

„Zitat
2- oder
3-zeilig“

Bildunterschrift

Bild: xxxx

„Sorgende Gemeinschaften“ lindern den Pflegenotstand

Für Kommunen und Verbände wird es immer wichtiger, die Angehörigen von Demenzerkrankten bei der Pflege zu unterstützen. Die Caritas kann dabei eine wichtige Rolle spielen.

Ingrid Rössel-Drath

IN DEUTSCHLAND LEBEN rund 1,5 Millionen Menschen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung. Circa 70 Prozent dieser Menschen werden durch die Fürsorge und Pflege von Angehörigen zu Hause unterstützt. Durch die demografische Entwicklung, die zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung sowie die Veränderung traditioneller Solidari-

tätsstrukturen in Familien und Nachbarschaften stellen sich große Fragen: Wie kann die Politik vor Ort „sorgende Gemeinschaften“ über die Familie hinaus entwickeln, die frühzeitig und präventiv Betroffene und ihre Angehörigen begleiten, befähigen und unterstützen? Wie kann die Politik Strukturen so verändern, dass die Partizipation und Inklusion von

demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen möglich ist?

Interdisziplinärer Beratungsprozess mit Experten

Im August 2013 startete das „Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz“. Einberufen wurde dieser Beteiligungsprozess vom Sozialminister des Landes. Rund 50 Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Beratung und Selbsthilfe beziehungsweise Unterstützungssystemen kamen dabei zusammen.

Im Laufe eines Jahres erarbeiteten sie „Empfehlungen für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Rheinland-Pfalz“¹. Wichtiges Ziel dabei war es auch, Betroffene und ihre Angehörigen mit ihrem Erfahrungswissen am Prozess zu beteiligen. Eingeladen waren deshalb an Demenz erkrankte Menschen sowie auch die Interessensselbstvertretung pflegender Angehöriger „IspAn“².

Betroffene und Angehörige einbeziehen

Die geforderte Beteiligung und Förderung von Betroffenen beziehungsweise Angehörigen konnte so in fünf zentralen Empfehlungen eingebracht werden:

1. Sensibilisierung (...)

■ der Bevölkerung, der fachspezifischen Dienste aus Medizin, Pflege und Beratung sowie der betroffenen Menschen und Angehörigen.

2. Beteiligung und Selbstbestimmung (...)

■ für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, zum Beispiel durch Partizipation oder durch die Entwicklung von Angeboten und Versorgungsstrukturen sowie Selbstorganisationen.

3. Kooperationskultur und Multiprofessio-

nalität (...)

■ meint unter anderem die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur Versorgung, Begleitung und Beteiligung in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und Angehörigen.

4. Vernetzung und Regionalität (...)

■ um vor Ort Netzwerke zu schaffen und zu fördern, die neben der institutionellen Hilfe auch die informellen Hilfen für Menschen mit Demenz erfassen und beteiligen. Dies wird erreicht mit einem verantwortlichen Koordinator, der von der Kommune beauftragt wird.

5. Professionalisierung und Qualitätssicherung (...)

■ sichert die Zusammenarbeit zwischen beruflichen Hilfen und informeller Unterstützung und umfasst auch die Beteiligung und Befähigung von Angehörigen, Nachbarschaften und sorgenenden Gemeinschaften.³

Die Caritas als Solidaritätsstifterin

Auch die Caritas beschäftigt sich intensiv mit dem Thema, wie es gelingen kann, Erkrankte und ihre Angehörigen zu beteiligen. Seit 1997 hat der Deutsche Caritasverband (DCV) in seinem Leitbild das Grundverständnis formuliert, nicht nur Dienstleister und Anwalt, sondern auch Solidaritätsstifter zu sein.

Dieser Anspruch beinhaltet, „Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, Eigeninitiative zu stärken, die Betroffenen zu aktivieren und zu befähigen, um ihnen zu gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe zu verhelfen“⁴. Dafür wurden Indikatoren erarbeitet, um diese selbstbestimmte Teilhabe „zu einem Grundprinzip der Caritasarbeit“⁵ zu machen. Diese sollten möglichst in die Qualitätsleitlinien und Leitbilder eingehen. Zudem wurden zahl-

reiche Projekte zum Thema initiiert. Bei diesem Prinzip der Beteiligung hat sich der Begriff „Caring community“ oder „Sorgende Gemeinschaft“ durchgesetzt. Sie organisiert sich auf kommunaler Ebene und setzt sich zusammen aus öffentlichen Einrichtungen, privatwirtschaftlich orientierten Dienstleistern, gemeinnützigen Organisationen, ehrenamtlich Tätigen sowie den Menschen im Wohnviertel.

Chance für soziale Innovation

Die große Herausforderung für Kommunen und Caritas bei diesem Ansatz wird es sein, Betroffene, Angehörige und Bürger nicht nur als willige Nothelfer zu instrumentalisieren, um Pflege und Sorge vor Ort zu organisieren. Politik und Wohlfahrt müssen vielmehr Selbstorganisationen unterstützen, befähigen und beteiligen.

