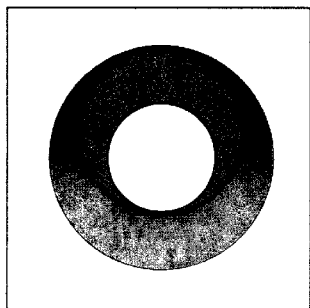


# ZUKUNFT SOZIALER EINRICHTUNGEN UND SOZIALER DIENSTE IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN

---



GESPRÄCHSKREIS  
**ARBEIT UND SOZIALES**  
Nr. 8

**FRIEDRICH  
EBERT**   
**STIFTUNG**

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

---

**Gesprächskreis Arbeit und Soziales**  
Nr. 8

**Zukunft sozialer Einrichtungen  
und sozialer Dienste  
in den neuen Bundesländern**

Eine Tagung  
der Friedrich-Ebert-Stiftung  
am 21. und 22. November 1991 in Magdeburg

## Inhalt

Günther Schultze <b>Vorbemerkung</b>	5
Werner Schreiber <b>Zukunft der sozialen Einrichtungen und sozialen Dienste in den neuen Bundesländern</b>	7
Christel Hanewinkel <b>Soziale Dienste und soziale Einrichtungen im Wandel</b>	13
Angelika Köbel <b>Zum Aufbau sozialer Dienste und sozialer Einrichtungen in den neuen Bundesländern am Beispiel Magdeburg</b>	21
Wolfgang Schuth <b>Soziale Probleme in den neuen Bundesländern und das Zusammen- wirken von öffentlichen und freien Trägern der sozialen Arbeit aus Sicht eines freien Trägers</b>	29
Klaus-Peter Schwitzer <b>Zur sozialen Lage älterer Menschen in den neuen Bundesländern</b>	39
Sibylle Dreher <b>Aufbau und Entwicklungsperspektiven von Sozialstationen</b>	57
Willi Rückert <b>Altenheime – Aufbewahrungsort oder kreativer Lebensraum?</b>	67
<b>Autoren</b>	85

ISBN 3-86077-049-7

Herausgegeben vom  
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung  
Godesberger Allee 149, 5300 Bonn 2  
Juni 1992

Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf  
Printed in Germany 1992

## Vorbemerkung

Neben der Wirtschafts- und Währungsunion ist die Verwirklichung der Sozialunion die dritte zu bewältigende Aufgabe im Zuge des Vereinigungsprozesses beider deutscher Staaten. Wesentlicher Bestandteil des Modells einer sozialen Marktwirtschaft sind zum einen soziale Versicherungssysteme, die in der Lage sind, die Lebensrisiken in Form solidarischer, gesetzlich festgeschriebener Unterstützungssysteme abzusichern. Darüber hinaus bedarf es sozialer Dienste und sozialer Einrichtungen, die Menschen, die zeitweise oder dauerhaft auf gesellschaftliche Hilfe angewiesen sind, auffangen und betreuen.

Mit den Problemen, die sich bei der Umstrukturierung dieser sozialen Dienste und sozialen Einrichtungen in den neuen Bundesländern ergeben, beschäftigte sich eine Fachkonferenz des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung am 21. November 1991 in Magdeburg. Expertinnen und Experten aus verschiedenen Einrichtungen und von verschiedenen Trägern der sozialen Arbeit diskutierten zwei Tage lang über das bisher Geleistete, welche ungelösten Probleme weiterhin bestehen und wie zukünftige Konzeptionen zur Verbesserung der Angebotsstruktur, vor allem zur Beratung und Betreuung älterer Menschen, aussehen sollten.

Die Referate der Fachkonferenz sind in dieser Broschüre abgedruckt. Mein Dank gilt den Referentinnen und Referenten, die uns ihre Beiträge zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben. Darüber hinaus gilt mein Dank Frau Brigitte Juchems, die das Tagungssekretariat organisierte und für die Herstellung und Gestaltung dieser Broschüre verantwortlich war.

Bonn, im Mai 1992

Günther Schultze

Werner Schreiber

## **Zukunft der sozialen Einrichtungen und sozialen Dienste in den neuen Bundesländern**

Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung zu Ihrer Tagung "Zukunft der sozialen Einrichtungen und sozialen Dienste in den neuen Bundesländern" und habe es gerne übernommen, Konzepte und Überlegungen der Landesregierungen, speziell Sachsen-Anhalts, zur Gestaltung der sozialen Einrichtungen und sozialen Dienste hier vorzustellen und anschließend gemeinsam mit Ihnen zu diskutieren.

Zunächst möchte ich aber die derzeitige Ist-Situation beschreiben, bevor ich Ihnen dann die Zukunftsperspektiven und die entsprechenden Überlegungen, die in meinem Hause angestellt werden, vorstellen möchte. Das Land Sachsen-Anhalt fühlt sich in einer besonderen Verantwortung für die Verbesserung der Lebenssituation gerade der sozial benachteiligten Menschen. Hierbei sind insbesondere die älteren und pflegebedürftigen sowie die behinderten Menschen zu erwähnen.

Im stationären Bereich macht uns der Zustand der vorhandenen Einrichtungen besondere Sorgen. Statistisch gesehen ist z.B. die Versorgung mit Altenpflegeheimplätzen in Sachsen-Anhalt durchaus gut. Besondere Probleme bereitet aber neben der erheblichen Fehlbelegung durch z.B. jugendliche Behinderte, der bauliche Zustand vieler Einrichtungen. Eine geschätzte Bestandsaufnahme hat ergeben, daß ca. 40 % der etwa 23.000 Altenpflegeplätze nicht nur in keiner Weise der Heimmindstbauverordnung entsprechen, sondern nicht einmal mehr sanierungsfähig sind. Weitere 30 % der Plätze, die ebenfalls nicht der Heimmindstbauverordnung oder den modernen Anforderungen und Überlegungen der Altenpflege entsprechen, müssen als stark sanierungsbedürftig eingestuft werden. Die Realisierung des sich daraus ergebenden Investitionsbedarfs beläuft sich nach der sogenannten Magdeburger Erklärung der Sozialminister der fünf neuen Länder auf überschlägig 10 Milliarden DM. Hiervon entfallen auf Sachsen-Anhalt rd. 2 Milliarden. Dieser immense Kostenaufwand kann natürlich nur mit allen Verantwortlichen gemeinsam, d.h. mit Bund, Land, Kommunen und Trägern, bewältigt werden. Bereits jetzt stellt das Land erhebliche Mittel zur

Schaffung der erforderlichen Ersatzbauten oder der Durchführung von Sanierungsmaßnahmen zur Verfügung. Bereits im Haushalt 1991 waren 100 Mio. DM veranschlagt.

Für 1992 ist eine noch höhere Summe beantragt. Das Ergebnis der Haushaltsverhandlungen bleibt noch abzuwarten. Z.Zt. stehen wir – was die Investitionen im Alten- und Behindertenbereich für 1992 angeht – bei 120 Mio. bar und 100 Mio. Verpflichtungsermächtigungen (VE), hinzu kommen 50 Mio. bar und 50 Mio. VE für den Werkstättenbetrieb. Auch im Behindertenbereich lag und liegt der Schwerpunkt in der Schaffung der Voraussetzungen zum Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Einrichtungen der Behindertenhilfe; hierbei handelt es sich insbesondere um Werkstätten für Behinderte, Wohnstätten, Wohn- und Pflegeheime und Sonderkindergärten sowie sonstige Leistungsangebote. Die Verwirklichung dieser Aufgabe bedingt auch hier einen enormen Regelungs- und Finanzierungsbedarf. Dieser Aufgabe müssen wir uns jedoch stellen, da es sich hier um die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen und die Verwirklichung sozialpolitischer Ziele handelt.

Zudem ist eine möglichst rasche Angleichung an die Betreuungsangebote und Leistungsstandards für Behinderte in den westdeutschen Bundesländern dringend erforderlich. Ein wesentlicher Punkt ist ferner, und hierbei stellt sich die Situation in der Behinderten- wie auch der Altenhilfe ähnlich dar, daß bisherige Versorgungsstrukturen der ehemaligen DDR entfallen. Ich denke hier z.B. einerseits an die Auflösung der geschützten Betriebsabteilungen im Behindertenbereich, andererseits an die erforderliche Umstrukturierung der hauswirtschaftlichen Hilfe oder Aspekte wie die Einrichtung der sogenannten Krankenhausesfürsorgerinnen. Besonders dramatisch stellt sich jedoch die Situation für bestimmte Behindertengruppen, z.B. die psychisch Behinderten dar, für die es bisher überhaupt keine oder nur völlig unzureichende Versorgungseinrichtungen gab. Daher wurden auch für den Aufbau neuer und den Ausbau bzw. der Sanierung bestehender Behinderteneinrichtungen im Haushalt 1991 10 Mio. DM und weitere Verpflichtungsermächtigungen für die folgenden drei Jahre in Höhe von 150 Mio. DM bereitgestellt. Im nächsten Jahr wollen wir in Sachsen-Anhalt auch die Versorgungsart des betreuten Wohnens einführen und die hierfür zunächst zuständigen örtlichen Träger finanziell unterstützen. Das betreute Wohnen soll denjenigen psychisch Behinderten helfen, die zwar einerseits nicht allein wohnen können, die aber andererseits in einem Heim übersorgt wären.

