnis als auch für dessen Beendigung sein können.

Wir fordern erstens einen arbeitsrechtlichen Sonderstatus für unsere HelferInnen und zweitens vertraglich festgelegte Stundensätze, die sich an unseren Bedürfnissen: denen der HilfenehmerInnen orientieren. Und:

- Geld für Hilfe in die Hände der HilfenehmerInnen!
- Einheitliches Pflegegeld nach dem Gesetzentwurf der GRÜNEN!
- Abschaffung der Heime!

Anmerkungen

1 Wir verweisen auf einige der unzähligen Veröffentlichungen über die Zustände in Heimen: Krüppeltribunal, Köln 1985 Goeckenjahn/Kondratowitz (Hrsg.): Alter und Alltag, Ffm. 1988 Spiegel Nr. 41/1988, S. 104ff.

2 Spiegel, ebd.

Geld in die Hände der Betroffenen

Eine wesentliche Konsequenz der Forderung nach einem selbstbestimmten Leben behinderter Menschen ist, daß Hilfe nicht eine mildtätige Gabe ist, die einen zu Dank verpflichtet, sondern als notwendige Bedingung anerkannt wird. Eine angemessene Bezahlung der HelferInnen ist hierfür die Voraussetzung.

Aber noch in einem anderen Sinne spielt die Bezahlung von Hilfe für uns eine wichtige Rolle: Hilfeabhängigkeit bedeutet in dieser Gesellschaft zugleich, daß man von Kostenträgern und Leistungsanbietern abhängig ist. Außerdem ist die Abhängigkeit von Angehörigen nach seiner derzeitigen Lage (und wahrscheinlich auch in Zukunft) vom Gesetz festgeschrieben (vgl. Text über BSHG).

Zwar läßt sich weder die Vormachtstellung der Verbände noch die individuelle Ausgeliefertheit der behinderten Menschen dadurch abschaffen, daß sie über das Geld für ihre Hilfe selbst verfügen können – dafür sind die Strukturen zu verfestigt und zu funktional unter den gegebenen Verhältnissen; aber es besteht doch ein enger Zusammenhang zwischen der selbstbewußten Inanspruchnahme von Hilfe und der eigenen Verantwortung für die dazu notwendigen Mittel. Sofern man als Hilfeabhängiger in der Lage ist, seine Hilfe selbst zu bezahlen, wird man einen weitaus größeren Einfluß auf die Gestaltung der Hilfe haben. Man kann u.U. deutlicher eigene Bedürfnisse anmelden, ist konfliktfreudiger, lebt klarer in dem Bewußtsein, auch der eigenen Verantwortung für die eigene Lebenssituation. So ist unserer Erfahrung nach die Gestaltung der Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfenehmern nicht unwesentlich von dem Faktor abhängig, ob es für die Hilfenehmer möglich ist, die HelferInnen selbst auszuzahlen. Die Ambulanten Dienste streben die Umkehrung der bestehenden Verhältnisse an: nämlich die Kontrolle durch die Nutzer/Konsumenten der Dienste. Das schließt neben der möglichst weitgehenden demokratischen Kontrolle auch ein, daß der Bewußtseinsprozeß auf jedweder Ebene unterstützt wird, daß die HilfenehmerInnen die Hilfe nach **ihren** Bedürfnissen, **ihrem** Bedarf in Anspruch nehmen. D.h. auch, daß die Ambulanten Dienste HilfenehmerInnen dabei unterstützen, selbst die Finanz- und Personalkompetenz zu übernehmen. Dies aber wiederum nicht als Zwang, alle Belange selbst organisieren zu müssen, sondern als Möglichkeit, durch umfassendere Kenntnisse selbstbewußter zu agieren.

Bei der derzeitigen, einzig über BSHG möglichen Finanzierung von Hilfe für einen Großteil von Hilfeabhängigen, ist man aber auch hier in seinen Möglichkeiten erheblich eingeschränkt.

Das BSHG läßt zwar dem Sozialamt die Möglichkeit offen, ob es die Hilfe als Geld- oder Sachleistung gewährt, aber auch hier wird mit zwei Maßen gemessen. Geldleistung hieße, dem behinderten Menschen wird das Geld selbst ausgezahlt, damit er seine Hilfe selbst bezahlen kann. Sachleistung, daß er die Helfer gestellt bekommt (für eine bestimmte Zeit), daß das Amt aber mit den Helfern oder mit der Organisation, die die Helfer stellt, abrechnen würde.

Mit einer Organisation abzurechnen, stellt für das Amt den Normalfall dar. Hier ist für das Amt die notwendige Kontrolle gegeben, daß die Gelder zweckbestimmt ausgegeben werden. Dem behinderten Menschen das Geld selbst in die Hände zu geben, ist mit dem Ruch von Hinterziehung, von Mißbrauch umgeben. Es wird unterstellt, daß er das Geld, weil er ja arm ist, zweckentfremdet (und das obwohl vorher sein notwendiger Minimalbedarf an Hilfe anerkannt wurde!). Es wird dem behinderten Menschen auch unterstellt, er sei nicht in der Lage, mit Geld umzugehen. Es kommt also wieder das Menschenbild zum Tragen, nach dem behinderte Menschen zu einer Gruppe von Menschen gehören, die man kontrollieren und besserwischerisch bevormunden, der man grundsätzlich mißtrauen müßte.

Entsprechend wirkt sich auch das Gebot des BSHG aus, möglichst im Wohnumfeld des Betreffenden, wenn nicht in der Familie so doch in der Nachbarschaft Hilfepotentiale zu aktivieren. (Das Gebot also, daß die Hilfe durch die Sozialhilfe sich als kurzfristige versteht, die an der Dauerhaftigkeit von Hilfe vorbeisieht.): Wenn nämlich nicht eine Organisation mit der Hilfe beauftragt wird, geht das Sozialamt in den meisten Fällen davon aus, daß es sich um die sog. „Nachbarschaftshilfe" handelt. D.h. dem Betreffenden wird nicht ein auch nur einigermaßen angemessenes Geld zur **Bezahlung** von Hilfe gegeben, sondern eine kleine Summe, mit der er seine Nachbarn für ihre Hilfebereitschaft **entschädigen** soll. D.h. dann wer sich privat Pflegekräfte sucht, wird diese mit dem halben Stundenlohn bezahlen müssen. Eine Bedingung die nicht gerade zur Qualität der Hilfe und ihrer Inanspruchnahme beiträgt. Organisationsarbeit wird in solchen Fällen gar nicht bezahlt: d.h. die Helfer zu suchen, auszuwählen, das Geld abrechnen etc. muß der Hilfenehmer und seine privaten Unterstützer unentgeltlich machen.

Das bedeutet, daß hier die Abhängigkeiten weiter zementiert werden.

Entweder bleibt man abseits der Organisationen in der Abhängigkeit des oft sehr eingeschränkten privaten Umfelds. Oder man ist gezwungen sich in die Abhängigkeit einer bevormundenden, nach Profit oder Dienstplan statt nach den Bedürfnissen arbeitenden Organisation zu begeben. Diese Notwendigkeit zu durchbrechen, darin sehen die Ambulanten Dienste eine ihrer wesentlichsten Aufgaben. Gegen diese Notwendigkeiten Alternativen zu schaffen, ist ein Grund für die Existenz der Ambulanten Dienste. Geld in die Hände der Betroffenen!

Leistungsspektrum und Kostenstruktur der Ambulanten Dienste

Die Organisierung selbstbestimmter ambulanter Hilfen begann in Berlin vor 10 Jahren mit Gründung der Ambulanten Dienste e.V. lange vor der Einrichtung der Sozialstationen. Der anfängliche Charakter einer Selbsthilfegruppe war dem Nachfragebedürfnis bei weitem nicht gewachsen. Das soziale Projekt „Ambulante Dienste" wurde in dieser Stadt ein gefragter Partner für Hilfesuchende. Die Ambulanten Dienste bieten heute für schwerstbehinderte Menschen die einzige ambulante Alternative zum Pflegeheim. Im Zuge der regionalen Neuordnung und den sozialen Folgen gewinnt diese Entwicklung noch an Bedeutung.

Die Kostenstruktur ist Ausdruck der notwendigen Aufgaben einer gesellschaftlichen Neuorientierung im Hilfe-/Pflegebereich und läßt sich daher nicht nach üblichen Kalkulationsmustern einordnen. Der eingeschlagene Weg der ambulanten Versorgung bietet Lösungsansätze für objektive Zukunftsprobleme der Sozialpolitik.

Die Ambulanten Dienste hatten als Hauspflegeverein, obgleich von Beginn an Mitglied des dpw, schon immer eine Sonderposition in Vereinbarungen mit den Kostenträgern und dem Senat von Berlin. Unser Ansatz mit der obersten Priorität der „Selbstbestimmung" behinderter Menschen stand bisher der herrschenden Begriffsordnung von „Wartung und Pflege" unversöhnlich gegenüber (vgl. u.a. Kap. „Sozialpolitik und Gesundheitsökonomie"). Folge dieser Sonderstellung war die meist vollständige Finanzierung der Leistungen aus den, verglichen mit Sozialstationen, niedrigen Stundensätzen. Erforderliche Arbeiten wurden zunächst ehrenamtlich, später durch Werkverträge oder arbeitsamtgeförderte Maßnahmen getragen. Aufgrund der sozialen Notlage in der Stadt und der langfristigen Notwendigkeit der Aufgaben ist eine rechtlich abgesicherte und vom Umfang der Hauspflegestunden unabhängige (Teil-)Finanzierung unverzichtbar. Anzustreben ist eine Sokkelfinanzierung aus dem Landeshaushalt, ähnlich den Sozialstationen.

