

Alt werden und sterben,
wo ich zu Hause bin – in Polen und in Deutschland

Klaus Dörner

Die „Geschichte der Armut“ (München 1991), das Buch des ehemaligen polnischen Außenministers Bronislaw Geremek, ist für mich immer noch die Bibel zum besseren Verständnis sozialer und gesundheitlicher Probleme, auch der Trennung oder Mischung der jeweils Starken und Schwachen in der Gesellschaft. Mit dieser Lektüre versteht man, warum die sozialen und gesundheitlichen Probleme der psychisch Kranken und der Behinderten, ab dem 20. Jh. auch noch der Alterspflegebedürftigen fast immer nur die Probleme der Armen sind, da die Reichen sich meistens andere Problemlösungen erkaufen können. Man versteht, warum es in Europa schon seit dem 16. Jh. auf die verschiedenen, jeweils zeittypischen sozialen Probleme immer nur gesamteuropäische sozialpolitische Lösungsmuster gegeben hat.

Und man versteht die zunehmende Dynamik, mit der seit Beginn der Neuzeit zunächst nur die alleinstehenden, unbehausten Armen den Hilfe- und zugleich Disziplinierungsprogrammen unterworfen wurden, während erst mit Beginn der Moderne, also des 19. Jh., - unter dem Diktat der marktförmig betriebenen Industrialisierung – auch die familiengebundenen, behausten Armen (also auch die der psychisch Kranken, Behinderten und später die der Alterspflegebedürftigen) aus ihren Familien ausgegrenzt und systematisch in spezialisierten Institutionen konzentriert wurden, was ihr Ansehen und infolge dessen die Gewalthemmschwelle gegen sie so absenken musste, dass das z. B. die Behindertenmorde der Nazis erst in Polen, dann in Deutschland zumindest erheblich erleichtert hat.

Und in diesen sozialen Institutionen erfolgte – zur Entlastung der Bürger vom Helfen – die Professionalisierung des Helfens, entstanden menscheitsgeschichtlich erstmals helfende Berufe. Deren Angehörige, die Sozialprofis, wurden aber nun nicht für die Integration der psychisch Kranken, Behinderten und Alterspflegebedürftigen bezahlt, sondern im Gegenteil für die Aufrechterhaltung der Trennung zwischen Starken und Schwachen. Ihre Aufgabe war der Schutz zugleich für die Schwachen und vor den Schwachen, weil nur unter dieser Bedingung die Industriegesellschaft störungsfrei ihre

Produktivität maximieren konnte – eine Rechnung, die zumindest für die Starken für 100 Jahre voll aufgegangen ist. Und wovon wir alle profitiert haben.

Eine solche Geremek-Lektüre, wo alles Soziale stets im gesamtgesellschaftlichen Rahmen betrachtet wird, ist hilfreich, um auch nur halbwegs ermessen zu können, warum in Europa etwa ab 1980 das über 100 Jahre bewährte Hilfesystem, insbesondere mit seinen Prinzipien der Institutionalisierung und der Professionalisierung des Helfens, an Wirksamkeit und Tragfähigkeit verliert; denn erst ungefähr seit dieser Zeit ist uns bewusst, dass wir in eine neue Gesellschaft hineinwachsen, die durch den größten gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte gekennzeichnet ist, gegenüber dem das alte Hilfesystem versagt. Zu den bisherigen Bevölkerungsgruppen sind nämlich drei in ihrer Größe menschheitsgeschichtlich neuartige, hilfe- und kostenintensive Bevölkerungsgruppen hinzugekommen: einmal die Alterspflegebedürftigen und Dementen und zum Anderen die körperlich chronisch Kranken, beide vor allem als Erfolg des medizinischen Fortschritts. Zum dritten sind die zu nennen, die ich gern die neo-psychisch Kranken nenne, also die Befindlichkeits- und Persönlichkeitsstörungen, denen noch vor 30 Jahren niemand einen Krankheitswert zuerkannt hätte, die aber unter immer neuen Diagnosen heute ständig zunehmen, bei der Verachtlichung der Psychotherapie-Anbieter in Deutschland weniger fortschritts-, sondern mehr marktbedingt und von den Krankenkassen wegen ihres von niemandem zu begrenzenden Wachstums für das größte finanzielle Problem gehalten – nicht selten zu Lasten der klassischen schwerer psychisch Kranken.