Als Einstiegsfinanzierung haben wir im Haushalt 1992 für die Betreuung 500.000 DM vorgesehen.

Um den dringendsten Finanzbedarf der Alten- und Behinderteneinrichtungen zu befriedigen, hat das Land als Soforthilfe zusätzlich zum üblichen Pflegesatz 29,- DM pro Bett und Tag als sogenannte Investitionspauschale den Heimen auf Antrag zur Verfügung gestellt. Diese Maßnahme dient dazu, die Funktionsfähigkeit der Einrichtung zumindest zu gewährleisten und unabweisbaren Sanierungsbedarf zu befriedigen. Hierzu zählen insbesondere die seitens der Heimaufsicht im Rahmen der Heimmindestbauverordnung gemachten Auflagen sowie dringend erforderliche Reparaturen. Zählt man diese 20,- DM zu dem pauschal festgesetzten Pflegesatz derzeit dazu, so liegt Sachsen-Anhalt mit an der Spitze sogar der Pflegesätze in den Alt-Bundesländern.

Im Zusammenhang mit den stationären Einrichtungen möchte ich jedoch auf ein Problem hinweisen. Wie Sie alle wissen, wird im Rahmen der Neustrukturierung des Aufbaus von sozialen Einrichtungen auch oft ein Trägerwechsel erforderlich. Nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes soll hierbei der Träger der Sozialhilfe von der Durchführung eigener Maßnahmen möglichst absehen und den Trägern der freien Wohlfahrtspflege insofern den Vorrang einräumen. Die Einigung über die zukünftige Trägerschaft fällt jedoch häufig schwer. Auch die Träger der freien Wohlfahrtspflege können sich nicht immer ohne Probleme untereinander einigen. Hier wäre es sehr begrüßenswert, wenn – ich denke hierbei besonders an den Werkstattbereich – ein höheres Maß an Flexibilität auch der Träger untereinander entwickelt werden könnte, um die Pluralität der Anbieter zu gewährleisten. Selbstverständlich soll der Größenordnung der jeweiligen Anbieter Rechnung getragen werden. Ich würde es daher sehr bedauern, wenn im Falle der Unmöglichkeit einer Einigung eine Entscheidung durch mein Haus getroffen werden müßte. Ich möchte daher die Gelegenheit ergreifen, alle Beteiligten noch einmal hier zu einer stärkeren Zusammenarbeit aufzufordern.

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege werden übrigens noch im kommenden Jahr mit annähernd dem gleichen Betrag wie dieses Jahr (ca. 8 bis 9 Mio. DM) durch das Land gefördert. Dies ist notwendig, weil sie noch nicht wie in den alten Bundesländern über ein nennenswertes Spendenaufkommen verfügen, aber gleichzeitig ihre Organisationsstrukturen komplettieren müssen.

Ich gehe aber davon aus, daß unsere gemeinsamen Anstrengungen dazu führen werden, daß sich die Situation im stationären Bereich in absehbarer Zeit verbessert. Es wird sicher nicht möglich sein, allen Wünschen gerecht zu werden.

Das gilt z.B. für die Höhe des immer wieder heftig diskutierten Barbetrages. Es ist für den betroffenen älteren Mitbürger, und letztlich gilt dies auch für den jüngeren, nur schwer verständlich, daß er bis Ende letzten Jahres für einen Platz in der Einrichtung 120,- DM bezahlte und nunmehr nur einen Betrag von etwas über 120,- DM als sogenanntes Taschengeld behält. Sachsen-Anhalt setzt sich daher nach wie vor dafür ein, daß dieser Barbetrag, der z.Zt. bei 132,- DM und bis zu weiteren 66,- DM für diejenigen Bewohner liegt, die zu den Heimkosten mit eigenem Einkommen beitragen, deutlich angehoben wird. Ebenso setzen wir uns dafür ein, daß der Vermögensschonbetrag generell auf 10.000 DM angehoben wird. Die Schwierigkeit bei diesem Vorhaben liegt darin, daß wir auf die Mithilfe der alten Bundesländer angewiesen sind, die ja mit dem Bund erheblich zur Finanzierung der neuen Länder beitragen, aber für ihre eigenen Bürger keinen höheren Barbetrag bezahlen.

Neben diesen Aktivitäten zur Sofort- oder jedenfalls mittelfristige Hilfe muß die noch vollständig fehlende Bedarfsanalyse durchgeführt werden. Eine einfache Fortschreibung der Daten, wie wir sie in den alten Bundesländern kennen, ist für uns nicht geeignet, weil sie zu erheblichen Verzerrungen führen würde. Eine Vielzahl der derzeitigen Plätze wird z.B. mit jugendlichen Behinderten fehlbelegt, andererseits sind viele pflegebedürftige ältere und alte Menschen in Krankenhäusern untergebracht.

Auf der Grundlage dieser Daten wird dann ein Gesamtkonzept – ein Landesaltenplan Sachsen-Anhalt – zur Betreuung älterer Menschen ausgearbeitet werden. Ziel ist es, ein individuell abstimmbares Angebot an Hilfsmöglichkeiten für ältere und alte Menschen bereitzuhalten, um so auf die jeweilige individuelle Situation reagieren zu können. In diese Überlegungen werden auch Konzeptionen der teilstationären und vorübergehend stationären Pflege, wie Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung, aber auch der in meinen Augen sehr wichtige Aspekt der besonderen Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt für ältere Menschen mit eingebracht werden. Handlungsbedarf ergibt sich auch aus den Problemen gerade älterer Menschen, mit den neuen Verhältnissen im Lande zurechtzukommen. Es ist erforderlich, in verstärktem Maße aufklärend

tätig zu werden und umfassend über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu informieren. Hier bedarf es eines zwischen den verschiedenen Wohlfahrtsverbänden, den Kranken- und Rentenversicherern sowie den Sozialämtern abgestimmtes Vorgehens.

Beachtung finden muß auch der Problembereich des Vorruhestandes. Durch die prekäre wirtschaftliche Lage in den fünf neuen Bundesländern entsteht eine neue Situation für die sogenannten "jungen Alten". Überganglos aus dem Arbeitsleben in den Vorruhestand geschickt, muß es für diesen großen Personenkreis Angebote und Möglichkeiten für einen neuen Lebensinhalt geben. Hier sollten die guten Erfahrungen der Alt-Bundesländer, z.B. mit Selbsthilfegruppen, aber auch betrieblichen und sonstigen Veranstaltungen und Angeboten, genutzt werden. Gerade den Bereich der sozialen Selbsthilfe will ich mir besonders angelegen sein lassen. Denn wer sich selbst helfen kann, braucht keine professionelle und staatliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sachsen-Anhalt begrüßt daher, daß der Bund ein Modellprogramm zur Bildung von Selbsthilfegruppen durchführt und für entsprechende Kontakt- und Beratungsstellen in unserem Land rd. 2 Mio. DM bereitstellen wird.

Eine vergleichbare Umbruchsituation stellt sich auch für die ambulanten Dienste dar. Auch hier müssen wir nach neuen Wegen suchen, um auf der Basis des nunmehr greifenden Finanzierungssystems die ambulante Versorgung unserer Mitbürger sicherstellen zu können. Daher hat das Land Sachsen-Anhalt als erstes der neuen Bundesländer Empfehlungen und Richtlinien zur Errichtung und Förderung von Sozialstationen erlassen. Diese Richtlinien ermöglichen eine Förderung gemäß den Empfehlungen mit Betriebskostenzuschüssen zu den Personalkosten in Höhe von 20 % sowie Zuwendungen zu den Investitionskosten von Baumaßnahmen, der Anschaffung von Krankenpflegegeräten und Kraftfahrzeugen in Höhe von 50 %. Zudem ist eine Sockelzuwendung von jährlich 75 Pfennig pro Einwohner des Versorgungsbereiches in der Sozialstation vorgesehen.

Nach z.T. auch verwaltungstechnisch bedingten Anlaufschwierigkeiten konnten nunmehr die ersten 65 Sozialstationen anerkannt und in die Förderung des Landes einbezogen werden. Aber auch alle weiteren Sozialstationen – sofern sie den Empfehlungen entsprechen – sollen noch in diesem Jahr ihre Anerkennung

erhalten. Die Förderung der Betriebskosten kann hierbei durchaus rückwirkend zum 01.01.1991 erfolgen.

Auch bei dem Erlaß der Richtlinien habe ich mich bemüht, an das Vorhandene anzuknüpfen und die besonderen Bedingungen in den neuen Bundesländern zu berücksichtigen. So wurde z.B. die Möglichkeit für Nebenstellen der Sozialstationen gerade im ländlichen Bereich einbezogen.