Die Ambulanten Dienste haben aus grundsätzlichen Erwägungen keine Festanstellungen für HelferInnen durchführen können. Die für den ArbeitnehmerInnenstatus maßgeblichen zwei Faktoren, die Weisungsgebundenheit und die wirtschaftliche Abhängigkeit gelten u.E. gegenüber der HilfenehmerIn. Dies widerspricht der gängigen Praxis, in der HelferInnen bei den Pflegeorganisationen angestellt sind. Wir streben eine Vereinbarung an, in der sozial abgesicherte Arbeit ermöglicht wird, ohne die Rechtsposition der HilfenehmerInnen zu schwächen.

Finanzplanung der Stundensätze für 1991

I. AUSGABEN

	DM	add.
(A.) Brutto-Honorar	21,19	
(B.) Organisationskosten	7,58	28,77
davon:		
B.1. Verwaltungskosten	ca. 45%	
B.2. Kosten der gleitenden und ergänzenden Dienste	ca. 40%	
B.3. Kosten für weitere bedarfsgerechte Aufgaben	ca. 15%	

II. EINNAHMEN

	DM	add.
(A.) Regiekostenpauschale	1,68	
(B.) Stundensatz für Hauspflege	27,09	28,77

Leistungsspektrum der Ambulanten Dienste

A. Zeitumfang der Hauspflege

Im Juni 1990 bzw. September 1990 wurde die Anzahl der geleisteten Hauspflegestunden ermittelt. Im Schnitt ergaben sich dabei folgende Zahlen :

Zahl der Hauspflegestunden –	davon nach §§68, 69 BSHG
– pro Monat 25.454	21.466 Std.
daraus ergeben sich:	
– pro Tag 848	716 Std.
– pro Woche 5.939	5.009 Std.
– pro Jahr 309.690	261.170 Std.

In ca. 84 % der von den Ambulanten Diensten geleisteten Hauspflegestunden sind die Sozialämter nach BSHG die Kostenträger. Die Ambulante Dienste unterstützen 121 HilfenehmerInnen, davon 69 % über die „Hilfe zur Pflege".

Die mittlere Tagesbetreuungsdauer beträgt 7 Stunden. Hier wird deutlich, daß die Ambulanten Dienste einen anderen KundInnenkreis ansprechen als bspw. die Sozialstationen, die in der Regel nicht mehr als 5 Tagesstunden übernehmen.

B. Organisationsbereich

B.1. Verwaltung

Hierunter fallen Personal- und Sachmittel zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes in Finanzbuchhaltung, Einsatzsachbearbeitung, Koordination, Büroarbeit und Krankenpflegeanleitung. Die Ambulanten Dienste haben keine GeschäftsführerIn, die Verantwortlichkeiten sind dezentral organisiert. Auf der Ebene der konkreten Hilfeleistung entscheiden die HilfenehmerInnen mit Weisungsbefugnis gegenüber den HelferInnen und den Büros. Die Kompetenzen für alle sonstigen Entscheidungen liegen bei Gremien, die regional und nach inhaltlichen Schwerpunkten organisiert sind und nach außen durch VereinssprecherInnen vertreten werden. Die Kosten einer hochdotierten GeschäftsführerIn fallen nicht gesondert an.

Die HelferInnen der Ambulanten Dienste erhalten als Honorarkräfte keine Fortzahlung der Bezüge bei Krankheit oder Urlaub. Die Vermittlungsbüros stellen in diesen Fällen eine Ersatzhelferin. Anders als bei den Sozialstationen wählen bei den Ambulanten Diensten die HilfenehmerInnen jedoch ihre MitarbeiterInnen selbst aus. Bei einem Wechsel oder einer notwendigen Vertretung steht nicht per Dienstplan Ersatz zur Verfügung sondern muß erst einvernehmlich gefunden werden.

B.2. Begleitende und ergänzende Dienste

B.2.1. Einsatzbegleitende Maßnahmen

Die Hauspflege in der Schwerstbehindertenbetreuung setzt sich bei den Ambulanten Diensten aus der Summe völlig verschiedener Arbeiten zusammen, die sich in den Lebensalltag der HilfenehmerInnen einfügen. Je nach individuellen Bedürfnissen und Befindlichkeiten der HilfenehmerInnen sind dies : Haushaltshilfe, Grundpflege, Mobilisation, psychosoziale Unterstützung, Begleitung, etc.

Insbesondere beim Beginn neuer Einsätze treffen die MitarbeiterInnen der Ambulanten Dienste häufig auf Unsicherheiten und Wissensmängel, nicht nur bei den betroffenen HilfenehmerInnen. Zur Vorbereitung ist in dieser Phase eine besonders intensive Beratung und Betreuung von Nöten. In der Regel erhalten die Ambulanten Dienste Anfragen zur Hilfeleistung von bezirklichen oder medizinischen Sozialdiensten, den Hilfesuchenden selbst oder ihren Angehörigen. In geringerem Ausmaß auch von Sozialstationen, Behindertenverbänden oder ÄrztInnen.

Der Hilfebedarf wird in Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden ermittelt und in deren Auftrag mit den zuständigen Beratungsstellen der Bezirke und/oder Kliniken dokumentiert. Es werden Kostenvoranschläge eingereicht und Anträge bei den Kostenträgern gestellt (Sozialamt, Versorgungsamt, Krankenkasse, Beamtenbeihilfe, Berufsgenossenschaft...), oft sind mehrere Kostenträger einbezogen.

Die konkrete Ausgestaltung der Hilfe wird mit den Hilfesuchenden in Haus-, Heim- oder Klinikbesuchen vorbereitet. Dies beinhaltet auch die Erstvermittlung der HelferInnen, sowie die erforderlichen Hilfsmittel und Wohnungsumbauten.

Die Vorbereitungen erfordern in der Regel einige Wochen, oftmals mehr als einen Monat. Im Mittel erreichen pro Woche 4 Einsatzanfragen die Ambulanten Dienste, meist werden nach Rückfragen bzw. einführenden Gesprächen Alternativen zu den Leistungen der Ambulanten Dienste beraten und vorgeschlagen. Etwa 10% der Einsatzanfragen können schließlich von den Ambulanten Diensten übernommen werden.

Die Ambulanten Dienste leisten in den 121 Pflegeeinsätzen begleitende, pflegerische und psychosoziale Betreuung durch regelmäßige monatliche Treffen, sowie nach Bedarf Konfliktberatung bzw. Hilfsmittelberatung.

B.2.2. Ergänzende soziale Dienstleistung

Zur Gewährleistung der Hilfen und zur Bewältigung sozialer und rechtlicher Behinderungen haben die Ambulanten Dienste im Auftrag der HilfenehmerInnen einen ergänzenden sozialen Dienst aufgebaut. In persönlichen und telefonischen Sprechstunden, sowie durch Hausbesuche werden Anfragen entgegengenommen und beraten. In letzter Zeit gibt es vermehrt Anfragen von außen, insbesondere aus dem Ostteil der Stadt und von den Sozialdiensten der Krankenhäuser und Bezirke, aber auch von Angehörigen, Bildungseinrichtungen, ÄrztInnen und RechtspflegerInnen. Die Ambulanten Dienste nehmen im Interesse der HilfenehmerInnen eine Beratungsfunktion wahr, vermitteln und koordinieren zwischen den genannten Stellen und weiteren Behörden und Institutionen.

In diesem Bereich sind drei MitarbeiterInnen durchgehend beschäftigt. Hinzu kommen notwendige Koordinations- und Arbeitsbesprechungen mit der Finanz- und Sachbearbeitung (vgl. B.1.), sowie der Einsatzbegleitung (vgl. B.2.1.).

B.3. Weitere bedarfsgerechte Aufgaben

B.3.1. Bereitschaftsdienst

Für Notfälle außerhalb der Dienstzeiten bietet der Verein Ambulante Dienste ein Bereitschaftsdienstsystem an, das jederzeit telefonisch erreichbar ist. Zur Entgegennahme der Notfälle sitzt eine Vermittlungsperson bereit, die nach Kenntnis der Lage eine BereitschaftshelferIn benachrichtigt. Für eine schnelle und sichere Notfallhilfe ist eine in der alltäglichen Praxis bewährte Organisationsstruktur wie die der Ambulanten Dienste unbedingte Voraussetzung. Die Honorarkosten für die Bereitschaft betragen derzeit DM 120,– pro Nacht und DM 230,– für einen Wochenend- oder Feiertag.

B.3.2. Fahrdienst und Mobilitätshilfe

Schwerbehinderten Menschen, ohne permanente motorisierte Begleitung, ist es oft unmöglich kurzfristig von einem zum anderen Ort zum anderen zu gelangen. MitarbeiterInnen und HilfenehmerInnen der Ambulanten Dienste steht ein rollstuhlgerechter Kleinbus als Fahrdienst zur Verfügung. Die Benzinkosten werden in der Regel von den NutzerInnen getragen.

B.3.3. Bibliothek und Informationsrundbrief

Die Ambulanten Dienste stellen HilfenehmerInnen, HelferInnen und MitarbeiterInnen in einer Bibliothek Fachliteratur und ein umfangreiches Register zur Verfügung. Zu allen mit der Hilfetätigkeit verbundenen Themen können auch NutzerInnen von außerhalb recherchieren und sich informieren. Als besonderen Service bietet die Bibliothek eine Berlinweite Mobilitätsauskunft für Menschen mit Behinderungen und ein umfangreiches Hilfsmittelarchiv.