Für die Bedeutung insbesondere der Alterspflegebedürftigen haben die Demographen inzwischen auch eine globale Dimension des Syndroms der Zunahme der Alten bei gleichzeitiger Abnahme der Kinderzahl errechnet: Epidemiologisch beginnt es in Westeuropa und den USA, dicht gefolgt von Osteuropa, erreicht schon in Kürze die Schwellenländer und wird in einigen Jahrzehnten über Südamerika auch die afrikanischen Länder erfassen – Mit all seinen tiefgreifenden sozialen und ökonomischen Umwälzungen. Man kann also sagen, dass das Land, das als Erstes ein diesen Veränderungen angepasstes Hilfesystem erfindet, einen globalen Exportschlager hat, wobei Polen keine schlechten Chancen hätte, weil Sie die Fehler, die wir in Deutschland auf diesem Weg bisher gemacht hatten, überspringen könnten.

Auch wenn noch niemand sagen kann, wie das neue Hilfesystem aussehen könnte, kann man heute doch schon nachweisen, dass das alte Hilfesystem der Industriegesellschaft mit seinen zentralen Prinzipien der Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens, wie schon angedeutet, an Gültigkeit verloren hat. Denn die Explosion des gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs ist so atemberaubend, dass einmal die Professionalisierung des Helfens nicht mehr nur einfach linear fortgeschrieben werden kann; vielmehr muss ein zunehmender Anteil davon an die Bürger zurückgegeben werden: die Bürger müssen, ob sie wollen oder nicht, sich darauf einstellen, in ihrem Wochenzeitbudget zwischen ihrer arbeitsgebundenen und ihrer freien Zeit eine dritte Zeit als soziale Zeit vorzuhalten – für nicht zur Familie Gehörende, also fremde Hilfsbedürftige, zumindest in der Nachbarschaft, wie sie es bis zum Beginn der Moderne in allen Kulturen ohnehin immer gewohnt waren. Dies ist nicht etwa nur aus Kostengründen erforderlich, damit zumindest die unersetzlichen Fortschrittskerne der Professionalisierung des Helfens dauerhaft finanzierbar bleiben. Notwendig ist dies vielmehr noch mehr wegen des zwangsläufig zunehmenden Integrationsbedarfs. Denn während früher die Menschen ganz gern ins Alterspflegeheim gingen, schon wegen des früher noch herrschenden Prinzips der „gesunden Mischung“ von Fitten und weniger Fitten, geht heute praktisch kaum noch jemand wirklich freiwillig ins Heim, obwohl das in der Zwischenzeit materiell viel besser geworden ist. Seit etwa zwei Jahrzehnten wollen fast alle zu Hause leben und sterben. Da aber keine Gesellschaft es sich dauerhaft leisten kann, den letzten und vornehmsten Wunsch aller seiner Bürger zu ignorieren, stellt sich die spannende Frage, wer denn eigentlich integrieren kann. Zwar können wir Sozialprofis fast alles, aber selbst integrieren, die Alltagsbegleitung beim Leben und Sterben in den eigenen vier Wänden, das können wir nicht, das können nur die Bürger: nur Bürger können Bürger integrieren.

Ähnlich ist es zum Anderen mit dem Prinzip der Institutionalisierung. Hier geht es nämlich nicht nur um den subjektiven Wunsch: es sollen nicht mehr die Menschen zur Hilfe, sondern die Hilfe soll zu den Menschen gebracht werden. Sondern es geht auch um objektive Gegebenheiten; denn die institutionelle Ausgrenzung lässt sich nur für Minderheiten rechtfertigen, etwa mit dem Argument, dass Minderheiten Opfer bringen müssen, wenn der Nutzen für die Mehrheit nur groß genug ist, was über 100 Jahre der Fall war. Zudem traf das zwar z. B. bei schwerer psychischer Erkrankung zu, wo die familiäre Belastungsquote 1 % war, auch bei geistiger Behinderung mit einer familiären Belastungsquote von ca. 3 % und vor 100 Jahren auch noch bei Alterspflegebedürftigkeit