Man wird abwarten müssen, wie die ambulante Versorgung hier nun greifen kann, da auch eine Vielzahl von anderen Bedingungen wie z.B. die Wohnungssituation, aber auch die familiäre Struktur erheblich von den Verhältnissen in den Alt-Ländern abweichen. Hier wird zu prüfen sein, ob der Aufbau und die Ausstattung der Sozialstationen diesen besonderen Bedingungen gerecht werden oder ob wir ggf. nach neuen Wegen suchen müssen.

Abschließend möchte ich als ein weiteres Bindeglied in der Versorgung gerade auch der älteren pflegebedürftigen Menschen die Schaffung von altengerechten Wohnungen nennen. Hier wird sich das Land bemühen, zum Aufbau zum sogenannten "betreuten Wohnen" oder andere "Service-Häuser" Mittel für die Schaffung von Sozialstützpunkten in derartigen altengerecht ausgestatteten Wohnungsanlagen zu schaffen.

Christel Hanewinckel

## Soziale Dienste und soziale Einrichtungen im Wandel

Aus meiner langjährigen Tätigkeit als Pastorin in der Seelsorge im Arbeitsbereich Krankenhäuser sowie Feierabend- und Pflegeheimen und den dazugehörigen Gesprächen mit Patienten und Angehörigen, Fallbesprechungs- und Supervisionsarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens ist mir die Thematik dieser Veranstaltung vertraut.

Ich möchte mit einer Situationsschilderung beginnen, die vermutlich den meisten von Ihnen bekannt ist und die Sie womöglich einmal oder mehrmals durchgemacht haben. Ich denke an die Umzugssituation. Stellen Sie sich vor, die Wohnung ist zu klein geworden oder die Familie zu groß oder die Ansprüche und Bedürfnisse sind andere geworden, dann muß man in der Regel in eine andere Wohnung ziehen (so man eine findet). Die Umzugssituation trifft alle Gruppen: Die 18jährige zieht zu Hause aus in ihre erste Bude, die 70jährige zieht von zu Hause aus in ihr letztes Heim. Oder aber ein neuer Arbeitsplatz ist in Sicht und vom Wohnort so weit entfernt, daß man umziehen muß; oder ein Paar zieht zusammen. Es sind unterschiedliche Situationen, Betroffenheiten, aber allen ist gemeinsam, daß Mann und Frau, ob jung oder alt, Abschied nehmen müssen von der Wohnung, von der Behausung, von den vier Wänden, in denen man bisher heimisch gewesen ist. In der Regel überlegt man in Ruhe, wo will ich hin, was will ich haben, was soll es sein. Im günstigsten Fall habe ich die Chance auszusuchen. Dann kommt der schwierigere Teil der Arbeit; ich muß mich entscheiden, was nehme ich mit, was lasse ich zurück, wovon kann ich mich leicht verabschieden, weil ich es nicht mehr brauche, es schon zu abgenutzt ist, es sich nicht bewährt hat oder es einfach nichts mehr wert ist. Es gibt Dinge, von denen befreie ich mich sehr gerne, aber es gibt auch vieles, das zu mir gehört und mit dem ich weiterleben möchte. Dies ist ein langer Weg der Entscheidung, der auch die Möglichkeit der Neugestaltung beinhaltet. Und dann kommt noch die Realität des Geldbeutels dazu, was kann ich mir leisten und was nicht. Und all das muß ich, wenn ich in einer Familie lebe, mit den Familienangehörigen besprechen.



Menschen, die umziehen, sind sozialpsychologisch gesehen, in einer Krise. Eine Krise bedeutet nicht nur, daß alles chaotisch abläuft, daß es schmerzlich ist, Abschied genommen werden muß und etwas unwiderbringlich vorbei ist. Krise beinhaltet immer auch die Chance des Neuanfangs.

Wir sind gesellschaftspsychologisch gesehen heute in einer solchen Krise. Wenn der Begriff der Krise für die gesellschaftliche Situation in den neuen Bundesländern zutrifft, können auch Techniken der Krisenberatung darauf übertragen werden. Wenn ein Betroffener in einer Krise steckt, ist es wichtig und notwendig, daß der oder die Krisenberater/in mit ihm zusammen, das was gewesen ist und was werden soll, sehr genau analysiert und sie anschließend gemeinsam überlegen, was der nächste Schritt ist und getan werden kann. Dann erst ist die Frage nach einem späteren Ziel zu beantworten. Der Betroffene kann gut selbst entscheiden, was hat sich bewährt, was nehme ich mit, was lasse ich unter Schmerzen zurück, was kommt neu hinzu.

Was wir in unserem Land erleben, ist eine Krise und was die Menschen in ihrer Arbeit erleben ist eine doppelte Krise. Sie hat mehrere Ebenen. Denn wir haben es vorrangig mit Menschen zu tun, die in der Gesellschaft "arm dran" sind, die durch Krankheit, Alter und sogenannte soziale Schwäche auf gesellschaftliche Hilfe angewiesen sind. Die Betroffenen und die Helfer müssen sich jetzt völlig umorientieren, weil das, woran sie bisher gewöhnt waren, mit einem Schlag nicht mehr greifbar, Gewohntes nicht mehr vorhanden, manches neu und vieles noch gar nicht geklärt ist. In den sozialen Diensten und Einrichtungen ist an vielen Stellen versäumt worden, genau hinzusehen, zu sortieren und dann zu entscheiden, was wollen wir behalten und was lassen wir auch mit großer Erleichterung zurück und wovon müssen wir uns mit Schmerzen trennen. Wenn ich an ihre Arbeit denke, kommt noch die andere Ebene hinzu, daß sie in der Krise des Anfangs stehen, sie erleben, daß sie mit viel Phantasie, Engagement und Elan in die Arbeit gehen und plötzlich Hemmnisse und Hindernisse auftauchen, die sie überhaupt nicht erwartet haben. Ein Beispiel ist, daß sie seit fast einem Jahr auf die Anerkennung der Sozialstationen warten.

Meine Kritik, mein Ärger und auch meine Trauer entstehen, wo Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, die in der DDR existierten und die gut waren, in dem Sinne, daß sie verbesserungswürdig und -bedürftig gewesen sind, ohne genaue Überlegungen und Analysen, ohne daß die Betroffenen wirklich sich dazu äu-

bern konnten und sie die Chance gehabt hätten, das eine oder andere neu zu probieren, abgeschafft worden sind. Ich muß vermuten, daß hier weniger Sachentscheidungen als politisch-ideologische Entscheidungen getroffen worden sind.

Das Makabre ist, daß die negativen Folgen wieder die Schwachen und Armen getroffen haben und treffen. Ich möchte stellvertretend für andere einige soziale Dienste etwas genauer behandeln. Vorneweg möchte ich sagen: es gab vieles, was in der Tat so nicht gut und mehr als verbesserungsbedürftig gewesen ist. Aber es gab auch Strukturen, die nicht nur für uns weiterhin gut und richtig gewesen wären, sondern die auch in den alten Bundesländern Zeichen hätten setzen können. Vielleicht sind wir in zehn Jahren soweit, daß wir in Ost und West das bauen, was jetzt keine Chance hatte und zerschlagen worden ist.

## 1. Die Dispensaireberatungsstellen

Dispensaireberatungsstellen gibt es in den neuen Bundesländern nicht mehr. Die Menschen, die davon betroffen sind, z. B. Diabetiker, Krebskranke und Lungenkranke, haben keinen qualifizierten Ansprechpartner mehr. Nach dem Modell der alten Bundesländer ist allein der Arzt zuständig. In den Beratungsstellen stand den Betroffenen ein Team unterschiedlichster Berufsgruppen zur Verfügung. Eine optimale Begleitung in medizinischem, psychologischem und sozialem Bereich war vorhanden. Die Finanzierung erfolgte über die Krankenkassen. Die Betroffenen sind nicht nur gesundheitlich eingeschränkt und weniger leistungsfähig; es sind diejenigen, die auf dem Arbeitsmarkt nicht flexibel genug sein können und damit die ersten, die arbeitslos wurden. Es gibt eine Untersuchung, die besagt, daß Diabetiker, die stationär wegen Schock oder Koma behandelt werden müssen, heute in einem sehr viel schlechteren Allgemeinzustand sind, als sie das jemals zu DDR-Zeiten gewesen sind. Ich will damit sagen: Dispensaireberatungsstellen waren Einrichtungen unseres Gesundheitswesens gewesen, die für die Betroffenen ausgesprochen sinnvoll, wichtig und m. E. notwendig waren und sind. Und es wäre möglich gewesen, sie zu erhalten, wenn man sich über eine Finanzierung Gedanken gemacht hätte. Die Erhaltung hätte sehr wahrscheinlich den Rahmen der Ausgabenvorgabe der Krankenkasse gesprengt und grundsätzliche Überlegungen notwendig gemacht. Aber wer hindert uns eigentlich daran, Neues zu entwickeln und unsere Erfah-

rungen und Phantasie miteinzubringen. Ist hier im Interesse der Menschen – denn wir reden ja auch von einem Sozialstaat, nicht nur von der Marktwirtschaft – gehandelt worden? Es wäre sinnvoll gewesen, Geld an dieser Stelle einzusetzen, denn Prävention ist allemal billiger als Therapie.

