

Vortrag zum Thema „Lebensqualität im Alter - Für ein neues Miteinander“ von Professor Dr. Dr. Klaus Dörner, Sozialpsychiater aus Hamburg, anl. des 27. Altenparlamentes am 25. September 2015 im Landeshaus

Sie haben mich für die heutige Sitzung um dieses Referat gebeten. Das ist eine Ehre, für die ich mich herzlich bedanke. Um Ihrer konkreten Arbeit heute dienlich zu sein, kann es sich dabei nur um eine Art Rahmenerzählung handeln, um Sie in Ihre zahlreichen konkreten Themen einzustimmen. Hierfür wähle ich vor allem die historische Perspektive. Denn auch der Titel, den Sie mir vorgegeben haben, versteht die heute und morgen entscheidende Lebensqualität im Alter als das Miteinander, das insofern neu ist, als wir bisher zu wenig davon hatten, womit Sie – wie ich meine – den Nagel auf den Kopf getroffen haben.

Zunächst zu meiner „Gebrauchsanweisung“, damit Sie wissen, was Sie von mir erwarten können: Zu meinen beruflichen Lebzeiten habe ich als Psychiater – jetzt selbst fast 82 Jahre alt – am Beispiel des psychiatrischen Landeskrankenhauses Gütersloh empirisch beweisen können, dass es ein Geburtsfehler der gesamten Psychiatrie war zu glauben, dass die chronisch psychisch Kranken, also die Unheilbaren, einen Daueraufenthalt in abgelegenen Anstalten, Großkrankenhäusern oder Großheimen bräuchten, womit wir psychiatrischen Profis jedes familiäre und gesellschaftliche Miteinander zerstörten, offenbar von dem Irrglauben des industriellen Zeitgeistes verführt, der Wert des Menschen bemesse sich an der ständigen Steigerung seines Leistungswerts und seiner Arbeitstempobeschleunigung. Denn in Gütersloh erwies es sich, dass sämtliche 435 Unheilbaren zwischen 1980 und 1996 in normale Wohnungen – allein, zu zweit oder als Wohngruppe – ambulantisiert und integriert werden konnten. Fazit: Das über 150 Jahre scheinbar bewährte System der Heime für Behinderte lässt sich heute ersetzen durch mehr Miteinander, nämlich vor allem durch drei Strategien: Erstens, die Verwandlung von hinreichend vielen Bürgern in begleitende Nachbarn. Zweitens durch die Gründung von zwölf Zuverdienstfirmen (für das stundenweise Arbeitsbedürfnis von sehr schwachen oder alten Menschen) und drittens durch ein flächendeckendes System von Selbsthilfegruppen und – woran bis dahin noch niemand gedacht hatte – Angehörigengruppen. Wir Profis ahnten allmählich, dass – anders als in der Körpermedizin – nicht nur der Patient im Mittelpunkt steht, sondern ebenso auch die lange vernachlässigten Angehörigen, insbesondere die pflegenden Angehörigen. Das haben wir damals schmerzlich lernen müssen.

Freilich ist einzuräumen, dass diese drei Strategien für ein neues Miteinander sich nur umsetzen lassen, wenn wir Profis bereit sind, auf einen Teil unserer

auch ökonomischen Eigeninteressen zu verzichten. Das gilt gegenüber psychisch Kranken/Behinderten ebenso wie gegenüber den alten, pflegebedürftigen und dementen Mitbürgern, zu denen ich nun komme, wenn die meisten von Ihnen auch schon mitgekriegt haben dürften, dass wir schon längst mitten im Thema sind.

Nachdem ich 1996 in Rente ging, wurde mir bald klar, dass Ruhestand pur schon rein medizinisch gar nicht auszuhalten ist, so beschloss ich: Wenn ich schon gezeigt habe, dass das Heimzeitalter für Behinderte heute eigentlich überholt ist, könnte ich jetzt doch Material sammeln, inwieweit das jetzt auch für Altenpflegeheime gilt, zumal man täglich in der Zeitung auf Statistiken stößt, wonach heute alte Menschen kaum noch von sich aus ein Heim für die letzte Wegstrecke wählen würden. Deshalb stellt sich die Frage, wieviel wir eigentlich tun, um diesen neuen Wünschen von uns Älteren zu entsprechen.