Interessierte HilfenehmerInnen, MitarbeiterInnen und Vereinsmitglieder erhalten alle 6 Wochen einen mehrseitigen Rundbrief mit sozialrechtlichen und behindertenpolitischen Informationen und vereinsinternen Mitteilungen.

B.3.4. Qualifizierung und Fortbildung

Neben der Qualifizierung im Arbeitsalltag durch die Anleitung der HilfenehmerInnen bieten die Ambulanten Dienste den HelferInnen Bildungs- und Lernmöglichkeiten auf drei Ebenen:

1. Ausbildungskurse, die für alle HelferInnen vor einer Tätigkeit über die Ambulanten Dienste obligatorisch sind
2. Fortbildungsveranstaltungen zu thematischen Schwerpunkten
3. Gezielte einsatzbezogene Qualifizierungsmaßnahmen, meist in Kleingruppen

B.3.5. „Peer counselling“

Ziel der Arbeit der Ambulanten Dienste ist eine von den HilfenehmerInnen selbst bestimmte Organisierung des Alltags im allgemeinen und der Hilfe im speziellen. Als Mittel zum Erwerb dieser Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens bieten behinderte MitarbeiterInnen und HilfenehmerInnen Beratungsgespräche und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch („peer counselling“).

Literaturliste

AG Spak (Hrsg.): Krüppeltribunal, Köln 1985

Bäcker, Gerhard; Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit – ein weiterhin ungelöstes Problem; in Jahrbuch für Kritische Medizin 15, Berlin 1990

Bevollmächtigte der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten (Hrsg.); Maren Bracker u.a.; Die Pflegebereitschaft der Töchter, Wiesbaden 1988

BAG Hilfe für Behinderte (Hrsg.), Die Rechte behinderter Menschen und Ihrer Angehörigen, Düsseldorf 1986

Die Grünen; Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege, Bundestags-Drucksache 11/1790

DGVT e.V. (Hrsg.); Gesundheits-Reformgesetz – Wie ein Gesetz notwendige Reformen verhindert, Analysen und Stellungnahmen, Tübingen 1988

Friedrich, Rudi; Selbstorganisierte Ambulante Hilfsdienste für Schwerbehinderte zwischen Anerkennung und Ausgrenzung; Diplom-Arbeit am FB Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Uni, Frankfurt a.M. 1988

Goeckenjahn/Kondratowitz (Hrsg.): Alter und Alltag, Ffm. 1988

Grottian, Peter u.a.; Die Wohlfahrtswende, München 1988,
darin besonders S. 112ff.: Günter Lütke: Die Sozialstationen (...)

Jürgens, Andreas; Pflegeleistungen für Behinderte, Köln, Berlin, Bonn, München 1986

Mayer, Anneliese und Jutta Rütter (Hrsg.), Abschied vom Heim, München 1988

Der Spiegel; Nr. 41/1988, S. 104ff.

Tolmein, Oliver; Selbstbestimmung in der Pflege – zur Diskussion um Pflegeversicherung und Pflegesatz, in „Wie teuer ist uns Gesundheit?", Reihe Kritische Medizin im Argument, Berlin 1984

Dokumente

Haushaltsausschuß gegen Entwurf für ein Bundespflegegesetz

Mit dem Gesetzentwurf der GRÜNEN zur Finanzierung einer besseren Pflege (11/1790 neu) hat sich der Haushaltsausschuß am 12. Oktober befaßt. Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen und der SPD-Fraktion empfahl er dem federführenden Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, den Antrag auf ein Bundespflegegesetz abzulehnen.

sie den Antrag in der Sache zwar ablehnen werde, einige Punkte dennoch positiv seien. So zum Beispiel sei der Selbstbestimmungsgedanke bei der Wahl des Pflegepersonals zu begrüßen. Eine Anhebung der finanziellen Unterstützung für Schwerstpflegebedürftige sei jedoch nicht zu befürworten, da diese wenig konsumieren würden und viel sparen könnten, so daß sich lediglich die Erben später über das Geld freuen könnten. Die SPD konnte sich auch nicht mit dem Gedanken anfreunden, binnen zehn Jahren alle Pflegeheime aufzulösen. Dies sei nicht anzustreben.

Die FDP-Fraktion vertrat die Ansicht, daß die Finanzierung einer besseren Pflege zunächst Angelegenheit einer privaten und kleinen Gruppe sei, dann eine versicherungsrechtliche Frage und erst zum Schluß nach Mitteln aus der öffentlichen Hand gefragt werden dürfe. Würde man das Gesetz so verwirklichen, wie DIE GRÜNEN es wollten, käme es zu einem „undifferenzierten Leistungsanspruch". Einen solchen „ausschließlichen Zugriff auf Staatskassen" müsse die FDP ablehnen. (...)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.
Heinrich-Hoffmann-Str. 3
6000 Frankfurt/Main 71
Telefon (069) 6706-0
Telefax 069 6706204

Gesamtverband

DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND

PFLEGENOTSTAND

Positionspapier des PARITÄTISCHEN

Der Pflegenotstand verletzt die Würde alter, kranker und behinderter Menschen.
- Die Gesellschaft darf diesen Skandal nicht hinnehmen!

Es gibt in der Bundesrepublik einen real existierenden Pflegenotstand. Der Pflegenotstand erwächst aus einem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl professioneller Pflegekräfte. Die Notwendigkeit angemessener Maßnahmen gegen den Pflegenotstand wurde bislang unterschätzt.

Der PARITÄTISCHE begrüßt deshalb die Aussage verantwortlicher Sozialpolitiker, daß die Beseitigung des Pflegenotstandes und die Absicherung des finanziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit die wichtigste sozialpolitische Aufgabe des nächsten Deutschen Bundestages sei.

Als Dachverband von Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen und einer großen Zahl ambulanter sozialpflegerischer Dienste fordert der PARITÄTISCHE die Beratung der bereits seit 1986 vorliegenden Gesetzesinitiativen für eine ausreichende und dauerhafte gesetzliche Absicherung des Pflegerisikos sowie Maßnahmen, die Wertschätzung des Pflegeberufes zum Ausdruck bringen und sein Ansehen in der Gesellschaft fördern.

Im einzelnen stellt der PARITÄTISCHE dazu fest:

Pflegerisiko

Pflegebedürftigkeit infolge von Krankheit, Behinderung und Alter ist kein Einzelschicksal; es handelt sich vielmehr um ein allgemeines Lebensrisiko, das in vorübergehende oder dauernde Abhängigkeit führt. Dafür ist sozialpolitisch Verantwortung zu übernehmen und entsprechende Vorsorge zu treffen.

Umfassende und dauernde Abhängigkeit von fremder Hilfe bedeutet angesichts des Mangels an Pflegekräften und fehlender sozialer Absicherung eine unzumutbare Einschränkung der Lebensqualität und muß von Betroffenen zunehmend als existenzielle Bedrohung empfunden werden. Pflegebedürftigkeit im Alter ist zum akuten gesellschaftlichen Problem geworden.

Auswirkungen des Pflegenotstandes

Kranke, alte, behinderte Menschen und ihre Angehörigen leiden direkt unter den Auswirkungen des Pflegenotstands.

Kranke Menschen müssen vielfach lange Wartezeiten vor der dringend stationären Behandlung einer Krankheit oder einer Operation in Kauf nehmen.

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, erhalten Hilfe von ambulanten Diensten vielfach nicht, wenn sie diese wünschen, sondern wenn der Dienstplan es erlaubt. Oft sind diese Hilfen überhaupt nicht verfügbar.

Schwerbehinderte Menschen müssen ins Pflegeheim, obwohl sie bei ausreichender und fachlich qualifizierter ambulanter Pflege in ihrer eigenen Häuslichkeit bleiben könnten.

Pflegende Angehörige werden in ihrer eigenen Lebensführung drastisch eingeschränkt, müssen oft ihre Berufstätigkeit und ihren Freundeskreis aufgeben. Die Übernahme der Pflegetätigkeit ist keine freie Entscheidung, sondern die Pflege muß übernommen werden, weil stationäre oder ambulante familienentlastende Hilfen nicht verfügbar sind. Katastrophen entstehen, wenn pflegende Angehörige nach oft jahrzehntelangem Einsatz selbst pflegebedürftig werden.

Pflegende Angehörige erhalten in der Regel weder die notwendige Beratung noch unterstützende Hilfen, sie werden vor allem als billige Pflegekräfte geschätzt.

So werden gegenwärtig nur ca. 5 Prozent der hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen in Heimen, weitere ca. 5 Prozent durch ambulante pflegerische Dienste aber 90 Prozent durch Familien- und Nachbarschaftshilfe betreut. Forderungen nach mehr Verantwortung der Familie für pflegebedürftige Angehörige können deshalb nur als Zynismus bezeichnet werden.

Professionelle Pflegekräfte bemühen sich seit Jahren, die Öffentlichkeit auf die Hintergründe und Auswirkungen des Pflegenotstands aufmerksam zu machen und Bereitschaft für die Umsetzung ihrer Vorschläge gegen den Pflegenotstand zu wecken. Bislang hat sich an den unzureichenden Arbeitsbedingungen jedoch wenig geändert.