## 2. Schwangerschaftsberatungsstellen

Nach dem Einigungsvertrag besteht die Notwendigkeit in den neuen Bundesländern, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen einzurichten. In der DDR gab es ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen, die den Schwangeren eine medizinische Betreuung, psychologische und soziale Begleitung und andere Hilfen angeboten haben. Sie mußten ebenso wie die Dispensaireberatungsstellen ihre Arbeit aufgeben, weil die Kassen diese Form der Betreuung nicht finanziert haben.

Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen gibt es bisher nur in unzureichendem Maße in den neuen Bundesländern, außerdem ist ihre Aufgabenstellung sehr verschieden von unserer bisherigen. Für die betroffenen Frauen und Familien bedeutet das, daß sie Orientierungsschwierigkeiten haben und sich einen neuen Arzt oder Ärztin suchen müssen. Hausärzte hatten zu DDR-Zeiten nicht oder kaum mit Schwangeren zu tun, weil diese ja in die Beratungsstellen gingen. Das bedeutet, daß die Ärztinnen und Ärzte für diesen speziellen Bereich unzureichend qualifiziert sind.

Die Unsicherheit der Frauen und Paare findet darin ihren Ausdruck, daß es über 40% weniger Schwangere gibt, d. h. viele wollen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt ihren Kinderwunsch nicht erfüllen. Es gibt auch noch kein flächendeckendes Netz an Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, weil bestimmte Richtlinien erfüllt werden müssen, um als solche anerkannt zu werden. Was hat uns eigentlich daran gehindert, die bestehenden Schwangerenberatungsstellen noch für eine Weile weiterarbeiten zu lassen und durch die Qualifizierungen der Mitarbeiterinnen die Angebote zu verbessern? Es wäre sowohl für die betroffenen Frauen als auch für die Mitarbeiterinnen eine klare Sache gewesen. Es kommt noch ein weiteres Problem hinzu. Es ist bekannt, daß es den "Hilfsfond für Schwangere in Not" gibt. Die Beratungsstellen, die in der Regel auch Familien- und Erziehungsberatung machen, sind zur Zeit hoffnungslos überfordert,

wenn sie diesen Hilfsfond mitverwalten müssen. Das bedeutet, daß die Mitarbeiterinnen die Erziehungs- und Familienberatung vernachlässigen müssen. Finanzielle und materielle Hilfen zu gewähren, war eine klassische Aufgabe der Schwangerschaftsberatungsstellen in der DDR. Heute werden diese neuen Stellen, die vielfach erst in der Aufbauphase stehen, auch noch mit anderen Dingen überfrachtet.

## 3. Polikliniken

Die Polikliniken hätten neben anderen Formen medizinischer Einrichtungen eine Chance gehabt, wenn nicht Lobbyisten wie die Kassenärztliche Vereinigung oder der Hartmannbund, sprich: die niedergelassenen Ärzte dies verhindert hätten. Es wurde uns wieder ein Modell aus den alten Bundesländern einfach übergestülpt. Was spricht eigentlich dagegen, daß in einem freiheitlich demokratischen Land auch in diesem Bereich ein plurales Angebot vorhanden ist und die Polikliniken in Sachsen-Anhalt hätten beweisen können, daß sie womöglich wirtschaftlicher gewesen wären als einzelne niedergelassene Praxen. Eigentlich spricht alles dafür, daß wir es hätten probieren sollen und können. Wenn ich an das Gesundheitsreformgesetz und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen denke, wäre es sicher gerechtfertigt gewesen, diesem Modell eine Chance zu geben, um zu überprüfen, ob es nicht mindestens genauso günstig oder sogar kostengünstiger gewesen wäre als andere. Die Einschränkung im Einigungsvertrag, daß die Polikliniken sich in fünf Jahren umstrukturieren müssen, hat dies nicht zugelassen. Ich möchte nochmal deutlich sagen: es geht nicht um ein Zurück zum Einheitsstaat, in dem es nur die **eine** Möglichkeit gab. Aber ich habe meine Bedenken, daß es nur das in den neuen Bundesländern geben darf, was es in den alten gibt und daß unsere Strukturen und Einrichtungen nicht mehr weiterleben dürfen.

Es gibt auch noch einen anderen Effekt: den in diesen Bereichen Beschäftigten – das sind im Gesundheitswesen vorwiegend Frauen – wurde im Grunde genommen mit der Schließung der Einrichtungen bescheinigt, daß ihre bisherige Arbeit schlecht war. Das **stimmt nicht**. Die Bedingungen, unter denen hier gearbeitet wurde, waren oft sehr schwierig und kompliziert, vor allem auch, weil fast alles mit "Ideologie" überhöht wurde. Wer sich auf der Sachebene kritisch äußerte, wurde womöglich noch kriminalisiert oder politisiert. Nach meiner Erfahrung

waren die Arbeitsbedingungen noch viel mühevoller, als sich das jemand aus den alten Bundesländern vorstellen kann. Meine Hoffnung war, daß das eine oder andere von dem, wo Phantasie und Arbeitskraft von uns investiert worden ist, auch in einem geeinten Deutschland Platz finden könnte.

Soviel zu diesen Punkten. Ich könnte die Liste noch fortsetzen: Ich denke an das flächendeckende Netz der Kinderbetreuungseinrichtungen. Hier und da haben wir es geschafft, einen Rechtsanspruch auf einen Kindergarten-, Krippen- oder Hortplatz durchzusetzen. Wie kompliziert und schwierig das noch ist, erleben wir täglich. Der auf dem Papier stehende Rechtsanspruch ist das eine, aber ob man ihn dann auch in der Praxis bekommt, ist ja noch die andere Frage und wir alle wissen, wie mühsam es ist, die Plätze wirklich zu finanzieren.

Da kann die Bundes- oder Landesebene, die das Gesetz verabschiedet, das Ihre tun, aber die Kommune und die Träger sind dann dran, die Schwierigkeiten der Finanzierung in den Griff zu bekommen. Es gibt immer wieder Regelungsbedarf, wo eben nicht nur Kommune und Land gefragt sind, sondern auch der Bund, z. B. im Juni 1991 bei der Forderung nach einer Übergangsförderung der Kinderbetreuungseinrichtungen in den neuen Bundesländern. Immer, wenn wir im Bundestag diese Punkte ansprechen, werden wir sehr schnell abgewinkelt mit der Bemerkung: Na, Sie als Neuling, haben Sie nicht gelernt, daß das doch Landessache ist? Natürlich weiß ich inzwischen, was in den Kompetenzbereich des Landes, der Kommune oder des Bundes fällt. Nur müssen wir auch darüber reden, wie die Gelder umverteilt werden müssen, damit die Länder und Kommunen ihren Aufgaben gerecht werden können. Tatsache ist, daß hier so gut wie noch nichts investiert worden ist. Das bedeutet auf Dauer vermehrt soziale Probleme. Wir konsumieren und dadurch wird die Produktion und die Wirtschaft in den alten Bundesländern immer mehr in Gang kommen. Dort boomt die Wirtschaft, hier boomt die Arbeitslosigkeit. Es ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, daß eine Umverteilung von Geldern und Investitionen notwendig ist, damit die neuen Länder nicht zur Kolonie verkommen.

Zur Lage der sozialen Einrichtungen und sozialen Dienste ist zu sagen: In den neuen Ländern handelt es sich nicht um einen Wandel, sondern um einen Abbruch und mühsame Neuanfänge.

Ich möchte zum Schluß auf einige Probleme aufmerksam machen, die in erster Linie die Politikerinnen und Politiker zu klären haben, mit deren Auswirkungen die Menschen in den sozialen Einrichtungen und Diensten aber tagtäglich zu tun haben:

- Problem der Pflegeversicherung;
- nicht gerechter und sogar verfassungswidriger Familienlastenausgleich, von dem vorwiegend niedrig verdienende Familien betroffen sind;
- Aufbau, Finanzierung, Anerkennung der Sozialstationen;
- kein Rechtsanspruch auf einen Arbeitsplatz für Behinderte;
- die minimale Finanzierung von Jugendverbänden und Jugendeinrichtungen;
- Altersarmut, die vorwiegend Frauen betrifft;
- die gesamte Problematik der Arbeitslosigkeit und dabei besonders die der Langzeitarbeitslosigkeit;
- die Neuregelung des § 218.