Seither bin ich auf circa 2.000 Reisen quer durch die Stadtviertel und Dörfer des deutschsprachigen Raums unterwegs, um in Gesprächen, vor allem mit Bürgerinitiativen, aber auch mit Profis herauszufinden, wo es welche ambulante Alternativen zum Heim mit Zugewinn an neuem Miteinander gibt. Dabei macht mir dieser Stress auch noch Spaß, weil die Vielfalt der ausprobierten Problemlösungen so unendlich groß ist, dass ich von jeder Reise mindestens eine neue Erfahrung mitbringe. Das ist bis heute so geblieben.

Inzwischen habe ich die mir als besonders brauchbar erscheinenden circa 80 Beispiele (mit Ansprechpartner und Adresse) in zwei Reiseberichten zusammengetragen: „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ (2007) und „Helfensbedürftig“ (2012) – beide im Neumünsteraner Paranus-Verlag erschienen. Hierin dürfte für jede Situation und jeden Geschmack etwas Passendes dabei sein. Ich habe Ihnen die Bücher zur Ansicht ausgelegt.

Bei der Auswahl haben sich folgende Grundsätze bewährt, auch wenn wir heute erst am Anfang einer die ganze Gesellschaft umfassenden Bewegung stehen, die besten Problemlösungen, also vermutlich von uns erst noch zu erfinden sind:

Erstens. Wir wachsen in eine Gesellschaft mit dem größten Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte hinein, indem wir älter und damit pflegebedürftiger oder dementer, aber auch häufiger körperlich chronisch krank werden, größer noch als zu der Zeit von Pest und Cholera; denn das waren lediglich Epidemien! Wie sehr wir lernen müssen, selbst Demenz zu den normalen Widerfahrnissen des Lebens zu rechnen, mag eine statistische Zahlenspielerei zeigen: Jenseits des 93. Lebensjahrs wird es vermutlich mehr Menschen mit als ohne Demenz geben. Und hatten wir in den letzten 150 Jahren der Industrie-

epoche dank der medizinischen Fortschritte (von denen wir aber im Denken alle noch geprägt sind) von der Machbarkeit einer leidensfreien Gesellschaft mit einem gewissen Recht träumen dürfen, können wir uns heute nur die Augen reiben. Mit Sicherheit aber kommen wir für unser Hilfesystem nicht mehr nur mit den Gesundheits- und Sozialprofis aus; vielmehr werden alle Bürger – mal mehr, mal weniger – sich am Helfen (im weniger spezialisierten Bereich) zu beteiligen haben, wie in der vorindustrialisierten Epoche selbstverständlich. Hieran kann man sehen, wie realistisch und nicht utopisch die UN-Behindertenrechtskonvention (bei uns 2009 ratifiziert) geraten ist, wenn sie davon ausgeht, dass für den Hilfebedarf eines Sozialraums (Quartiers, Stadtviertels oder einer Dorfgemeinschaft) nicht nur die Kranken selbst, sondern auch alle Gesunden des Sozialraums gebraucht werden.

Ähnlich hat mit Recht der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge unlängst von den Kommunen verlangt, sie sollten sich vom medizinischen Diagnosemodell der bisherigen Industrieepoche auf ein Sozialraummodell umstellen, was zur knappen Hälfte heute auch schon angegangen wird. Es ist eine sehr schwierige Aufgabe, einen solchen Verwaltungsakt durchzuführen. Bei der Umsetzung des Sozialraummodells wird der gesamte Hilfebedarf eines Sozialraums erst einmal zusammengefasst, mit den zur Verfügung stehenden professionellen und bürgerschaftlichen Ressourcen abgeglichen und dann eine gerechte Umverteilung vorgenommen. In Städten zwischen 10.000 und 30.000 Einwohnern bildet ein Stadtviertel einen Sozialraum, in Dörfern zwischen 1.000 und 5.000 Einwohnern eine Dorfgemeinschaft. In vielen Ländern, wie beispielsweise Skandinavien, England und Kanada wird dies schon mit großem Erfolg praktiziert. Deutschland ist auf einem guten Weg und befindet sich im Mittelfeld.