Professionelle Pflegekräfte werden überlastet, indem viel Pflegetätigkeit auf wenige Pflegepersonen verteilt wird. Stellenpläne und Personalanhaltswerte berücksichtigen die gestiegenen Anforderungen an Qualität und Quantität pflegerischer Leistungen nur in unzureichendem Maße. Pflege wird häufig als niedere Dienstleistung eingestuft; dies äußert sich in unangemessen niedriger Vergütung; auch der neue Tarifvertrag hat hier noch keine hinreichende Verbesserung gebracht. Die Rahmenbedingungen der Pflegeberufe, wie ungünstige Arbeitszeiten, fehlende Angebote zur Kinderbetreuung während der Arbeitszeit, zu wenige Teilzeitarbeitsplätze erschweren oder verunmöglichen vielen Pflegenden die weitere Berufsausübung; seit 1980 haben 100.000 den Beruf verlassen.

Wertschätzung des Pflegeberufes

Ignoranz und mangelnde Wertschätzung beeinflussen die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden. Pflegebedürftige Menschen können ihren Anspruch auf eine humane selbstbestimmte Lebensführung vielfach nicht realisieren. Es gibt kein ambulantes Netz, in dem eine qualifizierte Koordination der Hilfeleistungen durch professionelle Pflegekräfte eine adäquate, an den Bedürfnissen des Hilfeempfängers ausgerichtete Versorgung im Einzelfall sicherstellen kann.

Statt neue personelle Ressourcen über eine Aufwertung der Pflegeberufe zu erschließen durch geänderte Stellenpläne, bessere Vergütung und attraktivere Rahmenbedingungen, werden Billiglösungen gesucht. Aus wirtschaftlich schwachen Ländern werden Frauen als Pflegekräfte angeworben, geringer qualifizierte Kurzzeitausbildung und sogar Maßnahmen der Zwangsverpflichtung für soziale Dienste werden diskutiert.

Wie wenig Notlösungen geeignet sind, längerfristig eine qualifizierte Versorgung sicherzustellen, hat sich bereits beim Einsatz von Zivildienstleistenden gezeigt.

Zivildienstleistende als Nothelfer in der Pflege

Die Beschäftigung von Zivildienstleistenden in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege erfolgte auf die Bitte der Bundesregierung, für den zivilen Ersatzdienst Einsatzmöglichkeiten in den sozialen Diensten anzubieten. Angesichts des immensen Bedarfs Betroffener an sozialpflegerischen Diensten einer völlig unterentwickelten Infrastruktur in diesem Bereich und der Verweigerung öffentlicher Angebote, wurden in erheblichem Umfang Zivildienstleistende in Pflegediensten eingesetzt. Der Pflegenotstand konnte damit wenigstens gemildert werden. Die Verkürzung des Zivildienstes hat nunmehr der Öffentlichkeit schlagartig gezeigt, welches Ausmaß der Pflegenotstand insbesondere im ambulanten Bereich wirklich hat, und wieviel hauptamtliche und geschulte Kräfte erforderlich sind.

Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegeangebots

Eine menschenwürdige Lösung der Pflegeproblematik muß sofort in Angriff genommen werden. Es geht dabei nach Auffassung des PARITÄTISCHEN generell darum, daß Pflegebereitschaft und Pflegetätigkeit gesellschaftlich aufgewertet werden und für Frauen wie für Männer auch mit einer akzeptablen beruflichen Perspektive verbunden sind. Es ergeben sich daraus folgende Forderungen:

- Fachliche Konzepte für eine menschenwürdige Pflege wie z.B. "aktivierende und ganzheitliche Pflege" oder "Pflege in den eigenen vier Wänden" müssen auch sozialpolitisch umgesetzt werden.
- Wenn es gelingen soll, junge Menschen in vermehrtem Umfang für den "Arbeitsplatz Pflege" zu gewinnen, müssen die Arbeitsbedingungen attraktiver gestaltet werden.
- Die hauptamtliche Ausübung der Pflegetätigkeit erfordert eine entsprechende Qualifikation. Sie ist durch Rahmenbedingungen wie z.B. die Verabschiedung eines bundeseinheitlichen Altenpflege gesetzes sowie ein durchlässiges System von Fort- und Weiterbildungsangeboten sicherzustellen.
- Der Pflegeberuf kann sich nur zu einem angesehenen Beruf entwickeln, wenn eine Vergütung gezahlt wird, die auch in anderen Dienstleistungsberufen (z.B. im technischen Bereich) üblich ist. So ist es vielleicht auch möglich, ausgebildete aber aus dem Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte wieder zurückzugewinnen.
- Persönliche pflegerische Hilfen dürfen nicht zwangsweise erbracht werden, da dies zu einer immensen Belastung des Hilfebedürftigen führt. Deshalb darf im Zusammenhang mit der Beseitigung des Pflegenotstandes auch nicht die Diskussion um die Einführung eines "Sozialen Pflichtjahres" geführt werden.
- Die Pflege durch Angehörige wird auch weiterhin - quasi als Pflicht - mangels ambulanter familienbelastender Pflegedienste erforderlich sein. Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband setzt sich deshalb für eine enge Zusammenarbeit von Fachkräften mit pflegenden Angehörigen ein, um Konzepte der Hilfestellung und Entlastung für Angehörige zu entwickeln.
- Auch setzt sich der PARITÄTISCHE nachhaltig für eine Förderung des "Freiwilligen sozialen Jahres" für junge Menschen ein. Er hat - wie auch bei den Zivildienstleistungen - beste Erfahrungen mit dem Engagement und Einsatz dieser jungen Leute gemacht. Der Pflegenotstand ist damit jedoch nicht zu beheben!

Finanzierung der notwendigen Pflegeleistungen

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen des Netzes der sozialen Sicherung nur ansatzweise abgedeckt. Dies führt dazu, daß die überwiegende Anzahl der Pflegebedürftigen bei stationärer wie auch bei ambulanter Pflege zum Empfänger von Sozialhilfe wird, da das eigene Einkommen zur Deckung der entstehenden Kosten nicht ausreicht. Der PARITÄTISCHE fordert in diesem Zusammenhang:

- eine Ergänzung der Leistungskette von finanziellen Hilfen bei Krankheit, über Rehabilitation bis zur Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit;
- eine Entscheidung, ob Leistungen im Rahmen einer sozialversicherungsrechtlichen Absicherung erfolgen sollen oder durch ein gesondertes Leistungsgesetz;
- die Bereitstellung notwendiger Bundesmittel als Anschubfinanzierung u.a. durch Umschichtung eingesparter Mittel aus der Verkürzung von Wehr- und Zivildienst;
- die Entwicklung von Kosten- und Finanzierungskonzepten, insbesondere für den Aufbau ambulanter Pflegeangebote in Ländern und Kommunen gemeinsam mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und Sozialleistungsträgern.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband sieht zur Behandlung des Pflegenotstands einen akuten Handlungsbedarf für eine "konzertierte Aktion" aller sozialpolitischen Verantwortlichen.

Frankfurt/Main, im Dezember 1990

Entprivatisierung der Pflege als sozialpolitische Schlußfolgerung

Über die von den betroffenen Frauen sowie von Parteien und Verbänden geforderten sozialpolitischen Maßnahmen hinaus müssen grundlegende Lösungsperspektiven entwickelt werden: das Prinzip der Familiensubsidiarität und die damit zusammenhängende Privatheit der Pflege sind aufzuheben, da aus den sozialpolitischen Maßnahmen allein zwar graduelle Verbesserungen jedoch keine grundlegenden Veränderungen für Frauen und Männer, Pflegende und Gepflegte resultieren. Das Prinzip der Subsidiarität öffentlicher Versorgungsleistungen, wonach pflegerische Dienstleistungsangebote lediglich familienergänzende und -entlastende Funktion haben, führt dazu, daß die Familie, d. h. die Frauen, erst dann unterstützt werden, wenn die eigenen Ressourcen nicht mehr ausreichen. Die Pflegende muß aber wählen können, welchen Umfang der Pflege sie freiwillig zu übernehmen bereit ist; eine ohne innere Bereitschaft übernommene Pflege eines Elternteils führt, wie gezeigt wurde, zu einem verstärkten Belastungsdruck und deren negativen Folgeerscheinungen. Die Zuweisung des Pflegerisikos in die Privatsphäre der Familie (d. h. nach traditionellen Rollenmustern an die Frauen), überlastet diese. Die öffentliche Ausgrenzung der Pflege bedeutet für die Frauen Angebundenheit und Alleinzuständigkeit. Dies führt – wie wir gezeigt haben – häufig im Laufe der Zeit zu einer vollständigen Erschöpfung der Ressourcen der einzelnen. Außenkontakte waren aber ebenso wie die Möglichkeit der Verteilung von Pflegeaufgaben auf mehrere Personen (Professionelle und/oder mehrere Familienmitglieder) immer eine Erleichterung für die Hauptpflegeperson.

In der Diskussion um Sozial- und Versorgungspolitik wird oft die Meinung vertreten, daß die Ausweitung von öffentlichen professionellen Dienstleistungen zur Einschränkung der familiären Leistungen führe; dies müsse daher verhindert werden.

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch gerade im Gegenteil, daß das Fehlen öffentlicher Dienstleistungen zur Überbelastung führt, aus der dann im Laufe der Zeit eine geringere Pflegebereitschaft resultiert. Es müßten also frühzeitig Entlastungen in einer für Pflegende und Gepflegte akzeptablen Form angeboten werden, damit diese Frauen die übernommene Pflege auch weiterhin aufrechterhalten können. Soziale Dienstleistungen tragen also zur Stabilisierung der töchterlichen Pflegebereitschaft bei.