Gute politische Rahmenbedingungen sind die Voraussetzungen für einen Sozialstaat. Seit 1990 reden wir von Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion. Bis auf die Währungsunion erleben wir vorwiegend Unterschiedlichkeiten in beiden Teilen Deutschlands. Mir hat mal jemand gesagt, wir zahlen jetzt zwar mit dem gleichen Geld, aber nicht mit gleicher Münze. Bis dahin ist der Weg noch ziemlich lang. Wenn wir nicht nur bei der Währungsunion stehen bleiben wollen, sondern wirklich auch eine Wirtschafts- und Sozialunion haben wollen, dann ist noch viel zu tun. Um die zu erwerben, sind wir selbst gefordert, auch wenn es hin und wieder mühsam ist. Wir sollten uns nicht kleinkriegen lassen, unser Wissen und Können immer wieder in diese Gestaltungsprozesse einzubringen und einzufordern. Dazu gehören auch die Erfahrungen, unter denen wir gelitten haben. Deshalb darf es auch nicht dahin kommen, daß an der einen oder anderen Stelle eine alte Ideologie durch eine neue ausgetauscht wird. Um dies zu verhindern, ist jede und jeder von uns gefordert. Sei es in ihrem Arbeitsbereich, aber auch wenn es darum geht, Politikern und Politikerinnen Informationen zu geben, aber auch Dampf zu machen. Ihre Erfahrungen müssen laut gesagt und mitgeteilt werden, sowohl uns Bundestagsabgeordneten als auch den Entscheidungsträgern auf Landes- und Kommunenebene. Meine größte Sorge

ist, daß Politik wieder Sache derer da oben wird und die da unten meinen, sie könnten nichts bewirken. Diese Erfahrung haben wir sattsam genug gemacht. Wir haben aber auch im Herbst '89 die Erfahrung gemacht, daß es eine andere Möglichkeit gibt und daß es lohnt, sich in Politik einzumischen, weil sie unser aller Sache ist.

Angelika Köbel

## **Zum Aufbau sozialer Dienste und sozialer Einrichtungen in den neuen Bundesländern am Beispiel Magdeburg**

Der deutsche Einigungsprozeß hat sich mit einer enormen Schnelligkeit entwickelt und dabei eine große Eigendynamik entfaltet. Es ist wohl ein einmaliger Vorgang in der Gesellschaftsgeschichte, daß ein Staat seine Existenzberechtigung unter solchen Umständen verliert. Nach dem Willen der Mehrheit seiner Bürger wurde mit der ersten freien Wahl zur Volkskammer am 18. März 1990 ein Votum für die rasche staatliche Einheit der Deutschen, für Freiheit und Demokratie abgegeben.

Im geteilten Deutschland kam es nach 1945 zu gegensätzlichen politischen Ordnungen und damit zu unterschiedlichen wirtschaftlichen und rechtlichen Systemen, die sich deutlich auch im Bereich der Bildung, der Kultur und der Gesundheits- und Sozialpolitik abzeichneten. Die historische Wende, diese sanfte Revolution der Bürgerbewegung, führte für die Bürger der ehemaligen DDR zu einem fundamentalen Wandel ihres gesamten politischen, sozialen und rechtlichen Umfeldes.

So wurden zum Tag der deutschen Einheit bis auf wenige Ausnahmen ohne Übergang die Gesetze und Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland auch für die neuen Bundesländer wirksam. Viele Menschen, vor allem ältere, haben Schwierigkeiten, sich in den veränderten Verwaltungsstrukturen zurechtzufinden, sich in dem Dickicht neuer Prinzipien und Prämissen zu orientieren. Sie reagieren auf die enormen sozialen und psychischen Belastungen mit Unsicherheit, Apathie – aber auch mit Aggression oder einem Gefühl der Trauer und der Sehnsucht nach dem Vertrauten. Die politischen Verhältnisse der DDR wünscht sich allerdings kaum jemand zurück.

Da die wirtschaftlichen, neben den verfassungsrechtlichen Fragen beim Einigungsprozeß im Vordergrund standen, sind die Unterschiede in der Gesundheits- und Sozialpolitik in der Öffentlichkeit zwar dargestellt worden, aber nicht

im Sinne einer echten Prüfung der Erfahrung beider Systeme, wie und ob Bewährtes zu kombinieren wäre. Die berechtigte Frage ist natürlich, ob es überhaupt Erhaltenswertes aus der DDR gab.

Betrachtet man die Lebenserwartung der Bürger als ein Kriterium der Widerspiegelung gesellschaftlicher Verhältnisse, so wird dokumentiert, daß die sozialen Umstände bei einer Bevölkerung gleicher ethnischer Identität in der BRD und in der DDR zu einer ungleichen Lebenserwartungschance zuungunsten der DDR-Bewohner geführt haben. Unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen, ein anderer sozioökonomischer Status; gesellschaftlich vermittelte Formen der Ernährung, des Wohnens, der Bildung, der Lebenszufriedenheit, der aktiven Daseinsbewältigung wirken auf Befindlichkeit, bestimmen Gesundheits- und Krankheitsgeschehen. Spezifische Krankheitsbilder und auch Todesursachen sind Reaktion auf das soziale Umfeld, auf bestimmte Lebensstile. Der gelernte DDR-Bürger hatte sich in seinem Gesellschaftssystem mehr oder weniger eingerichtet, sich den Bedingungen mehr oder weniger angepaßt. In der gesellschaftlichen Stagnation hatten sich die meisten Menschen in die private Nische zurückgezogen, um den real existierenden Sozialismus möglichst problemlos zu überdauern.

Die Desillusionierung über den Staat Bundesrepublik Deutschland führt nun bei vielen Menschen zu einem schmerzlichen Erkenntnisprozeß und zu Schwierigkeiten, sich auf veränderte, komplizierter gewordene Verhältnisse einzustellen. Die jetzt notwendige Anpassung an ein anderes System, verbunden mit psychischen und einschneidenden sozialen Belastungen sowie teilweise kränkenden und diskriminierenden Erfahrungen, z.B. beim Verlust des Arbeitsplatzes oder bei der veränderten Finanzierung eines Altenheimplatzes, sind für den Einzelnen gravierende Lebenserfahrungen. Die Bundesrepublik, von den meisten vorher als das Schlaraffenland schlechthin angesehen, erweist sich nun aus der Sicht mancher als nicht so attraktiv wie einstmals erhofft. Der erwartete Wohlstand ist für viele immer noch in weiter Ferne.

War einst der Staat DDR in seinen zentralistischen, starren Strukturen, die aber vom Bürger leicht zu überschauen waren, der fast allein Zuständige für soziale Versorgungs- und Sicherungssysteme, so sind heute unterschiedliche Behörden, Kostenträger und völlig neue Strukturen mit anderen Verwaltungsprinzipien, Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnissen eine verwirrende Bürokratie-

landschaft für den unerfahrenen Neubundesbürger. Häufig trifft er auf Angestellte hinter dem Schreibtisch, die ihrerseits noch Probleme mit den neuen Rechtsvorschriften haben. Es sind Kompetenzen noch nicht eindeutig geklärt bzw. Ämter befinden sich im Aufbau, sind noch nicht voll arbeitsfähig.

Trotzdem meine ich, daß es erstaunlich ist, was in der kurzen Zeit, seit gut einem Jahr, geleistet wurde und ich denke, daß man es mit einer kurzen Bilanz am besten verdeutlichen kann. Als im Juni 1990 mit dem Aufbau der kommunalen Selbstverwaltung begonnen wurde, gab es Fachabteilungen des Gesundheits- und Sozialwesens in den Stadtbezirken von Magdeburg, wo wenig differenziert dem Bürger soziale Leistungen angeboten wurden. Die eigentliche Sozialarbeit war in Form von Beratungsstellen für jedes Lebensalter und unterschiedliche Betreuungsgruppen, über Gemeindefachstellen in das System der Polikliniken integriert, wo es aber auch in Zusammenarbeit mit der Volkssolidarität eine Hauswirtschaftspflege und Essenversorgung gab. Die Entflechtung der sozialen Dienste aus dem Bereich der Polikliniken und die Zuordnung erst einmal zu den neu geschaffenen Ämtern wie dem Gesundheitsamt mit seinen Beratungsstellen, um einige zu erwähnen – dem sozialpsychiatrischen Dienst, wo medizinische und soziale Betreuung miteinander verknüpft waren, der Ehe- und Sexualberatung, der Sucht- und Aidsberatung, dem Telefon des Vertrauens; der Zuordnung der Einrichtungen der Altenbetreuung und des allgemeinen Sozialdienstes zum Sozialamt neben dem neu geschaffenen Frauenhaus und dem Obdachlosenheim für Männer. Altenklubs wurden entsprechend der Antragsstellung über den Sozialausschuß zum frühestmöglichen Zeitpunkt an freie Träger als Begegnungsstätten vergeben.

Es erfolgte die Umstrukturierung von der Abteilung Jugendhilfe zu einem Jugendamt mit seinen Nachfolgeeinrichtungen wie den 133 Kinderkrippen und Kindergärten, den Kinderheimen, den Kinderfreizeiteinrichtungen und 12 Jugendklubs sowie die Neugründung eines Kinder- und Jugendhilfenotdienstes in der A.-Vater-Straße.