mit einer Belastungsquote von etwa 5 %. Heute aber ist praktisch jede zumindest erweiterte Familie fast zu jeder Zeit mit einem Problem der Alterspflegebedürftigkeit oder Demenz belastet, sodass die familiäre Belastungsquote gegen 100 % geht, was nicht mal im Mittelalter bei Pest und Cholera der Fall war. Wenn aber die Alterspflegebedürftigen keine Minderheit mehr sind, ab 80 Jahren auf 40 % steigt und die Dementen ab dem 93. Lebensjahr mehrheitsfähig werden, kann man eine so große und normal gewordene Bevölkerungsgruppe nicht mehr der Problemlösung der ausgrenzenden Institutionalisierung unterwerfen. Denn die qualitative Veränderung, mit der wir uns heute herumschlagen, schlägt bis ins Menschenbild durch: Wir werden das Menschenbild der Aufklärung, wonach der Mensch – von pathologisch definierbaren Ausnahmen abgesehen – ein Vernunftwesen ist, durch ein anderes Menschenbild zu ersetzen haben, wonach der Mensch phasenweise vernünftig und phasenweise nicht-vernünftig ist, das eine aber wie das andere als normal angesehen werden muss. Zur Institutionalisierung gibt es aber nur eine einzige Alternative: Das ist die Integration; und, wie wir schon gesehen haben, nur Bürger können Bürger integrieren.

So, das war also die theoretisch-deduktive oder normative Perspektive. Von ihr kann jeder nach Belieben sagen, dass er sie glaubt oder dass er sie etwa für sozialromantischen Unsinn hält, weil die Bürger doch nicht so blöd sind, eine solche freiwillige Wiederbelastung zugunsten fremder Anderer mit sich machen zu lassen, weil sie doch seit 100 Jahren (zumindest in Westdeutschland) darin eingeübt sind, sich zunehmend auf ihr gesund-egoistisches Eigeninteresse zu beschränken. Daher bin ich Ihnen jetzt auch noch die empirische Perspektive schuldig: Wie verhalten sich die Bürger wirklich? Dazu habe ich mich nicht nur mit der wissenschaftlichen Literatur und dem Studium der Statistiken beschäftigt, sondern ich habe auch in den ersten zehn Jahren meines Rentnerdaseins ca. 1500 Reisen unternommen, vor allem zu bürgergesellschaftlichen Basisinitiativen. Dabei bin ich aus dem Staunen nicht herausgekommen, wie sehr die Bürger in der Breite empirisch nachweisbar in Bewegung geraten sind und sich gegen den Markt-Zeitgeist seit 100 Jahren erstmals wieder mehr dem Hilfebedarf für Andere öffnen, also in der Tat zunehmend eine dritte soziale Zeit vorsehen, nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig davon. Man kann also von so etwas wie einer neuen Bürgerhilfebewegung, ohne Bewusstsein ihrer selbst, sprechen, deren Aktivitäten sich allmählich auch im Zugewinn an Tragfähigkeit der gesellschaftlichen Basisinstitutionen Familie, Nachbarschaft, Kirchengemeinde und Kommune niederschlagen. Bescheidener ausgedrückt: seit 1980 gibt es gegen den nach wie vor

dominanten Trend der Marktorientierung und der Trennung von Starken und Schwachen zumindest einen Gegentrend der Gemeinwohlorientierung und der Mischung von Starken und Schwachen – vor allem durch die Zunahme von uns Alten erzwungen. Ich habe meinen bisherigen Reisebericht als Zwischenbilanz in dem Büchlein „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ (Neumünster 2007) zu Papier gebracht und durch eine Satire über unsere Profi-Schwierigkeiten, die Bürgerhelfer als gleichberechtigt anzusehen, unter dem Titel „Helfende Berufe im Markt-Doping“ (Neumünster 2008) ergänzt.

Nachfolgend wenigstens ein paar Beispiele aus meinem empirischen Beweismaterial – zur praktischen Anregung für jeden von uns an seinem Arbeitsplatz:

1. Die Heimquote, also die Prozentzahl der Aufnahmen in Altenpflegeheime der über 80-Jährigen ist in Deutschland zwischen 1980 und 2005 von fast 26 % auf 20 % gesunken. Das ist auf dem Hintergrund besonders bemerkenswert, dass in derselben Zeit die Zahl der Heimplätze für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte bis heute fortlaufend gestiegen ist, obwohl wir auf unsere Psychiatriereform mit unseren unendlichen Profi-Bemühungen und den ungleich höheren finanziellen Investitionen so stolz sind.

2. Neue Organisationsformen des Helfens der Bürger oder unter Bürgerbeteiligung.

So gibt es seit 1980 einen kontinuierlichen Anstieg der Freiwilligen ganz allgemein. Man spricht in Deutschland von ca. 30 %. Wie gering die Unterschiede zu Polen sind, ergibt sich aus einem Artikel von Stefan Garsztecki (Polen und wir 1/2008, S. 7-8): danach sind in Polen seit 1990 25 % der Bevölkerung als Freiwillige zivilgesellschaftlich aktiv, davon 18 % im Bereich Gesundheit und Soziales, was den Zahlen in Deutschland entspricht.