Dies bedeutet jedoch zugleich, daß die Zuweisung der Pflegeverantwortung an die Frauen durch ergänzende Dienstleistungen nicht aufgehoben, sondern im Gegenteil immer wieder reproduziert wird. Die Forderung nach Ausbau der Sozialen Dienste ist also durchaus ambivalent, denn sie stabilisiert die für Frauen unbefriedigende Situation der Privatisierung gesellschaftlicher Aufgaben (die von ihnen derzeit außerdem noch ohne Entlohnung geleistet werden).

Der Ausbau sozialer Dienste muß also über die reine „Lückenbüßerfunktion" hinaus zu einer eigenständigen Alternative entwickelt werden. Statt Ergänzung zur Tochterpflege, müssen diese Dienste zu einer tragfähigen Säule ausgebaut werden. Die Altenpflege muß als eine notwendige soziale Aufgabe anerkannt werden, die gesamtgesellschaftlich zu tragen ist. Die derzeitige Kostendämpfungspolitik mit ihrer einseitigen Orientierung auf die Stärkung der Familienverantwortung blockiert die Entwicklung neuer Formen der Versorgung sowohl im Bereich professioneller Pflegedienste (einschließlich alternativer Finanzierungsmöglichkeiten) als auch im Bereich nicht-professioneller sozialer Netze außerhalb der Familie. Die soziale Erwünschtheit privater Pflege mit ihrem normativen Druck auf (fast ausschließlich) die weiblichen Gesellschaftsmitglieder verhindert eine rationale Auseinandersetzung mit dem Problem der Pflegebereitschaft und die Möglichkeit der Entwicklung neuer selbstbestimmter Formen der Pflege.

Diese Individualisierung und Privatisierung häuslicher Pflege wird auch durch die traditionelle geschlechtliche Arbeitsteilung verstärkt. Die Belastung für die Frauen wird dadurch potenziert, eine emanzipatorische Entwicklung behindert. (...)

DIE PFLEGEBEREITSCHAFT DER TÖCHTER
MAREN BRACKER u.a.

DRUCKSCHRIFT DER BEVOLLMÄCHTIGTEN DER HESSISCHEN
LANDESREGIERUNG FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN

Die neue Kultur des Helfens

Mehr für ambulante, weniger für stationäre Pflege

Das Problem der Pflegebedürftigkeit gehört zu den großen Zukunftsthemen der Sozialpolitik. Es ist heute im wesentlichen ungelöst. Wir brauchen gute Heime für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Es wäre aber eine gravierende Fehlsteuerung, wollte man versuchen, das Pflegeproblem ausschließlich stationär zu lösen.

Wir wissen aus vielen Befragungen, daß die meisten Menschen solange es eben geht lieber zu Hause versorgt, betreut und gepflegt werden als in Krankenhäusern oder Heimen. Eine beachtliche medizinische, gerontologische und sozialpsychologische Literatur belegt überzeugend, daß die *Betreuung in stationären Einrichtungen – wo sie nicht notwendig ist – auch negative Folgen für den Krankheitsverlauf* und die *Persönlichkeit* haben kann. Wir müssen deshalb die Voraussetzungen schaffen, daß die Menschen auch zu Hause gepflegt werden können. Notwendig sind vermehrt auch teilstationäre Betreuungsformen und Übergangseinrichtungen; auch Krankenwohnungen und therapeutische Wohngemeinschaften könnten vielen kranken Menschen effektiver und besser helfen.

Tatsache ist jedoch, daß die stationäre Versorgung im Krankenhaus und die ambulante Versorgung in den eigenen vier Wänden im Rahmen unseres Sozialsystems *materiell sehr ungleich unterstützt werden*. Bei der Betreuung im Krankenhaus wird fast alles bezahlt: das Saubermachen, die Heizung, die Pflege, das Essen usw. – die Rente bzw. das Einkommen darf man ungeschmälert behalten. Bei der Betreuung zu Hause jedoch muß mit einigen Ausnahmen alles selbst bezahlt werden. Die Rente reicht dafür meist nicht aus. Die Pflegebedürftigen werden zu Sozialhilfeempfängern.

Die Konsequenz: Viele Menschen, die genausogut, ja besser zu Hause versorgt werden könnten, liegen heute in Krankenhäusern und Heimen, obwohl das medizinisch nicht notwendig wäre und die Menschen eigentlich auch etwas anderes wollen.

Das Ungleichgewicht in unserem System ist eklatant. Der Vergleich der Ausgaben für die ambulante Pflege und für den stationären Sektor der Gesundheitsversorgung führt uns das vor Augen.

Viel Geld für die Pflege könnte freigemacht werden, wenn mit der Fehlbelegung von Krankenhausbetten Schluß gemacht würde. Experten schätzen, daß jedes fünfte Akutbett fehlbelegt ist. Dies wären über 100 000 Betten in der Bundesrepublik. Bei einem durchschnittlichen Pflegesatz von heute rund 240,– DM pro Tag und einer durchschnittlichen Auslastung von 85,7% bedeutet eine Fehlbelegung von 20% (der insgesamt 674 742 Akutbetten) *unnötige Kosten von über 10 Milliarden DM*. Falls man diesen Patienten statt dessen ambulante Versorgung in Form von Krankenpflegeeinsatz und Haushaltshilfe gewährte, würden immer noch *über 7 Milliarden DM* frei. Mit diesen Mitteln könnte ein entscheidender Schritt in Richtung auf die ambulante und teilstationäre Absicherung des Pflegerisikos getan werden. Dieser Betrag würde ausreichen, um für ca. 300 000 Menschen mit mittlerer Pflegebedürftigkeit täglich eine Stunde häusliche Krankenpflege und eine Stunde Haushaltshilfe zu finanzieren.

Ob wir das Pflegeproblem im Kern ambulant oder im Kern stationär lösen, ist für die Zukunft von zentraler Bedeutung. Heute werden die meisten Pflegebedürftigen im Rahmen der Familie versorgt. In Zukunft wird dies angesichts der demographischen und sozialen Veränderungen nicht mehr möglich sein. Der Rückgang der Geburtenrate und die Zunahme der Zahl der Ein-Personen-Haushalte sprechen eine unüberhörbare Sprache. Wird nichts für eine bessere ambulante und teilstationäre Betreuung getan, so wird eine immense Ausweitung der stationären Versorgung mit einer Kostenlawine unweigerlich auf uns zukommen. Vom menschlichen, aber auch vom finanziellen Gesichtspunkt her wäre dies eine falsche Weichenstellung. Gemessen an ihrer ökonomischen Effizienz ist es unsinnig, große Mengen von Geldern im stationären Bereich zu binden, die im ambulanten Sektor viel besser, d. h. ökonomisch *und* humaner nutzbar gemacht werden könnten.

Die gleichen Überlegungen gelten auch für die wachsende Zahl von körperlich und geistig Behinderten sowie psychisch Kranken. Wir sind in der Bundesrepublik Deutschland fast 15 Jahre nach der großen Psychiatrie-Enquête, die wesentlich von unserem Kollegen Walter Picard beeinflußt wurde, immer noch sehr weit davon entfernt, den Grundsatz »ambulant vor stationär« wirklich ernst zu nehmen.

Ulf Fink

Zur Bedeutung der Kosten der Pflege bei der Entscheidung zwischen stationärer und ambulanter Hilfe nach § 3 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 3a BSHG

von Prof. Dr. Utz Krahmer, Fachhochschule Düsseldorf

Immer wieder wird in der letzten Zeit von Sozialarbeitern die Frage gestellt, ob die Praxis mancher Sozialhilfeträger Rechtens ist, entgegen dem Wunsch des Betroffenen nach ambulanter Pflegehilfe im Sinne von § 69 BSHG zugunsten stationärer Pflegehilfe im Sinne von § 68 BSHG mit dem Argument zu entscheiden, die ambulante Pflege sei im konkreten Falle wegen des erforderlichen Umfangs der Pflege zu teuer, so daß dem Wunsch des Betroffenen wegen „unverhältnismäßiger Mehrkosten" im Sinne von § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG nicht entsprochen werden müsse. Der grundsätzliche Vorrang ambulanter Hilfe nach § 3a BSHG gelte nicht, wenn stationäre Hilfe billiger sei.

In der Literatur wird diese Frage nur teilweise behandelt, veröffentlichte Rechtsprechung gibt es noch keine. Schellhorn vertritt zwar die Auffassung, daß finanzielle Aspekte bei der Entscheidung über ambulante oder stationäre Hilfe im Rahmen der Vorrangregelung des § 3a BSHG eine Rolle spielen dürfen (Schellhorn u. a., BSHG, Kommentar, 12. Auflage, § 3a Randnummer 8), geht aber offensichtlich davon aus, daß in jedem Einzelfall der angemessene (d. h. fachlich gebotene) Bedarf ausreichend gedeckt sein muß (a. a. O., Randnummer 7; siehe auch Mergler/Zink, BSHG, Kommentar, § 3a Randnummer 7; Gottschick/Giese, BSHG, Kommentar, 9. Auflage, 1985, § 3a Randnummer 3).

Der Vorrang ambulanter Hilfe beruht nach Schellhorns Auffassung nicht in erster Linie auf finanziellen Erwägungen, sondern soll der sozialrechtlich vorfindlichen Sachlage in humaner Weise gerecht werden (a. a. O., Randnummer 1; vgl. auch Schulte/Trenk/Hinterberger, BSHG mit Erläuterungen, § 3a Anmerkung 2).