Zweitens. Aus all diesen Gründen ist es für alle Engagierten empfehlenswert, sich wieder an ein langfristiges historisches Denken zu gewöhnen. Dies wird heute nicht mal mehr in Schulen gelehrt. Wir gehen etwa von den 150 Jahren der Industrieepoche aus, von der unser Denken noch geprägt ist, und unterstellen, dass wir seit ungefähr 1980 in einem Epochen-Umbruch leben, wo z. B. neue Arbeitsplätze kaum noch in der Güterproduktion, umso mehr aber im Dienstleistungsbereich entstehen. Wir befinden uns also auf dem Weg in eine neue Epoche, die wir natürlich noch nicht benennen können. Dies befreit uns aber dazu, alle bisher gültigen Begriffe und Normen infrage zu stellen und neue Begriffe zu suchen, die zur neuen Epoche besser passen, wofür das Motto „von weniger zu mehr Miteinander“ ein exzellentes Beispiel ist; denn sonst würden wir lauter Denkfehler machen!

Drittens. In dieselbe Richtung weist der inzwischen wohl gesicherte Trend von der möglichst großen fabrikanalogen Institutionalisierung des Helfens zur Deinstitutionalisierung und Ambulantisierung des Helfens. Was übrigens – nebenbei – in Gütersloh die Kosten halbiert hat. In Freiburg hat kürzlich eine Untersuchung der Katholischen Hochschule ergeben, dass mit der Größe eines Altenpflegeheims die Gesundheitsschäden und die Fehltage der dort tätigen Pflegenden zunehmen, weil sowohl das Leben als auch das Arbeiten in großen Institutionen nicht menschengemäß ist. Hatte man in der Industrieepoche gemeint, man müsse die Menschen zu ihrer Hilfe bringen, weiß man heute, dass man die Hilfe besser in die Wohnung der Menschen bringen kann. Da dies heute auch noch den Wünschen der meisten Hilfsbedürftigen und Demenzen entspricht, wäre eine Förderung durch den Staat hier ganz besonders hilfreich.

Viertens. Ähnlich steht es mit einer gewissen Deprofessionalisierung des Helfens, womit nichts gegen den Segen professioneller Hilfe gesagt ist. Es geht vielmehr beim Helfen um ein Gleichgewicht zwischen der technischen Fachkompetenz der Profis und der Gabe von Zeit und Zuwendung, die die Bürger als Nachbarn mitbringen. Es ist erst heute wieder möglich, dass sich Bürger relativ leicht in helfensbedürftige Nachbarn verwandeln. Bis vor kurzem war das noch nicht der Fall. Deswegen spreche ich auch von einem Epochenbruch.

Thomas Klie von der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg hat den für die neue Epoche schönen Begriff vom „Bürger-Profi-Mix in geteilter Verantwortung“ erfunden. Darüber hinaus ist stets zu bedenken, dass die Profihilfe unvermeidlich mit dem Trend zur Spezialisierung und Institutionalisierung verbunden ist, während die Nachbarschaftshilfe notwendig für die Alltagsbegleitung, Integration und die das neue Miteinander ist. In Gütersloh haben wir dazu als Handlungsregel formuliert: „Nur Bürger können Bürger integrieren.“ Das ist zwar übertrieben ausgedrückt, macht aber den Kern deutlich.

Und in München hat sich der ambulante Pflegedienst „Weiße Feder“ über 30 Jahre lang auch als Zuverdienstfirma für (jüngere) psychisch Kranke verstanden. Als ich eine alte pflegebedürftige Frau, die in ihrer Wohnung von diesem Pflegedienst betreut wurde, nach dem Sinn dieser Doppelgleisigkeit aus ambulantem Pflegedienst und Zuverdienstfirma für psychisch Kranke befragte, antwortete sie unübertrefflich: „Die Pflegeprofis sind absolut wichtig, aber die jungen Hüpfen, die von Tuten und Blasen keine Ahnung haben, sind mir inzwischen genauso wichtig, weil sie Zeit mitbringen.“ Helfen geht somit immer nur durch die Kombination und das Gleichgewicht von Fachkompetenz und Zeit. Fehlt das eine oder das andere, gelingt das Helfen nicht. Die alte Dame führte