Weiterhin nimmt seit 1980 (warum stets seit 1980, weiß ich nicht) die Zahl der Nachbarschaftsvereine und der Angehörigenvereine zu. Seit 1980 haben sich die Selbsthilfegruppen systematisiert, ist die Hospizbewegung entstanden und gibt es die neue Pflege- und Sterbebegleitungskultur der Aidshilfe.

Seit 1980 entstehen fast täglich neue Bürgerstiftungen; auch hier gibt es keinen Unterschied zu Polen, wo seit 1990 8200 Stiftungen entstanden sind.

Seither ist auch die an sich alte Einrichtung der Familienpflege als „Gastfamilie“ wiederbelebt und nun auch für Alterspflegebedürftige und Demente geöffnet worden. Man findet nicht selten kleinere landwirtschaftliche oder handwerkliche oder

Dienstleistungsbetriebe (Gastronomie), die sich nur deswegen finanziell tragen, weil sie zusätzlich noch ein oder zwei Alterspflegebedürftige in die Familie aufgenommen haben, eine Bewegung, die nun auch die Übertragbarkeit auf Alleinerziehende erprobt.

Bedeutsam ist auch die neue Bewegung des generationsübergreifenden Siedelns, wo mal Dutzende, mal Hunderte Bürger aller Generationen auf der Basis gegenseitiger Hilfe gemeinsame Wohnprojekte betreiben. Da es ca. 1000 solcher Projekte seit 1980 gibt, verändert das schon allmählich die bisherige soziale Infrastruktur.

Schließlich ist auch die ebenfalls neue Bewegung der ambulanten Wohnpflegegruppen erwähnenswert, wovon es etwa 600 Projekte gibt. Hier bildet sich in der Regel eine Auftragsgemeinschaft von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, sodass die Pflegebedürftigen oder Dementen selbst Mieter bleiben und getrennt davon bei Bedarf einen Vertrag mit einem ambulanten Pflegedienst schließen, stadtviertelorientiert und rund um die Uhr betreut; mal sind es nur Demente, mal auch untermischt mit anderen Behinderten des Viertels, was – nach meiner Erfahrung – gerade wegen der Heterogenität zur Lebendigkeit der Wohngruppe beiträgt, an deren Haushaltsführung sich alle nach ihren jeweiligen Möglichkeiten beteiligen. Die Varianten sind unendlich, weil schon wegen der Neuheit niemand sagen kann, was sich irgendwann mal als das Beste herausstellen wird.

3. Zu den Motiven der neuen Bürgerhelfer.

Hier bin ich vor allem auf meine zahlreichen Gespräche mit Freiwilligen angewiesen. Es scheint so etwas zu geben wie ein Leiden an zu viel freier Zeit. In 100 Jahren hat sich die freie Zeit im Verhältnis zur arbeitsgebundenen Zeit etwa verdoppelt. Bei Langzeitarbeitslosen und vor allem bei Rentnern wächst die freie Zeit bis auf 100 %. Nun kann offenbar bei den meisten Menschen der Zugewinn an freier Zeit nur bis zu einem Optimum genossen werden; jenseits davon schlägt der Genuss in Leiden um. Spätestens dann braucht man, wenn man nicht fälschlich zum Psychotherapeuten geht, im Verhältnis zu seinem Maß an Selbstbestimmung einen komplementären Wert, den ich die „Tagesdosis an Bedeutung für Andere“ nenne – nicht zu viel davon, aber auch nicht zu wenig. Das ist das Maß für die dritte soziale Zeit, die man braucht, um sich gesund zu fühlen, ein Minimum an Fremdbelastung durch Andere, die nicht zur eigenen Familie gehören, ohne das der Zusammenhang einer Gesellschaft nicht denkbar wäre. Das Wissen darum, dass heute die meisten Zivilisationskrankheiten weniger durch Überlastung und mehr durch Unterlastung gefördert werden, scheint nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychosoziale Ebene zu gelten. Das würde zeigen, wie

sehr das neue Engagement der Bürger realistisch auch an den eigenen Nöten orientiert ist.