Roscher dagegen nimmt eindeutig den Vorrang ambulanter Hilfe auch für den Fall an, daß stationäre Hilfe zwar billiger wäre, ambulante Hilfe aber die fachlich angezeigte Hilfeart ist (Bundessozialhilfegesetz, Lehr- und Praxiskommentar, LPK-BSHG, § 3a Randnummer 9; siehe dazu noch unten zu 2.).

Im Zentrum der folgenden rechtlichen Erwägungen steht der Gedanke, ob nicht schon nach alter Rechtslage eine andere Betrachtung geboten gewesen wäre, als sie die Praxis vornimmt (unten 1.), und ob nicht die Neufassung des § 3 Abs. 2 Satz 2 BSHG und die Einfügung des § 3a BSHG mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 die Rechtsauffassung Roschers bestätigt hat (unten 2.).

1. Die Rechtslage bis 1984

In § 3 Abs. 1, der heute unverändert gilt, ist festgelegt, daß die Hilfen der Sozialhilfeträger sich u. a. nach der Art des Bedarfs des Hilfesuchenden richten. Die fachlich gebotene Hilfe muß somit gewährt werden. Bezogen auf die Pflegehilfe bedeutet dies für die Sozialhilfeträger, unter Beachtung der Verpflichtung zu einer Aktivierung des sozialen Umfelds im Sinne von § 69 Abs. 2 Satz 1 immer streng zu prüfen, ob nicht eine ambulante (häusliche) Pflege ausreicht (§ 69 Abs. 1 BSHG). Nur wenn im konkreten Fall ambulante Pflege nicht ausreicht, soll stationäre Pflege im Sinne von § 68 BSHG gewährt werden. An sich bestand also durch die Formulierung des § 69 Abs. 1 BSHG und seine systematische Aussage im Kontext mit § 69 Abs. 2 Satz 1 BSHG ein Vorrang ambulanter Pflegehilfe schon nach altem Recht. Allerdings steckte schon damals die Schwierigkeit darin festzustellen, ob denn im Einzelfall ambulante Pflegehilfe „ausreichen" würde.

Im Prozeß der Begutachtung und Entscheidungsfindung mußten (und müssen heute noch) qualifizierte Fachleute, nämlich in der Regel Sozialarbeiter des Außendienstes der Sozialhilfeträger und freipraktizierende bzw. beim Gesundheitsamt arbeitende Ärzte gemeinsam diese Frage entscheiden. Das Wunschrecht des Hilfesuchenden spielte dabei rechtlich keine Rolle, weil es sich nur auf Variationen der „angemessenen" Hilfe im Sinne von § 3 Abs. 2 BSHG a. F. bezog, die es fachlich ja gerade erst zu bestimmen galt. Auch die Kostenfrage durfte schon nach alter Rechtslage bei der Beurteilung, ob ambulante Pflege ausreicht, nicht entscheidend sein, weil der Ausschluß „unvertretbarer Mehrkosten" nur im Rahmen des Wunschrechtes und somit nur im Rahmen von Variationen der grundsätzlich fachlich („kostenfrei") festzustellenden angemessenen Art des Bedarfs zu prüfen war.

2. Die Rechtslage seit 1984

Die Kostenentwicklung im stationären Bereich war für den Gesetzgeber dann Anfang der achtziger Jahre Anlaß für eine Novellierung der genannten Vorschriften. Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 vom 22. 12. 1983 (BGBl. I S. 1532) wurden §§ 3 und 93 BSHG geändert sowie § 3a BSHG eingefügt, um dem Kostenanstieg zu begegnen. § 3 Abs. 2 Satz 2 BSHG soll nach der Begründung (Bundestagsdrucksache 10/335, S. 103) „dem Sozialhilfeträger stärker als bisher die Möglichkeit eröffnen, Wünsche nach stationärer Betreuung abzulehnen, wenn teilstationäre oder ambulante Hilfen möglich und geeignet sind, die Hilfebedürftigkeit zu beseitigen".

Weiterhin ist somit zunächst zu prüfen, wie die Art des Bedarfs im Sinne von § 3 Abs. 1 BSHG im Einzelfall beschaffen, und welche Hilfe „angemessen" § 3 Abs. 2 Satz 1 BSHG ist. Hier ist weiterhin die fachliche Beurteilung maßgebend. Erst wenn und soweit mehrere Hilfemöglichkeiten alternativ bestehen und fachlich als angemessen angesehen werden müssen, kommt die Neuregelung zum Wunschrecht zum Tragen, mit der im Grunde für den Pflegebereich nur verdeutlicht wird, was ohnehin in § 69 Abs. 1 BSHG in Verbindung mit § 69 Abs. 2 Satz 1 BSHG geregelt war: Nur wenn stationäre Hilfe „erforderlich ist, weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen", soll einem Wunsch des Hilfesuchenden nach stationärer Pflege entsprochen werden.

Der Kostengesichtspunkt kommt weiterhin nur im Rahmen des Wunschrechts zum Tragen (§ 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG), kann also nur dann die Entscheidung für oder gegen die stationäre Pflege bzw. ambulante Pflege maßgeblich beeinflussen, wenn und soweit beide Hilfevarianten fachlich als „angemessene" Hilfen in Betracht kommen. Wenn also im Einzelfall stationäre Pflege im Vergleich zu ambulanter billiger wäre, weil die Pflege in der Wohnung des Hilfesuchenden täglich mehrere Stunden erbracht werden müßte, dann ist dies für sich alleine noch kein Grund, ambulante Pflegehilfe abzulehnen. Vielmehr ist alleine unter fachlichen Gesichtspunkten zu entscheiden, wobei das integrative Moment in der Aufgabenstellung der Sozialhilfe nach § 9 SGB I (Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft) neben dem Würdeprinzip des § 1 BSHG wesentlich die fachliche Entscheidung zwischen beiden Alternativen mitbestimmen muß. Wenn und soweit der Einzelfall (§ 3 Abs. 1 BSHG) entsprechende Anhaltspunkte bietet, kann als einzig richtige Leistung im Sinne der Integration des Pflegebedürftigen die ambulante Pflegehilfe geboten sein; Kostengesichtspunkte spielen dann keine Rolle.

Die ebenfalls mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 erfolgte Einfügung des § 3 a BSHG verstärkt diese rechtliche Sicht noch, wie die Begründung des Regierungsentwurfs ausweist: „Mit dem neuen § 3 a BSHG soll erreicht werden, daß stärker als bisher den ambulanten Hilfen Vorrang vor teilstationären und stationären Hilfen eingeräumt wird. Ambulante Hilfen sind oft sachgerechter, menschenwürdiger und zudem kostengünstiger. Die bisherige Tendenz zum Ausbau vorrangig des stationären Bereiches birgt im übrigen die Gefahr der ‚Abschiebung' älterer Menschen oder Behinderter aus ihrem Lebenskreis. Die Formulierung als programmatische Soll-Vorschrift trägt dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung und des Ausbaus von ambulanten sozialen Diensten Rechnung" (Bundestagsdrucksache, a. a. O.).

Ausdrücklich spricht § 3 a BSHG von der „erforderlichen" Hilfe, auf deren ambulante Gewährung der Sozialhilfeträger nach Möglichkeit hinwirken soll. Wie in § 3 BSHG („Art des Bedarfs" bzw. „angemessene" Hilfe) ist also allererst fachlich festzustellen, ob stationäre oder ambulante Pflege geboten ist. Im Rahmen dieser Prüfung hat der Sozialhilfeträger alle Möglichkeiten zu eruieren, die eine ambulante Hilfe ermöglichen. Die schon früher für die Pflegehilfe bestehende Hinwirkungspflicht des § 69 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 BSHG ist damit verstärkt und für alle Hilfearten verallgemeinert worden.

Die Sozialhilfeträger müssen nunmehr die den Gesetzgeber als Motiv seiner Novellierung leitenden Kostenerwägungen, soweit sie nicht im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts des Hilfesuchenden bei fachlich festgestellter Gleichwertigkeit von ambulanter und stationärer Hilfeart nach § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG eine Rolle spielen können, bei der fachlichen Beurteilung der Erforderlichkeit bzw. Angemessenheit des Hilfebedarfs außer Betracht lassen (so auch: LPG-BSHG, a. a. O., § 3 a Randnummer 9).

Der Gesetzgeber hat die Kostenentwicklung im stationären Bereich für so dramatisch gehalten, daß sie ihn zur Formulierung des generellen Vorrangs ambulanter Hilfe als sozialhilferechtlichem Grundsatz bewegte. Wenn nun im Einzelfalle umfangreicher Pflege, die fachlich aber als durchaus in der Wohnung des Hilfesuchenden geboten erscheint, die Kosten höher als bei einer Heimpflege liegen, muß diese andere Kostenlage von den Sozialhilfeträgern nach § 3 a BSHG akzeptiert werden, obwohl sie von der generellen Einschätzung des Gesetzgebers abweicht, stationäre Pflege sei teurer (Rechtsfragen des Kostenvergleichs subventionierter Sozialstationen mit neuen ambulanten Pflegehilfeinitiativen sind in einem Gutachten des Verfassers behandelt, das über den Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule, Universitätsstraße 1, Geb. 24.21, 4000 Düsseldorf 1, bezogen werden kann).