Zwei Wohnprojekte für Jugendliche mit sozialen Schwierigkeiten wurden von der Stadtverordnetenversammlung bestätigt. Der Jugendhilfeausschuß mit den Vertretern auch der freien Träger ist mittlerweile etabliert und sehr aktiv. Wenn ich an die erste Zeit nach dem Amtsantritt im Rathaus zurückdenke, so gab es neben den täglichen Feuerwehraktionen zur Schadensbegrenzung in vielen Be-

reichten die ersten Kontaktgespräche mit Vertretern freier Träger, welche Vorstellungen zur Übernahme von Aufgaben und Einrichtungen darlegten. Die Umstrukturierung der Verwaltung, die zu bewältigenden Personalprobleme bei der Besetzung der Stellen in den Ämtern – so hatten sich Hunderte für die 180 Stellen des Sozialamtes beworben –, forderten die ganze Kraft der erst wenigen Mitarbeiter. Die vielen sozialen Unsicherheiten führten zu einer Flut von Briefen teils von Bürgern, aber auch von Angestellten des Gesundheits- und Sozialwesens. Besonders die Gruppe der Fürsorgerinnen bangte um den Arbeitsplatz und die Anerkennung des Berufsabschlusses. So wurde vom Magistrat Magdeburg, in Verbindung mit der Fachhochschule Braunschweig, ein Institut für soziale Berufe e.V. gegründet, um eine berufsbegleitende Weiterbildung für den Personenkreis zu ermöglichen, der die Sozialarbeit vor Ort überwiegend trägt. Vier Hilfsorganisationen wurden in das städtische Rettungssystem eingebunden, aber auch für den Transport von Behinderten und Kranken.

Wenn man die Presse und teilweise die Stimmungsmache in den Tageszeitungen der Anfangsphase verfolgt, so stellt man fest, daß das Gefühl vermittelt wurde, das Netz der sozialen Sicherheit ist zerrissen und das Chaos sei ausgebrochen. Unterstützt wird dieser Eindruck bei vielen durch den Wegfall des gesicherten Dauerarbeitsplatzes, dem ungewohnten Leistungsdruck, dem Nichtzurechtfinden im Dschungel der notwendigen Antragsstellungen und Zuständigkeiten. Die Wohnungssituation ist durch Rückführungsansprüche und Miethaie gefährdet, aber es gibt auch ca. 933 erfaßte Altschuldner bei Mieten, die jetzt von der Wohnungskündigung bedroht sind. Kostensteigerungen bei Miete und Energie sowie Wasser sind angesagt. Angst vor ungewohnter Kriminalität, Betrügereien prägen ein neues Denken. Die neuen Systeme sind fremd, nicht verinnerlicht. Es wäre falsch zu sagen, daß die Menschen sich durch die alten Strukturen gut betreut gefühlt haben. Der Blick in die Altenheime, Behinderteneinrichtungen, aber auch in Wohnungen sozialer Randgruppen offenbart, daß viele Hilf- und Schutzlose unter erbärmlichen Bedingungen oft am Rande der Verwahrlosung gelebt haben. Wohnungsprobleme waren nicht lösbar. Frauen und Kinder hatten keine Zufluchtmöglichkeit bei Gewalttätigkeit des Vaters. Das Frauenhaus in Magdeburg ist seit seinem Bestehen ständig voll belegt. 14 Frauen und 31 Kinder haben hier ein Übergangsheim gefunden. Dringend erforderlich ist auch ein Obdachlosenheim für Frauen und Kinder. Leider kann das dafür vorgesehene Haus wegen eines Baustopps nicht genutzt werden. Die ungleiche Lebensqualität zwischen BRD und ehemaliger DDR offenbart sich besonders dramatisch bei

einem Vergleich des Suizidgeschehens. In der Altersgruppe der 65- bis 70jährigen waren die Suizidraten in der DDR fast doppelt so hoch wie in der BRD; jenseits des 75. Lebensjahres bei DDR-Frauen mehr als das Dreifache gegenüber den BRD-Frauen. Die jetzigen Zahlen liegen deutlich niedriger, auch wenn manchmal in der Volksmeinung ein anderer Eindruck entsteht. Es ist eine gemeinsame Aufgabe der öffentlichen und freien Träger sich für soziale Integration einzusetzen, Vertrauen zu vermitteln, Eigenverantwortung und Selbsthilfe zu fördern. Es gilt aber auch, das Prinzip der Subsidiarität dem Neubundesbürger verständlich zu machen, damit es in Anspruch genommen werden kann.

Wie im städtischen Bereich, hatten die freien Träger große Probleme bei der Aufbauarbeit zu überwinden, angefangen vom leidigen Raumproblem bis zu personellen Besetzungsschwierigkeiten, über unklare finanzielle Startbedingungen und andere Fragen.

Lassen Sie mich die Zusammenarbeit der Stadt mit den freien Trägern am Beispiel der Sozialstationen darstellen. In ersten Vorarbeiten der Abteilung Altenhilfe wurde ein flächendeckendes Konzept für die Stadt von zehn Sozialstationen erarbeitet. Unter Einbeziehung verschiedener Träger haben wir es in vielen Gesprächen vervollständigt. Am 13.12.1990 wurde durch Beschluß der Stadtverordnetenversammlung die Versorgung über die Sozialstationen nach dem Territorialprinzip für bestimmte Bereiche festgeschrieben. Zu diesem Zeitpunkt lagen die Landesregelungen noch nicht vor. Den Sozialstationen zugeordnet, wurden die bisherigen Gemeindegewestern, bis Ende März 1991 von der Stadt finanziert. Nach dem Auslaufen der Regelung werden die Gewestern in der Mehrzahl über ABM weiterbeschäftigt. Es gab eine Fülle an Detailfragen zu klären. Ich denke, wir haben voneinander gelernt und gemeinsam das ABC für diesen Bereich erarbeitet.

Zu diesem frühen Zeitpunkt haben die Sozialstationen ihre Konzepte für die Anerkennung beim Sozialminister eingereicht, aber nach meinem Wissenstand steht die Anerkennung und Finanzierung durch das Land bisher aus. Nach der Verabschiedung der Landesrichtlinien wurde der Einzugsbereich der Sozialstationen dahingehend verändert, daß die zu versorgende Einwohnerzahl zum Maßstab wurde und zur Grundlage für die Sockelfinanzierung. Heute gibt es in Magdeburg 11 Sozialstationen. Die Volkssolidarität wollte ihre rund 300 Haus-

wirtschaftspflegerinnen (HWP's) nicht im Stich lassen und hat sie als ABM weiterbeschäftigt. Andererseits konnten die Sozialstationen ihren Verpflichtungen im Hauswirtschaftsbereich aus Mangel an geeigneten Kräften nicht nachkommen. Zwar gibt es eine Vereinbarung, daß die Sozialstationen geeignete Kräfte über ABM übernehmen, aber dieser Übergang gestaltet sich recht schwierig. Da die HWP's einen anderen Leistungskatalog hatten als jetzt über die Regelungen entsprechend dem BSHG nach Begutachtung durch die Sozialarbeiterinnen der Altenhilfe und der Entscheidung durch die Leistungsabteilung abgerechnet werden kann, ist die Weiterbeschäftigung als Vollkräfte ein offenes Problem. Die Situation für die Sozialstationen ist nach wie vor schwierig, weil die begleitende Hilfe beim Aufbau, bei der Schulung zu Fragen der Leitung, Abrechnung, Kalkulation nur über Partner aus den alten Bundesländern sporadisch geschieht. Die ABM-Finanzierung kaschiert im Moment die dringend erforderliche genaue Kalkulation der Stundensätze. Die Sozialstationen werden in Zukunft noch umfassendere Betreuungsangebote entwickeln und als Zentren der ambulanten Versorgung ausgebaut werden, um das Niveau der Versorgung zu erreichen, ein gemeindenahes Hilfsangebot zu machen.

In Magdeburg gibt es 14 kommunale Alten- und Pflegeheime sowie ein kommunales Altenwohnheim, die einer zentralen Verwaltung unterstanden. Im kommunalen Bereich stehen 1.720 Pflegeplätze zur Verfügung, wobei etwa 80 Plätze von jüngeren körperlich und geistig Behinderten genutzt werden. Das Wohnheim hat 500 Wohnheimplätze, daneben gibt es 720 altersgerechte Wohnungen. In konfessioneller Trägerschaft sind vier Heime mit 71 Feierabendheimplätzen und über 300 Pflegeplätzen.

Im Moment erarbeitet das Sozialamt eine Konzeption zu den Altenheimen, einen Altenplan, und es wird einen Altenbeirat geben. Dann wird auch die Entscheidungsfindung der Stadtverordneten für die Übergabe von Einrichtungen an freie Träger möglich sein. Problematisch aus Sicht der Stadt erweisen sich immer wieder unklare Vermögensverhältnisse, die Verpflichtung zur Prüfung alter Eigentumsansprüche, die von dem völlig überlasteten Liegenschaftsamt vorgenommen werden müssen, da die freien Träger im Regelfall nicht bereit sind, kurzfristige Verträge einzugehen oder nicht investieren können, weil ein Baustopp es unter Umständen verhindert. So können teilweise Mittel aus dem Programm "Aufschwung Ost" nicht von freien Trägern eingesetzt werden, weil die Eigentumsverhältnisse unklar sind. Die Stadt hat ca. 20 % der Investitionspau-

schale aus Aufschwung Ost an freie Träger vergeben und liegt damit deutlich über dem Durchschnitt der neuen Bundesländer. Viele freie Träger sind an einer Übernahme von Kindertagesstätten interessiert, wobei das Kindertagesstätten-gesetz von Sachsen-Anhalt mit der Festschreibung des Rechtsanspruches auf einen Kindertagesstättenplatz zu begrüßen ist. Leider verkehrt sich der positive politische Wille des Landtages in das Gegenteil, wenn das Land nicht auch die Finanzierung der Gesamtkosten zu 80 bis 100 % übernehmen kann; denn die Stadt Magdeburg wird das Defizit bei rund 17.000 Plätzen für das kommende Jahr in Höhe von 80 Mio. DM nicht tragen können. Z.Zt. übernimmt das Land nur 60 % der Personalkosten für das pädagogische Personal. Auch für die konfessionellen Kinderbetreuungseinrichtungen kann es das Aus bedeuten, wenn sich keine anderen Finanzierungsmöglichkeiten eröffnen. Die Elterntelgele sind per Gesetz festgeschrieben. Leider fehlen noch die Durchführungsbestimmungen.