Das gilt um so mehr, wenn man bedenkt, dass heute die Erwerbsarbeit für immer mehr Haushalte unzureichend ist, diesen zu finanzieren, weshalb immer mehr Menschen auf einen Zweitjob angewiesen sind, der sich immer häufiger im sozialen Bereich, insbesondere im Dienst an Alterspflegebedürftigen finden lässt, legal, halblegal oder illegal organisiert, zunehmend auch durch Bürger-Fortbildungen z. B. zum „Alltagsbegleiter“ legalisiert. Die neuen Bürgerhelfer unterscheiden sich eben auch von den alten „Ehrenamtlichen“ dadurch, dass sie nicht nur Zeit geben, sondern notfalls auch Geld dafür nehmen.

4. Auswirkungen auf die basisnahen sozialen Institutionen.

a) Die Familie, spätestens seit der 68-er Bewegung als Auslaufmodell gehandelt, scheint schon aufgrund ihres ehrwürdigen Alters mehr zur Selbstreparatur fähig, als man gedacht hat. So ist es bemerkenswert, dass in Deutschland immer noch 70 % der Alterspflegebedürftigen und Dementen von ihren Familien – mit oder ohne Profi-Beteiligung – versorgt werden. Diese Zahl ist seit Jahrzehnten ziemlich stabil, obwohl sich in der Zwischenzeit die objektiven Bedingungen dafür (Zahl der Kinder, Mobilität) deutlich verschlechtert haben. Das muss Gründe haben. So scheint es, dass die zu klein werdende Familie sich von der Blutsverwandtschaft auf die Wahlverwandtschaft ausweitet und – notfalls multilokal – tragfähiger macht. Freundschaft hat heute wieder eine Bedeutung wie zuletzt zur Zeit der Romantik, also Goethe die „Wahlverwandtschaft“ sprichwörtlich machte. Nur aus solcher selbstheilenden, schulternvermehrenden Ausweitung der Familie, die auch dazu beiträgt, die Nachbarschaft wieder zu beleben, konnten wohl die neuen Organisationsformen des Helfens erwachsen, also das generationsübergreifende Siedeln, die Gastfamilien und die Angehörigen-Auftragsgemeinschaften der ambulanten Wohnpflegegruppen.

b) Nachbarschaft: Auch unabhängig von dieser Eigendynamik der Familie scheint sich aber auch die eigenständige Institution der Nachbarschaft wieder zu beleben, scheinen wir unser Sinnesorgan dafür wieder zu entdecken. Weil dieser Begriff von vielen Menschen mit der glücklich überwundenen sozialen Kontrolle negativ verknüpft wird, habe ich den Begriff „dritter Sozialraum“ vorgeschlagen, territorial zwischen den Sozialräumen des Privaten und des Öffentlichen gelegen, im Städtischen Bereich 5000 bis 20000 Einwohner umfassend, in allen Kulturen der Menschheitsgeschichte als vital notwendig für drei Funktionen erachtet (für den Hilfebedarf, mit dem eine Familie

überfordert ist; für Singles, die gar keine Familie haben; und vor allem für alle Formen der Integration, nicht nur der Hilfsbedürftigen, sondern auch z. B. der Migranten). Gerade wegen seiner Überschaubarkeit und Begrenztheit ist nur für diesen dritten Sozialraum Bürgerengagement mobilisierbar und mit der Profi-Hilfe als „Bürger-Profi-Mix“ im Sinne „geteilter Verantwortung“ (Thomas Klie) synchronisierbar, dies allerdings am besten nur dann, wenn nicht nur die Profihelfer, sondern auch die Bürgerhelfer sich eigenverantwortlich, z. B. in Nachbarschaftsvereinen oder Bürgerbüros organisieren. Deshalb zeichnet sich heute schon ab, dass der dritte Sozialraum in der Größenordnung eines Stadtviertels oder einer Dorfgemeinschaft künftig die Organisationseinheit fürs Helfen im Rahmen eines neuen Hilfesystems sein wird, was auch unvermeidlich dazu führt, dass die bisherige, zwar nicht für die Betroffenen, wohl aber für Verwaltung, Wissenschaft und Profi-Fachlichkeit bequeme Spezialisierung (nur für psychisch Kranke oder Behinderte oder Demente) hinfällig oder durchlässig wird. Die inzwischen ca. 70 ambulanten Wohnpflegegruppen in Bielefeld sind typischerweise für alle hinreichend pflegebedürftigen Alten oder Behinderten eines Stadtviertels offen. Da mehrere Stadtviertel schon heute hinreichend dicht mit solchen ambulanten Wohnpflegegruppen besiedelt sind, kann man den Bürgern garantieren, dass sie auch ohne Heim in ihrem Viertel hinreichende Versorgungssicherheit für alle Pflegerisiken finden können. Daher hat in Bielefeld die gesamte Wohnungswirtschaft dieses Prinzip übernommen, und der größte Heimträger, das Ev. Johanneswerk hat beschlossen, keinen weiteren Heimplatz, sondern nur noch ambulante Wohnpflegegruppen zu schaffen. Durchschnittlich sind um eine Wohnpflegegruppe herum 20 Nachbarn als Bürgerhelfer engagiert. Die Stadtverwaltung von Bielefeld, aber auch z. B. von Rendsburg und Ettenheim können öffentlich verkünden, dass man zumindest auf dem Weg zur heimfreien Stadt sei. Ähnliches gilt für den bayerischen Landkreis Schwandorf.