weiter aus: „So kaputt, wie ich jetzt bin, kann ich vielleicht doch dem einen oder anderen von diesen jungen Leuten helfen, trotz seines Handicaps Anschluss an den Arbeitsmarkt zu finden. Dafür lohnt es sich, noch zwei oder drei Jährchen zu leben!“ – Das heißt, die Fähigkeit, nicht nur Hilfe zu nehmen, sondern auch Hilfe zu geben, geht bis weit in die Pflegebedürftigkeit und Demenz hinein. Sie hat überhaupt kein Ende. Sie ist mit dem Wesen des Menschen zu vereinbaren, was wir lange Zeit vergessen hatten.

Fünftens. Schließlich geht es auch noch um eine gewisse Form von Demedizinisierung. Bitte bekommen Sie – vor allem die Ärzte unter Ihnen – jetzt keinen Schreck. Die ist wichtig, solange die Medizin noch einseitig am Leistungswert des Menschen orientiert ist. In den neuen Selbsthilfegruppen von psychisch Kranken oder auch von Psychiatrieerfahrenen, wie sie sich heute nennen, hört man jetzt häufiger: „Wir mögen ja eine Macke haben, aber darum wollen wir doch nicht bloße Objekte defektmedizinischer Behandlung sein; vielmehr wollen wir Subjekte gemeinsamen und dialogischen Handelns sein.“ Dialogisches Handeln bezieht die Angehörigen mit ein.

Das gilt auch für die ersten Demenz-Selbsthilfegruppen, die heute entstehen, vor allem in Süddeutschland. Das ist eine weitere Form und Chance des neuen Miteinanders in der beginnenden neuen Epoche.

So sehr die Medizin als Wissenschaft anerkannt ist, so sehr mangelt es ihr seit Beginn der Industrieepoche um etwa 1800 an einer philosophischen Einbettung. Schon kurz davor hat sich der Philosoph Immanuel Kant für die Einbettung der Medizin in eine Lehre vom Menschen, das heißt, in eine philosophische Anthropologie ausgesprochen. Denn Anthropologie heißt ja nichts anderes als die Lehre vom Menschen. Davon ist die Medizin zwar ein wichtiger Teil, aber eben auch nur ein Teil. Heute, zu Beginn dieser Epoche, wächst offenbar wieder die Sensibilität genau dafür. Denn Tod und Sterben haben mit Medizin nichts zu tun. Das sind keine Krankheiten. Behinderungen und sogar Sucht sind im medizinischen Sinne ebenfalls keine Krankheiten. Sie gehen in dem defektmedizinischen Krankheitsbegriff nicht auf.

Vor kurzem hat einer der bekanntesten amerikanischen Demenzforscher, Peter Whitehouse, in seinem Buch „Mythos Alzheimer“ bekannt: „Wissenschaftlich können wir nicht beweisen, dass Demenz eine Krankheit ist. Wir können nur sagen, dass Demenz einer der Wege ist, über die wir Menschen diese Welt auch wieder verlassen können.“

Abschließend noch einmal vom philosophischen Bereich zurück in den Bereich der heute schon empirisch nachweisbaren Fakten, deren Bedeutung wir jetzt – dank der Idee, dass wir seit 1980 in einem Epochenumbruch leben –

besser ausleuchten können, was wichtig für sämtliche Schwerpunkte jeder Mittelvergabe ist: Das ist die praktische Bedeutung von philosophischer Reflexion im Sinne des neuen Miteinanders:

So gibt es nachweisbar seit 1980 so etwas wie eine Nachbarschaftsbewegung. Das ist seit dem Mittelalter wieder das erste Mal. Ganz harmlose Vorläufer davon – die Älteren von Ihnen können sich daran erinnern – waren seit 1970 die „Grünen Damen“ (und später auch die Herren). Das waren die Bürger, die als erste als Nachbarn in die Krankenhäuser und die Heime gingen. Ab Anfang der 80er-Jahre erfolgte die Explosion der inzwischen flächendeckenden Hospizbewegung. Heute setzen sich circa 80.000 unbescholtene Bürger dem angeblich tabuisierten Sterben und Tod der Menschen aus, während wir auf diese Weise beschämten medizinischen und pflegerischen Profis erst ab 2000 mit der Palliativbewegung nachgerüstet haben. Diese Hospizbewegung ist absolut nicht von oben von irgendeiner Seite angestoßen worden, sondern aus dem massenhaften Bedürfnis ganz vieler Bürger heraus entstanden. Ich kann mich noch ganz gut daran erinnern, dass es nach Gründung des ersten Hospizvereins in Gütersloh nur ein paar Jahre dauerte, bis es im ganzen Landkreis Gütersloh 12 eigenständige Hospizvereine gab. Die Notwendigkeit wurde gesehen und somit hatte jedes größere Dorf und jede Stadt einen eigenen Hospizverein.

Nach der Hospizbewegung ist zu beobachten, wie die Nachbarschaftsbewegung immer weiter um sich greift. Seither vergeht buchstäblich kein Tag, an dem nicht in irgendeinem Gemeinwesen, Dorf oder Stadtviertel, vor allem zugunsten der Alterspflegebedürftigen und Dementen, von Bürgern als Nachbarschaftshelfern oder Alltagsbegleitern ein Verein oder auch eine Genossenschaft gegründet wird, in jedem Dorf anders benannt, zuletzt gern auch unter dem Titel „Generationen-Netz e. V.“. Gegenwärtig strahlt die Bewegung bis in ungeahnte Akzeptanz für Flüchtlinge und Asylanten aus – das neue Miteinander, aber auch bis zur neuen Kultur der Selbsthilfegruppen oder bis zum heutigen Boom der Bürgerstiftungen. Aus dieser Nachbarschaftsbewegung sind natürlich auch die inzwischen einigermaßen etablierten ambulanten Alternativen zur Institution „Heim“ entstanden; zum einen das gemeinschaftliche Wohnen, als „Wahlverwandtschaft“ quer über die Generationen (3000 Projekte); zum anderen die „ambulanten Wohnpflegegruppen“ für Alterspflegebedürftige und Demente (Singles), insgesamt 2000 Projekte (für die Stadt Bielefeld 70 und für den Landkreis Gütersloh 44 Projekte); und zum dritten die Wiederbelebung der Gast- und Pflegefamilien, jetzt aber auch für Alte und Demente, besonders für Singles, deren Grundbedürfnis familiäre Zugehörigkeit ist (1500 Projekte, davon im Land-

kreis Ravensberg 500). Deshalb sollte diese dritte Variante vor allem in ländlichen Regionen kommunale Pflichtaufgabe werden.

Wie ist dieses scheinbare Wunder zu erklären? Ich habe auf meinen vielen Reisen tausende bürgerschaftlich Engagierte befragt: Warum seid ihr so blöd, von eurer schönen Freizeit ein paar Wochenstunden für fremde andere, die meist unsympathisch und in der Regel auch furchtbar undankbar sind, zu verausgaben, wo das Leben doch schon für euch allein so schwer ist? Die häufigsten Antworten waren: Erstens. „Weiß ich nicht.“ Ich vermute, damit kommen die Menschen der Wahrheit am nächsten. So etwas kann man nicht wissen. Das kommt aus einem Grummeln im Bauch heraus und nicht von oben über die grauen Zellen.

Zweitens. Dieser Punkt ist noch wichtiger. Alle waren sich einig: „Das hat mit Moral nichts zu tun, auch nicht mit Dankbarkeit. Ich will auch kein guter Mensch sein.“ In der Generation meiner Eltern war es beispielsweise noch so, dass man aus Mitleid, Barmherzigkeit und sonstigen moralischen Gründen geholfen hat. Das ist heute nicht mehr so.