Kommentierung des Rundschreibens VII Nr. 10/1990 der Senatsverwaltung für Gesundheit und Sozalies vom 16.07.1990 an die Bezirksämter von Berlin, Abt. Soziales, Jugend/Sport und Gesundheit, nachrichtlich Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Familie, Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, sowie den Rechnungshof von Berlin

In der Praxis der Gesundheits- und Sozialämter gibt es Unsicherheiten über das Gewicht des Wunsch- und Wahlrechts der Hilfeberechtigten. Insbesondere bei umfangreichen ambulanten Pflegen betrachten einige Bezirksämter das Wahlrecht als gegenstandslos. Dagegen steht die im Rundschreiben geäußerte Rechtsauffassung der Senatsverwaltung. Sie betont, das Wunsch- und Wahlrecht der Hilfeberechtigten dient der Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens. Zudem wendet sie sich gegen Kostenvergleiche, die nicht alle entscheidungserheblichen Aspekte einbezögen und so nur zur Aushölung des Wunsch- und Wahlrechts führten und insgesamt den Blick für sachgerechte Entscheidungen verstellten.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | **BERLIN**

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
An der Urania 12, D-1000 Berlin 30

Rundschreiben VII Nr. 10/1990

Betr.: Hilfe zur Pflege gemäß § 68 f BSHG;
hier: Wunsch- und Wahlrecht des Hilfeberechtigten

Einzelfälle und die öffentliche Diskussion geben Veranlassung zu grundsätzlichen Ausführungen bezüglich des Wunsch- und Wahlrechts des Hilfeberechtigten:

Das Wunsch- und Wahlrecht des Hilfeberechtigten (§ 3 Abs. 2 BSHG) dient der Ausgestaltung des überragenden Grundsatzes der Sozialhilfe, daß die Hilfe dem Empfänger ein Leben zu ermöglichen hat, das der Würde des Menschen entspricht.

Das Wunsch- und Wahlrecht des Hilfebedürftigen ist allerdings eingeschränkt durch die unbestimmten Rechtsbegriffe "angemessen" in § 3 Abs. 2 Satz 1 BSHG und "unverhältnismäßige Mehrkosten" in § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG.
Ein Wunsch ist dann angemessen, wenn er zur Deckung des sozialhilferechtlichen Bedarfs führt.
Die Frage der Mehrkosten ist die eines Kostenvergleiches. Die Unverhältnismäßigkeit der Mehrkosten richtet sich danach, ob die Mehrkosten nach den besonderen Bedürfnissen des Hilfeberechtigten, seiner Notlage und Hilfebedürftigkeit außerhalb einer vernünftigen Relation zum Kostenaufwand des Sozialhilfeträgers stehen.

...

Fahrverbindungen:
Bus-Linien 9, 19, 29, 69, 73, 85, 16, 24 (Lützowplatz)
U-Bahn Wittenbergplatz

Sprechzeiten:
Montag, Dienstag,
Freitag von 9 bis 12 Uhr
Telex: 0 183 798 sen d
Telefax: (0 30) 21 32 7 43 (VST)
(0 30) 21 32 6 86 (Pressestelle)
BTX (0 30) 211 7086

Zahlungen bitte nur bargeldlos an die Landeshauptkasse Berlin, 1000 Berlin 30

Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
58-1 00	PGiroA Bln	100 100 10
0 990 007 600	Spk Berlin West	100 500 00
9 919 280 800	Berliner Bank AG	100 200 00
10 001 520	LZB Berlin	100 000 00

Bezogen auf die (erforderliche) Hilfe in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen und den insoweit ggf. anzustellenden Kostenvergleich, wenn der Betreffende Aufnahme in eine "teuere" Einrichtung wünscht, hat die Rechtsprechung Mehrkosten dann für vertretbar gehalten, wenn der Pflegesatz nicht mehr als einen bestimmten Prozentsatz über dem Pflegesatz entsprechender Einrichtungen liegt, indem der Sozialhilfeträger sonst Hilfeempfänger unterbringt (Bundesverwaltungsgericht, FEVS 31, 226: 75 % Mehrkosten bei einem solchen Vergleich seien ohne weiteres unverhältnismäßig; Bay VGH, FEVS 32, 228: 185 % und 219 % seien unverhältnismäßig).
Bezogen auf einen Kostenvergleich zwischen der ambulanten Versorgung im gewohnten Lebensbereich einerseits und der stationären Versorgung andererseits sind solche Prozentzahlen allein jedoch nicht entscheidungserheblich. Vielmehr geht es hier um eine qualitativ andere Art von Gestaltung der Hilfe, bei der vornehmlich der im Gesetz vorgenommene oberste Maßstab beachtet werden muß, dem Hilfeberechtigten ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 1 Abs. 2 BSHG), seine Persönlichkeit zu entfalten und seine Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu stärken.

Wie einerseits der Sozialhilfeträger unter dem Druck steigender Heimkosten aus finanziellen Überlegungen Heimunterbringungswünschen entgegen dem tatsächlichen Bedarf nicht ablehnen darf, darf er andererseits grundsätzlich den Hilfeberechtigten nicht auf die Inanspruchnahme einer stationären Einrichtung verweisen, wenn der erforderliche Pflegeaufwand auch ambulant geleistet werden kann.

Gestützt wird diese Auffassung auch durch § 3 a BSHG. Zwar hat sich der Gesetzgeber insoweit von der Vorstellung leiten lassen, es sei regelmäßig kostengünstiger, Hilfe zur Pflege im häuslichen Bereich zu gewähren, während in der Rechtswirklichkeit festzustellen ist, daß in einer Reihe von Fällen die Kosten ambulanter Pflegehilfe z. T. höher sind als die für stationäre Pflegehilfe. In der Gesetzesbegründung zu § 3 a BSHG werden jedoch neben dem Gesichtspunkt "kostengünstig" wichtige weitere Entscheidungskriterien genannt, daß nämlich ambulante Hilfen oft "sachgerechter" und "menschenwürdiger" seien.

Insbesondere ist festzuhalten, daß auch Behinderten (Pflegebedürftigen) Lebensformen nicht grundsätzlich verschlossen bleiben dürfen, die gesunde Menschen für sich überwiegend verwirklichen (Bayr. VG, Urteil vom 7. August 1989 - Az. M 18 K 89. 1234). Auch ist zu berücksichtigen, daß die Persönlichkeit des Behinderten (Pflegebedürftigen) nicht die durch die selbständige, tägliche Daseinsbewältigung lebensnotwendige Stärkung erfahren würde, sondern im Verlauf einer aufgezwungenen Lebensführung besonders gefährdet wäre (Bayr. VG, Beschluß vom 15. Dezember 1987 - Az. M 15 E 87.6799).

Der Begriff der unverhältnismäßigen Mehrkosten im Sinne des § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG, der den Sozialhilfeträger zur Ablehnung von Wünschen auf bestimmte Sozialleistungen berechtigt, muß daher unter Einbeziehung sämtlicher Grundsätze des Sozialhilferechts einschließ-

...

lich der o. g. Erwägungen ausgelegt werden. Unter diesem Gesichtspunkt kann letztendlich ambulante Pflegehilfe nur verweigert werden, wenn die Gewährung stationärer Pflege für die Betroffenen annähernd gleiche Entfaltungsmöglichkeiten bietet und der Kostenvergleich ergibt, daß eine stationäre Pflege günstiger ist.
Die Pflege in der eigenen Wohnung wird daher häufig die allein erforderliche und angemessene Form der Hilfegewährung sein.

Wir bitten, bei der Ausübung des Ihnen zustehenden Ermessens die o. g. Kriterien zugrunde zu legen, damit auch eine einheitliche Entscheidungspraxis gesichert ist.

Nur der Vollständigkeit halber sei auf folgendes hingewiesen:

Wenn der Hilfeberechtigte auf eine andere Art der Deckung seines Pflegeaufwandes verwiesen wird, nämlich durch Aufnahme in eine stationäre Einrichtung, muß als Ergebnis einer individuellen Überprüfung feststehen, ob eine solche geeignete Einrichtung im Sinne des § 3 Abs. 1 BSHG überhaupt verfügbar ist. Um einen sinnvollen Kostenvergleich durchführen zu können, müßte überdies festgestellt werden, welchen zusätzlichen Zeitaufwand die Pflege des Hilfeberechtigten tatsächlich im Durchschnitt erfordert und was demgegenüber ein solcher zeitlicher Aufwand in einer stationären Einrichtung, die den Bedürfnissen des Hilfeberechtigten entspricht, kosten würde. Insbesondere schließt nicht jede kostengünstigere Heimunterbringung aus, daß weitere Pflegekosten anfallen können, weil nicht jedes Heim grundsätzlich für alle Fälle der Behindertenpflege eine angemessene Versorgung allein mit dem Heimpersonal sicherstellen kann.