Die Caritas könnte im Rahmen ihrer sozialräumlich orientierten Arbeit eine

Hebammenfunktion übernehmen, die es Betroffenen und Angehörigen ermöglicht, als „Experten und Gestalter“ zu agieren. Sie unterstützt „Bürgerinnen und Bürger darin, sich über ihre Interessen klarzuwerden und gegebenenfalls eine eigene Interessenvertretung aufzubauen.“⁶ Um lokaler Entwicklungspartner für das Engagement Betroffener und Angehöriger zu sein, braucht es

- Konzepte, die die Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen vorsehen und strukturell verankern und die Motivation für ein wertschätzendes Miteinander auf Augenhöhe;
- personelle Ressourcen, wie etwa Koordinatoren und Ermöglicher;
- „Räume und Kristallisationspunkte zum Mitreden, Mitentscheiden, Mitgestalten“⁷;
- Befähigungsgerechtigkeit, eine passgenaue Qualifizierung;
- das Bereitstellen der „Kooperations-

PROFILE PROJEKTE **PERSPEKTIVEN**

Podiumsdiskussion gegen ärztliche Suizidhilfe

Eine Veranstaltung der katholischen Krankenhäuser in Hessen

„Das Angebot ärztlich assistierter Selbsttötung gefährdet Menschen in schwierigen Lebenslagen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser (AkKH), Thomas Domnick, bei einer Podiumsdiskussion im April 2015 im Ketteler-Krankenhaus in Offenbach. Ähnlich äußerte sich auch der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner: „Ich stelle mich ausdrücklich gegen die

Suizidhilfe.“ Er forderte, die Versorgung der unheilbar Kranken müsse verbessert werden. Wenn Ärzte die Suizidhilfe zum Bestandteil ihres Portfolios machten, könne allein schon das Angebot dem Patienten signalisieren, jetzt sei der Zeitpunkt da, an dem er besser gehen solle, sagte Stephan Sahn, Chefarzt im Ketteler-Krankenhaus.

Hubert Connemann

und Vernetzungskompetenz“: die Caritas als Türöffner.

Die Beteiligung und Befähigung von Betroffenen und Angehörigen beziehungsweise Adressaten und Nutzern bietet nicht zuletzt der Caritas eine große Chance zu sozialer Innovation im Wettbewerb sozialer Dienstleister.⁸ Diese Partizipation könnte im Rahmen einer „Vertrauenskultur“ ein Alleinstellungsmerkmal der Caritas werden.

Viel Potenzial auch bei Kirchengemeinden

Eine große Ressource wären in diesem Zusammenhang Kirchengemeinden als zentrale Orte im Sozialraum: Der Sozialwissenschaftler Thomas Klie entwirft die Vision einer Kirche, die „Ausgangspunkt für neue Formen des ambitionierten Aufbruchs zur Gestaltung der Dörfer und Gemeinden sein“⁹ könnte. Das Leitbild der „Caring community“ in der Kirche könnte berufliches und nicht berufliches Engagement verbinden, Traditionen örtlicher Genossenschaften wiederbeleben und Kooperationen initiieren.

Pfarrgemeinden kämen damit ihrer zentralen Aufgabe nach, besonders die Menschen zu unterstützen, die an den Rand gedrängt werden. Sie wären eine Kirche, „die inmitten der Häuser ihrer Söhne und Töchter lebt“ und „hinausgeht“.¹⁰

Menschen könnten so wieder Wege in die Kirchengemeinden finden und diese zu lebendigen Orten einer neuen Gemeinschaftlichkeit machen. Auch für Demenzzranke und ihre Angehörigen könnten sie Anlaufstellen werden für Unterstützungsangebote. Sie könnten darüber hinaus Teil eines sozialraumorientierten Netzwerkes oder sogar Ausgangspunkte für „community organi-

zing“ sein.

Anmerkungen

1. www.msagd.rlp.de/soziales/pflege/demenz/expertenforum-demenz/
2. *Initiiert 2008 vom Deutschen Caritasverband e. V., unterstützt vom DiCV Limburg e. V. und CV Frankfurt e. V. Mehr Infos unter www.ispan.de*
3. www.msagd.rlp.de/soziales/pflege/demenz/expertenforum-demenz/, S. 8–11.
4. *DEUTSCHER CARITASVERBAND: Sozialraumorientierung in der Caritasarbeit. Diskussionspapier für die verbandsweite Debatte. In: neue caritas Heft 8/2011, S. 41.*
5. *DEUTSCHER CARITASVERBAND: Indikatoren selbstbestimmter Teilhabe. Arbeitshilfe zur Teilhabeorientierung. Freiburg, 2011 (5 Seiten).*
6. *DEUTSCHER CARITASVERBAND: Sozialraumorientierung in der Caritasarbeit. Diskussionspapier für die verbandsweite Debatte. In: neue caritas Heft 8/2011, S. 38 f.*
7. *Ebd.*, S. 39 f.
8. *Vgl. TABATT-HIRSCHFELDT, A.; WIRNER, G.: Soziale Innovation als Motor demografieorientierter Veränderung in sozialen Einrichtungen. In: NDV Januar 2014, S. 15.*
9. *KLIE, T.: Caring community. Leitbild für Kirchengemeinden in einer Gesellschaft des langen Lebens? In: Kirche im ländlichen Raum 03/2013, S. 20.*
10. *PAPST FRANZISKUS: Apostolisches Schreiben Evangelii Gaudium. Bonn, 2013, S. 41.*

Ingrid Rössel-Drath

Referentin Förderung von Interessenselbstvertretung in der Behindertenhilfe und Pflege im DiCV Limburg
E-Mail: ingrid.roessel-drath@dicv-limburg.de