Drittens. Wenn ich penetrant nachfrage, bekomme ich aber eine realistischere und nachhaltigere Antwort: „Anderen Menschen zu helfen, brauche ich für meine Gesundheit.“ Das klingt zunächst amüsant. Dann wird es aber erklärt: „Früher wurde man ja nur durch Überlastung krank, heute aber auch durch Unterlastung, vor allem soziale Unterlastung.“ Gesundheit ist heute zu definieren als „ausgelastet“ sein. Nicht die immer weitergehende Entlastung ist das Ziel. Die führt nämlich in die Krankheit hinein. Ziel ist das ausgelastet sein, das Gleichgewicht zwischen Belastung und Entlastung. Das ist eine ganz spannende Angelegenheit und wird bisher kaum noch erkannt. Deshalb ist mir der Bereich der Interviews während meiner 15-jährigen Feldarbeit so besonders wichtig.

Gleichgewicht ist ein ganz simples und banales Wort. Jedes Kind lernt es im Kindergarten. Es wird aber wenig beachtet. Geben und Nehmen müssen im Gleichgewicht sein, und zwar egal ob ich krank oder gesund bin. Das ist spannend, aber auch empirisch nachweisbar. Eine vierte Äußerung, die ich auf meine Frage bekommen habe: „Na, dann bin ich eben helfensbedürftig.“ Meine Generation hat in der Zeit der 68er-Jahre den Partygag gemacht: „Hast wohl ein Helfersyndrom.“ Darüber haben wir uns lustig gemacht. Das hören Sie heute kaum noch. Das ist out. Stattdessen hören Sie – und das ist ein neuer Zungenschlag –: „Na, dann bin ich eben helfensbedürftig.“ Das wird ein bisschen selbstironisch formuliert und signalisiert: Nehme mich nicht so ernst. In dieser Aussage schwingt eine ironische Paradoxie.

Ich habe sämtliche Lexika der deutschen Sprache durchgesehen: Das Wort „helfensbedürftig“ gab es bisher nicht. Das Wort hilfsbedürftig ist dort häufig zu finden. Helfensbedürftig aber gilt als etwas so Verrücktes, dass es das nicht geben konnte. Somit sind die Bürger gerade dabei, die deutsche Sprache wieder zu bereichern, indem sie das Wort helfensbedürftig zu einer gängigen Münze machen.

Ich stelle beispielsweise die Frage: „Wie halten Sie das jetzt schon fünf Jahre durch?“ Als Antwort bekomme ich: „Indem ich auf meine Grenzen achte.“ Das heißt für mich, die Last, die ich bereit bin zu tragen, muss schwer genug sein, damit es sich überhaupt lohnt. Die zeitlichen Grenzen sind klar definiert. Ich helfe keine Minute länger als nötig. Schauen Sie sich einmal Ihre Art von Nachbarschaft an. Es wird oft sehr viel mehr geholfen, wenn die Last gar nicht so schwer ist, und es wird auch länger geholfen, wenn man sich an das Helfen gewöhnt hat. Das sind Dinge, die die Selbsthilfekompetenz der Menschen schädigen. Wir müssen erst lernen, darauf zu achten.

Und eine dritte Antwort ist: Ich fühle mich nur für meinen Sozialraum verantwortlich. Die Menschen, die außerhalb meines Sozialraums leben, sind mir egal. Entscheidende Grenzen sind somit die Menge, die Zeit und der Raum. Wenn sich folglich viele für ihren Sozialraum verantwortlich fühlten, kämen wir zu einem flächendeckenden Ergebnis.

Fazit: Die alten Motive für das Helfen der Bürger sind out. Für die neuen passenden Motive sind wir gerade erst dabei, die passenden Worte zu finden. Wir haben sie noch lange nicht, und es wird auch noch lange dauern. Das ist aber kein Problem. Denn dieser Vorgang muss ja auch reifen können, bis die Worte für so etwas Tiefgehendes gefunden sind.