Nacheinander werden Konzepte für die verschiedenen Bereiche erarbeitet. Die Stadt gibt Aufgaben an freie Träger weiter, aber erst, wenn Aspekte geprüft und Kriterien festgelegt sind. Die Zuarbeiten für Entscheidungen sind kompliziert, da uns zu wenig verwertbare statistische Daten und soziologische Fakten zur Verfügung stehen.

Auf der anderen Seite sollen nicht nur über und in Momentsituationen Aussagen getroffen werden, sondern Bereich für Bereich muß von seinen Mindestanforderungen her beplant werden, im Sinne einer soliden Strategie eines schrittweisen Ausbaus des sozialen Netzes, um eine ausreichende, qualitativ verbesserte Betreuung zu erreichen, aber auch um ein Nebeneinander von Überfluß und Mangel an sozialen Diensten zu vermeiden. Da gibt es noch viel zu tun, ob auf dem Gebiet der medizinischen und sozialen Rehabilitation, bei der Alten- und Jugendarbeit, für die Aussiedler und die Asylbewerber. Die Zielstellung der kommunalen Verwaltung schließt die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und sonstige gemeinnützige Organisationen, Selbsthilfegruppen und andere in ihre Vorstellungen ein, damit alle gemeinsam zum Wohl der Bürger dieser Stadt wirken.

Wolfgang Schuth

## **Soziale Probleme in den neuen Bundesländern und das Zusammenwirken von öffentlichen und freien Trägern der sozialen Arbeit aus Sicht eines freien Trägers**

In der ehemaligen DDR oblagen die meisten sozialen Dienstleistungen und Angebote wie Kindertagesstätten, Jugendclubs, Polikliniken, Feierabendheime überwiegend staatlichen Stellen oder waren betriebseigen. Nach der Wende etablierte sich in Angleichung an die alten Bundesländer – der Dualismus zwischen öffentlicher und freier Trägerschaft sozialer Einrichtungen. Auf der kommunalen Ebene entstanden Jugend- und Sozialämter, auf der anderen Seite entwickelten sich Jugendorganisationen, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbände. Damit ergaben sich und ergeben sich – denn wir stehen mitten im Prozeß – neue Funktionsteilungen, die viele Schwierigkeiten und Hoffnungen in sich bergen.

### **Freie Träger**

Unter "Träger der freien Wohlfahrtspflege" versteht man insbesondere die in den §§ 93 Abs.1 und 10 Abs.4 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) genannten Verbände der freien Wohlfahrtspflege. Ein Verband der freien Wohlfahrtspflege ist dabei jede Organisation, die aufgrund ihres Verbandszwecks Wohlfahrtsleistungen an hilfsbedürftigen Personen erbringt. Die freie Wohlfahrtspflege ist die, die nicht von einer Gebietskörperschaft – Gemeinde, Kreis – erbracht wird. Die Leistung darf nicht aus Gewinnerzielungsabsichten erbracht werden.

"Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege leisten" – wie Artikel 32 Satz 1 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990<sup>1</sup> hervorhebt – "mit ihren Einrichtungen und Diensten einen unverzichtbaren Beitrag zur Sozialstaatlichkeit des Grundgesetzes." Allein die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände – Arbeiterwohlfahrt, Deutscher

---

1 BGBl. II S. 889



Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden – betreiben ca. 68.500 sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen. Artikel 32 des Entwurfes einer künftigen Verfassung für das Land Sachsen-Anhalt hebt dankenswerterweise die Aktivitäten der Verbände hervor, wenn geregelt wird: "Die soziale Tätigkeit der Träger der freien Wohlfahrtspflege und der freien Jugendhilfe wird nach Maßgabe der Gesetze als gemeinnützig anerkannt, geschützt und gefördert."<sup>2</sup>

Hier über freie Träger der Wohlfahrtspflege zu sprechen, muß für mich vor allem auch heißen, über die Arbeiterwohlfahrt zu berichten. Der Verband wurde in Sachsen-Anhalt zweimal verboten, 1933 unter den Nationalsozialisten und nach dem 2. Weltkrieg in der DDR. Nur in Berlin (Ost) war die Arbeiterwohlfahrt bis 1961 aufgrund eines Dekrets der UdSSR zugelassen. Die Arbeiterwohlfahrt hatte vor dem 2. Weltkrieg und ihrem Verbot durch die Nationalsozialisten vor allem in dieser Region, in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin, Anklang und Basis gefunden. Sie ist also kein Westimport, sondern allenfalls ein Reimport. Wie das übrigens auch nach dem 2. Weltkrieg in den alten Bundesländern der Fall war, als Kollegen, die in Exilorganisationen gearbeitet hatten – Arbeiterwohlfahrt Prag, Paris, New York –, zurückkehrten.

Aber nach nahezu 60 Jahren Verbot können wir nicht mehr auf Organisationsstrukturen zurückgreifen. Nach der Wende mußte für den Verband neu gewonnen werden. Gerade in der ersten Zeit muß wieder eine ehrenamtliche Struktur – eine Basis gewonnen werden. Heute, zwei Jahre nach der Maueröffnung und ein Jahr nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten sind wir in Sachsen-Anhalt mit rund 30 Kreisverbänden und vielen Aktivitäten vertreten. Der nächste Schritt ist es, für den Verband wieder eine hauptamtliche Struktur aufzubauen, die in der Lage ist, die vielfältigen Aufgaben, die uns als freier Träger zukommen, zu bewältigen. Wir müssen eine Organisation schaffen, die fähig ist, im ganzen Land Träger von sozialen Einrichtungen zu werden und der sozialen Verantwortung gegenüber den Klienten wie den Mitarbeitern gerecht zu werden.

<sup>2</sup> Landtag von Sachsen-Anhalt, Aufruf, Magdeburg, den 13.11.1991

## Subsidiarität

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ( Sozialstaatsgebot – Art. 20 Abs.1 GG ). Menschenwürde, freie Entfaltung der Persönlichkeit, Leben und körperliche Unversehrtheit sind Grundrechte, die jedem Menschen in unserem Lande garantiert sind (Art. 1 Abs.1 und Art. 2 GG). Nach modernem Verfassungsverständnis hat der einzelne daraus nicht nur ein Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates, sondern auch soziale Teilhaberechte. Staatliches Handeln soll auf die Gleichheit der Lebensverhältnisse – im Sinne von Rahmenbedingungen – hinwirken.

Das Sozialstaatsgebot ist vom Gesetzgeber in einem hochdifferenzierten Sozialleistungssystem konkretisiert worden. Neben einem ständig ausgebauten, hauptsächlich beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystem und neben den Versorgungsleistungen und neuen Formen sozialen Ausgleichs aus staatlichen Mitteln, hat der Gesetzgeber wichtige Bereiche der ergänzenden Existenzsicherung, aber auch die Schaffung sozialer Einrichtungen und die Gewährleistung von Beratung und persönlicher Hilfe den Kommunen übertragen. Zusammengefaßt heißt dies Normadressat des Sozialstaatsgebots (Art. 20 Abs.1, Art. 28 Abs.1.1) und in seiner Ausführung SGB, BSHG, KJHG usw. sind dies die öffentlichen Hände. Daraus ergibt sich kein Rechtsanspruch für die freien Verbände.

Daneben geht der Gesetzgeber im Grundgesetz, wie in den Sozialgesetzen mit den Garantien der Vereinigungsfreiheit, der freien religiös-karitativen Betätigung und der allgemeinen Handlungsfreiheit von der Tätigkeit gesellschaftlicher Organisationen im Sozialstaat aus. Der Staat ist bei seinem Handeln zur weltanschaulichen Neutralität verpflichtet. Andererseits wird dem Bürger ein Wahlrecht eingeräumt – von wem will ich die Hilfe? – und ein Wunschrecht – wie soll die Hilfe ausgestaltet sein? Daraus ergibt sich, daß die plural gegliederten freien Wohlfahrtsverbände unentbehrlich sind. Das Wahlrecht des Bürgers unter verschiedenen Hilfemöglichkeiten zu wählen setzt die freien Träger geradezu voraus. Gerade in existenzsichernden Hilfebereichen zur Erziehung oder zur Pflege gehört es zur Menschenwürde, eine angemessene Wahlmöglichkeit zu haben. Ohne die Angebote der freien Wohlfahrtspflege in diesem gesetzlich abgesicherten Bereich wären die öffentlichen Träger zur Übernahme dieser

Aufgaben verpflichtet. Organisatorisch–institutionelle Kriterien sprechen zusätzlich für die freie Wohlfahrtspflege:

- Betroffenennähe
- Überschaubarkeit
- Einflußnahme
- Toleranz
- Unabhängigkeit von Behörden.