Im Auftrag
Sander

Beglaubigt

UNO-ERLÄRUNG ÜBER DIE RECHTE DER BEHINDERTEN

ENTSCHLIEßUNG 3447 (XXX) VOM 9.DEZEMBER 1975

Die Generalversammlung,

— in dem Bewußtsein dessen, daß sich die Mitgliedstaaten in der Charta der Vereinten Nationen verpflichtet haben, gemeinsam und einzeln mit der Organisation zusammenzuarbeiten, um die Verbesserung des Lebensstandards, die Vollbeschäftigung und die Voraussetzungen für wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt und Aufstieg zu fördern,

— in Bekräftigung ihres Glaubens an die Menschenrechte und Grundfreiheiten und an die in der Charta verkündeten Grundsätze des Friedens, der Würde und des Werts der menschlichen Persönlichkeit und der sozialen Gerechtigkeit,

— unter Hinweis auf die Grundsätze der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, der Internationalen Menschenrechtspakte, der Erklärung der Rechte des Kindes und der Erklärung über die Rechte geistig zurückgebliebener Personen sowie auf die für den sozialen Fortschritt bereits in den Satzungen, Übereinkommen, Empfehlungen und Entschließungen der Internationalen Arbeitsorganisation, der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur, der Weltgesundheitsorganisation, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen und anderer zuständiger Organisationen aufgestellten Normen,

— unter Hinweis ferner auf die Entschließung des Wirtschafts- und Sozialrats 1921 (LVIII) vom 6. Mai 1975 über die Verhütung von Behinderungen und die Rehabilitation von Behinderten,

— mit Betonung darauf, daß in der Erklärung über sozialen Fortschritt und Aufstieg die Notwendigkeit des Schutzes der Rechte und der Gewißheit für Betreuung und Rehabilitation der körperlich und geistig Benachteiligten verkündet worden ist,

— im Hinblick auf die Notwendigkeit, körperliche und geistige Behinderungen zu verhüten, Behinderten unter Heranziehung der verschiedensten Tätigkeitsbereiche zur Entfaltung ihrer Fähigkeiten zu verhelfen und ihre Eingliederung ins normale Leben soweit wie möglich zu fördern,

— in Kenntnis der Tatsache, daß manchen Ländern beim gegenwärtigen Stand ihrer Entwicklung nur beschränkte Anstrengungen in dieser Richtung möglich sind,

— verkündet diese Erklärung über die Rechte der Behinderten und ruft dazu auf, durch innerstaatliche und internationale Maßnahmen dafür zu sorgen, daß sie eine gemeinsame Grundlage und einen gemeinsamen Bezugsrahmen für den Schutz dieser Rechte bildet:

1. Der Begriff ›Behinderter‹ bezeichnet jede Person, die infolge eines Mangels ihrer körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, gleichgültig, ob dieser angeboren ist oder nicht, ganz oder teilweise nicht in der Lage ist, die Anforderungen eines normalen Einzel- und/oder Gemeinschaftslebens selbständig zu erfüllen.
2. Behinderte genießen alle in dieser Erklärung aufgeführten Rechte. Diese Rechte kommen allen Behinderten zu, ohne jegliche, wie auch immer geartete Ausnahme und ohne Unterschied oder Benachteiligung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögensstand, Geburt oder sonstiger Umstände, gleichgültig, ob es sich dabei um den Behinderten selbst oder um dessen Familie handelt.
3. Behinderte haben das unveräußerliche Recht auf Achtung ihrer Menschenwürde. Behinderte haben ungeachtet der Ursache, Art und Schwere ihrer Benachteiligungen und Behinderungen die gleichen Grundrechte wie ihre gleichaltrigen Mitbürger, d. h. zunächst und vor allem das Recht auf ein möglichst normales und erfülltes menschenwürdiges Leben.
4. Behinderte haben die gleichen bürgerlichen und politischen Rechte wie andere Menschen; Ziffer 7 der Erklärung über die Rechte geistig Zurückgebliebener gilt für jede mögliche Einschränkung oder Aufhebung dieser Rechte der geistig Behinderten.
5. Behinderte haben Anspruch auf Maßnahmen, die ihnen helfen, so selbständig wie möglich zu werden.
6. Behinderte haben Anspruch auf medizinische, psychologische und funktionelle Behandlung einschließlich prothetischer und orthetischer Geräte, auf medizinische und soziale Rehabilitation, Bildung, berufliche Ausbildung und Umschulung, Hilfe, Beratung, Arbeitsvermittlung und andere Dienstleistungen, die ihnen die größtmögliche Entfaltung ihrer Anlagen und Fertigkeiten erlauben und den Prozeß ihrer sozialen Eingliederung oder Wiedereingliederung beschleunigen.
7. Behinderte haben Anspruch auf wirtschaftliche und soziale Sicherheit und auf einen menschenwürdigen Lebensstandard. Sie haben entsprechend ihrer Fähigkeit Anspruch auf Erlangung und Bewahrung eines Arbeitsplatzes oder auf die Ausübung einer nützlichen, produktiven und bezahlten Beschäftigung sowie auf Aufnahme in eine Gewerkschaft.
8. Behinderte haben Anspruch darauf, daß ihre besonderen Bedürfnisse auf allen Stufen der wirtschaftlichen und sozialen Planung berücksichtigt werden.
9. Behinderte haben das Recht, bei ihrer Familie oder bei Pflegeeltern zu wohnen und sich an allen auf ein Ziel gerichteten (kreativen) oder der Erholung gewidmeten (rekreativen) sozialen Tätigkeiten zu beteiligen. Ein Behinderter darf hinsichtlich seines Wohnsitzes nur insoweit unterschiedlich behandelt werden, als sein Zustand dies erfordert oder dies eine Verbesserung für ihn bedeutet. Ist der Aufenthalt eines Behinderten in einer besonderen Anstalt unumgänglich, so müssen dort Umwelt und Lebensbedingungen soweit wie möglich den normalen Lebensbedingungen einer gleichaltrigen Person entsprechen.
10. Behinderte sind vor jeder Ausbeutung sowie vor jeder Regelung oder Behandlung benachteiligender, verletzender oder erniedrigender Art zu schützen.
11. Behinderte müssen fachkundige Rechtshilfe in Anspruch nehmen können, falls sich dies für den Schutz ihrer Person und ihres Eigentums als unerläßlich erweist. Wird gegen einen Behinderten gerichtlich vorgegangen, so ist dabei sein körperlicher und geistiger Zustand voll zu berücksichtigen.
12. In allen die Rechte von Behinderten betreffenden Fragen kann es zweckmäßig sein, Behinderten-Organisationen zu konsultieren.
13. Behinderte, ihre Familien und Gemeinden sind mit allen geeigneten Mitteln voll über die in dieser Erklärung stehenden Rechte zu unterrichten.

Abstimmungsergebnis: Durch allgemeine Zustimmung angenommen.

Betreuung oder Selbstbestimmung

Zur Lage der Behinderten in Schweden

Von Adolf Ratzka

(...)

Die seit einigen Jahren in Schweden aktive internationale „Independent Living"-Bewegung, die für gleiche Bürgerrechte für Menschen mit Behinderungen arbeitet und auch in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Namen „Selbstbestimmtes Leben" Fuß gefaßt hat, fordert neue Organisationsformen der Dienste für Behinderte, die dem Benützer die konkreten Voraussetzungen zur Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Kontrolle garantieren. So führt der Stockholmer Verein für Independent Living (STIL) ein Pilotprojekt durch, in dem Menschen mit Bedarf an persönlicher Assistenz mit Hilfe von kommunalen Geldern selbst Arbeitgeber für ihre Assistenten sind — ein Projekt, das in Schweden aufmerksam beobachtet und auch für andere Dienste als richtunggebend angesehen wird.

(...)

DAS PARLAMENT

Nr. 9 / 26. Februar 1988

Havelhöhe droht die Schließung

Krankenkassen wollen 6705 Akutbetten streichen

In Berlin sollen in naher Zukunft vier Krankenhäuser in Pflegeeinrichtungen umgewandelt werden. Außerdem wird der örtliche Bereich Havelhöhe des Krankenhauses Spandau mit 591 Betten total geschlossen. Das geht aus einem, dem VOLKSBLATT vorliegenden, „Rohentwurf eines Arbeitspapiers" der Krankenkassen hervor.

Dem Papier zufolge sollen in Berlin insgesamt 6705 Akutbetten abgebaut oder umgewidmet werden. So müßten das Krankenhaus Wenckebach (559 Betten) „bei gleichzeitiger Aufgabe der Psychiatrie im Krankenhaus Neukölln" in eine psychiatrische Versorgungseinrichtung und die Städtischen Krankenhäuser Moabit (886 Betten), Zehlendorf (831 Betten) und das Auguste-Viktoria-Krankenhaus (1162 Betten) in eine „geriatrische Rehabilitation mit Langzeitversorgung" umgewandelt werden. Für die Havelhöhe in Spandau gebe es „keinen Bedarf mehr".

Der stellvertretende Geschäftsführer der AOK, Grieger, erklärte auf Anfrage, daß dieses „interne Papier" der Krankenkassen bisher nur als Diskussionsvorlage diene. Der Gesundheitssenat wollte gestern keine Stellungnahme abgeben. Dafür forderte die Fraktion Grüne/Bündnis 90 endlich Klarheit. Dieses Papier zeige, „unter welche Bedrohung die Stadt angesichts des chaotischen Einigungsprozesses geraten sei". (...)

VOLKSBLATT BERLIN
26.FEBRUAR 1991

Die Ambulanten Dienste leisten seit zehn Jahren einen beispielhaften Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation pflege-/hilfeabhängiger Menschen.

Die vorliegende Broschüre bietet einen Überblick über die Bedingungen ambulanter Hilfeerbringung. Schwierigkeiten werden auf die strukturellen Mechanismen hin analysiert.

In der ehemaligen DDR befindet sich die ambulante Versorgung erst in den Anfängen.
Die langjährigen Erfahrungen mit dem Zivildienst haben gezeigt, wie wenig dieser Dienst den Anforderungen der Individuellen Schwerstbehinderten Betreuung (ISB) gerecht werden kann.

Die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes behinderter Menschen ist an konkrete Forderungen geknüpft:

Geld für Hilfen in die Hände der Betroffenen!

Bedarfsdeckende Organisation ambulanter Hilfen, sowie ihre bedarfsdeckende Finanzierung nach einem einheitlichen Leistungsgesetz!

Auflösung der Heime!