Gleichwohl sind wir offenbar längst schon auf dem Weg, das neue Bürger-Profi-Mix-Helfen im kommunalen Haushalt zu verankern. Dafür eignet sich der Sozialraumbegriff gut. In Gütersloh habe ich das mit Schulklassen ausprobiert. Die Schüler kannten alle den privaten und öffentlichen Sozialraum. Dazwischen gibt es aber noch einen dritten Sozialraum. Auf meine Frage, wofür dieser sei, bekam ich erstaunlich schnell die richtigen Antworten: Das ist für die Singles, die gar keine Familie haben. Das ist für die Nachbarschaft, die Integration und für das Gemeinwohl. Letzterer Begriff kommt jedoch von den Kindern relativ selten, weil sie ihn noch nicht wieder gelernt haben.

Dieser dritte Sozialraum ist der einzige Sozialraum, der nicht für das gesunde egoistische Eigeninteresse, sondern für das Gemeinwohl da ist. Deswegen ist es so spannend zu sehen, wie sich eine neue Kultur des Miteinanders räumlich gesehen in diesem dritten Sozialraum entwickelt. Somit hat es sich einge-

bürgert, dass die kleinste Einheit eines heute zukunftsfähigen Hilfesystems dritter Sozialraum heißt. Er orientiert sich nicht mehr an den großflächigen Strategien der Wohlfahrtsverbände, sondern eher an den lokalen Bürgerhilfsvereinen, in denen die Menschen „Wir“ zueinander sagen.

Heute befinden sich freilich schon viele dritte Sozialräume des Gemeinwohls in der nächsten Entwicklungsphase der Vernetzung. Dabei hat sich jedes Gemeinwesen aus der unendlichen Vielfalt der möglichen Partner das für seine Besonderheiten passende Muster auszuwählen und zu kultivieren. Dies erfolgt ohne Anspruch auf Standardisierbarkeit. Das ist völlig unmöglich. Jedes Dorf will es anders haben. Partner sind zum Beispiel die Kirchengemeinden als geografisches Gebilde, weniger die Diakonien, auch wenn die in den letzten zehn Jahren aufgeholt haben. Entscheidend ist, dass soziales Leben in die Kirchengemeinden zurückfließt. Ein weiterer Partner ist die Wohnungswirtschaft. Es war schwer, die Wohnungswirtschaft zu ihren eigenen betriebswirtschaftlichen Perspektiven zu verhelfen, um neue zukunftsfähige Wohnformen zu wagen.

Die Schulen sind ebenfalls Partner. In Gütersloh haben wir über die Lehrer die Schüler erreicht. Dies war bereits zu einer Zeit, als das Thema Inklusion noch nicht so weit verbreitet war. Bereits vor 30 Jahren haben wir dafür gesorgt, dass in zwölf Schulen jeder Art jeder Schüler einmal während seiner Schulkarriere die Chance hat, ein praktisches Begegnungsprojekt zu erleben – erst mit psychisch Kranken, dann mit geistig Behinderten und später auch mit Demen-ten und Alterspflegebedürftigen. Dies fand in der Regel nicht in Institutionen, sondern zu Hause statt. Das war der entscheidende Schritt, wie wir zur allgemein verbreiteten Nachbarschaftskultur in der Stadt und im Landkreis Gütersloh kommen konnten. Es hat auch erheblich mit dazu beigetragen, dass die Eltern der Schüler mit ins Boot eingestiegen sind. Das führte dazu, dass bis heute im Leichtathletikstadion jährlich ein Sponsorenlauf veranstaltet wird, bei dem Angehörige der Schüler Geld spenden. Von den Einnahmen – das sind immer zig Tausende – unterhalten wir eine Stiftung für Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf. Diese Arbeitsplätze sind eines der wichtigsten und von uns Profis am meisten vernachlässigten Gebilde überhaupt, meist in Form von „Zuverdienstfirmen“.

Auch die Heime sind längst in Bewegung geraten. Sie legen sich geografisch getrennte ambulante Ableger zu, um für alle Eventualitäten offen zu sein. Die Nachbarschafts-, Sport- und Heimatvereine haben alle einen Sozialraumbezug. Selbsthilfe- und Angehörigenvereine sind ebenfalls zu nennen. Denn sie alle und noch viele mehr, die ich jetzt nicht aufzähle, dienen dem Gemeinwohl und damit dem von Ihnen zu Recht geforderten „neuen Miteinander.“