c) Kirchengemeinde: Diese Einrichtung ist die einzige, die es flächendeckend gibt, die – historisch nicht zufällig – die ideale Größenordnung eines dritten Sozialraumes hat. Daher wäre sie auch ideal für die Mischung der Starken und Schwachen, zumal ihr das oberste biblische Gebot der Einheit von Gottes- und Menschendienst vorschreibt. In Wirklichkeit haben die Kirchengemeinden aber im Zuge der Industrialisierung ihren sozialen Menschendienst an die Diakonie bzw. Caritas abgetreten, sodass ihnen nur noch der Gottesdienst blieb, was heute zu den massenhaften Kircheng Austritten wenigstens deutlich beigetragen hat. Erst in letzter Zeit nehmen die Kirchengemeinden zu, die sich selbst eine Resozialisierung verschreiben und versuchen, die

Wiedervereinigung von diakonischer Professionalität und kirchengemeindlichem Bürgerengagement auf dem eigenen Territorium voranzubringen.

d) Kommune: Die kommunale Selbstverwaltung ist, von Ausnahmen abgesehen, noch eher zögerlich, diesem Trend zu folgen. Von Seniorenbeiräten und konventionellen Beratungsangeboten abgesehen, sind es noch am ehesten Dorf-Bürgermeister, die sich aktiv um Nachbarschaftsvereine oder eine ambulante Wohnpflegegruppen kümmern. In Österreich allerdings haben mehrere Landräte ihre Dorfgemeinschaften aufgefordert, im Verhältnis ihres errechenbaren Pflegebedarfs Wohnraum für ambulante Wohnpflegegruppen freizuziehen.

Als Fazit ist uns psychiatrischen Profihelfern in Deutschland wie in Polen im Rahmen einer anstehenden Umprofessionalisierung anzuraten, künftig all unsere Aktivitäten im Sinne einer „geteilten“ Verantwortung als „Bürger-Profi-Mix“ zu denken und zu organisieren. Voraussetzung dafür ist es zu lernen, unsere heute meist noch vertikale Beziehung zu den Bürgerhelfern in eine horizontale Beziehung umzuwandeln, wobei wir mehr im Dienst der Bürgerhelfer stehen als umgekehrt. In diesem Zusammenhang wenigstens noch ein Wort zu dem in meinem Beitrag zu kurz gekommenen Umgang mit dem Sterben. Auch hier ist die neue, ärztlich dominierte Palliativmedizin dabei, die ältere Hospizbewegung der Bürgerhelfer in ihren Dienst zu nehmen, während es in Wirklichkeit umgekehrt sein müsste. Wir sollten das Thema des Sterbens wohl eher doch in einer eigenen Tagung behandeln.

Im Übrigen hoffe ich, deutlich gemacht zu haben, dass wir wegen des ungleich größeren Umfangs des Problems der Altenpflege und Demenz wohl nur auf diesem Wege zu einem gesellschaftlich neuen, tragfähigen Hilfesystem auch für alle anderen Formen des Helfens kommen können, wir psychiatrischen Profis freilich nur dann, wenn wir lernen, dass die nicht-psychiatrischen Perspektiven zumindest für eine Zeitlang uns noch wichtiger sein müssen als die psychiatrischen Perspektiven. Denn schließlich geht es darum, dass ausgerechnet die Alten uns zwingen oder zumindest die historisch einmalige Chance bieten, auf dem Wege des angemessenen Umgangs mit ihnen aus der bisherigen Gesellschaft der Trennung der Starken und Schwachen zu einer neuen Gesellschaft der Mischung von Starken und Schwachen zu kommen. Und nur dadurch können wir auch für unsere sonstigen psychiatrischen Probleme profitieren.