In den neuen Bundesländern, die einen bewußten Prozeß der Entstaatlichung durchleben, wäre es geradezu unvernünftig, das Engagement der Ehren- und Hauptamtlichen in den Verbänden nicht zu nutzen und sie bei der Bewältigung der Problem nicht einzubeziehen. Es kann deshalb nur aufgefördert werden, den auch vom Bundesverfassungsgericht bestätigten Grundsatz des bedingten Vorrangs der freien Träger zu nutzen. Dabei muß es zur Partnerschaft der öffentlichen und freien Seite kommen, das ein Über-/Unterordnungsverhältnis ausschließt. Hoheitliche Aufgaben sollten beim öffentlichen Träger verbleiben – sie dürfen schon gar nicht wider Willen dem freien Träger aufgezwungen werden. Bei der Vertragsgestaltung muß die Vertragsfreiheit gelten. Ein wertorientiertes Angebot in der Gestaltung des Trägers muß gewollt sein. Die Erbringung der Leistung muß auch den Anspruch auf Finanzierung begründen.

### **Ohne Aufbau der öffentlichen Verwaltung läuft nichts**

Die staatlichen Stellen – selbst im Aufbau – sind vielfach bemüht, die Trägerschaft sozialer Einrichtungen an freigemeinnützige Verbände zu übergeben. Die Entwicklung und Handlungsfähigkeit der öffentlichen Wohlfahrtspflege ist Voraussetzung für den Aufbau der freien Wohlfahrtspflege als Träger von Einrichtungen. Die freie Wohlfahrtspflege ist darauf angewiesen, daß der Gesetzgeber

- die Gestaltung der sozialen Landschaft aktiv übernimmt,
- seine Gesetzgebungskompetenz ausübt und
- die haushaltsrechtlichen Entscheidungen treffen kann und damit die Voraussetzungen für die Förderung herstellt.

Der Aufbau der Verwaltung ist Grundbedingung für die Mittelbereitstellung, entsprechend dem vorgesehenen Zweck oder einem sonstigen erkennbaren Willen der gesetzgebenden Körperschaft. Die Herausgabe von Förderrichtlinien als ermessensbindende Verwaltungsvorschriften hat zu erfolgen. Allerdings muß auch gesagt werden, daß es keineswegs selbstverständlich ist, die freien Verbände bei der Gesetzgebung zu hören. Der Vorwurf muß allerdings für uns Verpflichtung sein, unseren Anspruch, in die Diskussion mit einbezogen zu werden, aktiver anzumelden.

### **Aufbau der freien Träger notwendig**

Gleichzeitig geht der Aufbau der Wohlfahrtsverbände vonstatten. Es müssen Organisationseinheiten geschaffen werden, die in der Lage sind, mit den ihnen übertragenen Aufgaben fertig zu werden – die formalen Kriterien als Arbeitgeber, Tarifpartner, Betrieb, Zuwendungsempfänger usw. zu erfüllen und wie gesagt, in die Gestaltungsprozesse der staatlichen und kommunalen Seite einzugreifen. Allein die Organisation der Ehrenamtlichen wäre dazu nicht in der Lage, die Fülle der Aufgaben zu übernehmen. Die Entstaatlichung verursacht vielfach einen erheblichen Handlungsdruck. Die Konkurrenz privater Anbieter muß nicht besonders erwähnt werden. Die Sorge der Bewohner und Mitarbeiter in stationären Einrichtungen über den Fortbestand ihrer Einrichtungen ist allgegenwärtig.

Der Handlungsbedarf neue Formen der sozialen Arbeit zu schaffen wächst. Beispiel: Psychiatrie. Der Bericht "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR" des Bundesministers für Gesundheit vom 30.05.1991 stellt zusammenfassend für die Situation in Sachsen–Anhalt u.a. fest:

- Unter Berücksichtigung einer gemeindenahen Psychiatrie reichen die stationären Einrichtungen nicht aus.
- Die Bausubstanz der psychiatrischen Einrichtungen ist im allgemeinen überaltert und zum Teil in einem desolaten Zustand – große Bettensäle, mangelhafte sanitäre Einrichtungen, Fehlen von Beschäftigungstherapie usw.

- Komplementäre Einrichtungen sind dringend zu planen. Es sind erhebliche Investitionen erforderlich, da Wohnangebote in Form von beschützenden Einzelwohnungen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften und Übergangswohnheimen ebenso fehlen wie Tagesstätten und Tageskliniken.
- Die geronto-psychiatrischen Patienten sind völlig unzureichend versorgt.
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte, Trainingzentren, Werkstätten für Behinderte und Selbsthilfefirmen fehlen.

Da wir die Entwicklung einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgungsstruktur wollen – und auch politisch Verantwortlichen in diesem Land wollen dies – bedeutet das

- Abbau der großen und veralterten Landeskrankenhäuser und der anderer "Anstalten",
- Trennung von geistig Behinderten und seelisch Behinderten,
- Ausbau der komplementären Einrichtungen,
- Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste, insbesondere eine Aufhebung des provisorischen Zustandes, was in der Konsequenz die Gebietsreform vorwegnehmen würde,
- Ausbau des Netzes niedergelassener Nervenärzte,
- Gewichtung der kommunalen Ebene – Landkreise und kreisfreie Städte.

Öffentliche und freie Wohlfahrtspflege haben zur Strukturierung der Diskussion und der gemeinsamen Gestaltung der notwendigen Dienste eine Landesarbeitsgemeinschaft gegründet. Die Freien Verbände sollten sich nicht als bloße "Erfüllungsgelhilfe zur Fortführung des Bestandes" verstehen, sondern als Partner der öffentlichen Seite, der eigene Analysen anstellt und Konzepte für praktische soziale Arbeit zu entwickeln und zu verwirklichen sucht. Wir müssen in der Lage sein – besser wir sollten in der Lage sein, unter Beachtung der Interessen der Betroffenen, sozialplanerisch, qualifiziert, kontinuierlich, wirtschaft-

lich und planvoll unter Beachtung der gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen, die ja auch alle neu sind, den uns gestellten Aufgaben gerecht zu werden.

### Stichwort: Sozialplanung

Wenn Sozialplanung Gesellschaftsplanung ist, wenn Sozialplanung als integrierter Teil der Stadtentwicklungsplanung zu verstehen ist, und wenn Sozialplanung Planung für und mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist, dann findet sie nicht oder unzureichend statt. Die Gründe sind vielfältig. Einige sollen hier genannt werden:

- Die staatliche Seite ist selbst noch im Selbstfindungsprozeß und mit der Umsetzung der ihr übergestülpten Struktur und Normen überfordert.
- Planungsverantwortung ist eine Seite; die Planungshoheit tatsächlich zu besitzen ist eine andere. Gerade die Stadt Magdeburg, die um die Verfügungsberechtigung über die Grundstücke in ihrem Gebiet kämpft, ist ein Beispiel hierfür, wie die Planungsmöglichkeiten einer Stadt empfindlich eingeschränkt werden können.
- Der Druck, der durch die virulenten sozialen Probleme entsteht, läßt für Planung oft keine Zeit:
  - Aussiedler und Asylsuchende werden zugeteilt, ohne daß für die Unterbringung gesorgt ist, die Fachbehörden eingerichtet sind, die Rechtspflege funktioniert,
  - Obdachlose stehen auf der Straße, ohne daß Obdachlosenunterkünfte ausreichend bestehen,
  - die Psychiatrien sollen aufgelöst werden, die psychisch und geistig Behinderten sollen aus den Altenpflegeheimen, ohne daß Ersatzeinrichtungen bestehen,
  - Mißhandelte Frauen suchen Schutz, aber Frauenhäuser fehlen.

Die Arbeiterwohlfahrt vertritt den Vorrang der kommunalen und staatlichen Verantwortung für die Erfüllung des Anspruchs auf soziale Hilfen, Erziehung

und Bildung sowie für die Planung und Entwicklung eines zeitgerechten Systems sozialer Leistungen. Wir werden gerne als Partner mitarbeiten, aber wir drängen darauf, daß diese Verantwortung wahrgenommen wird. Für das Zusammenwirken von öffentlichen und freien Trägern heißt dies, solange in einer Kommune Sozial-, Jugend- und Altenhilfeplanung nicht stattfindet mit dem Ziel zu definieren, welche Einrichtungen Bestand haben sollen; haben die freien Träger keine ausreichende Planungsgrundlage. Andererseits werden wir ohne Planung nicht das Gefühl los, lediglich das westliche System zu kopieren, ohne die Handlungs- und Gestaltungsräume zu nutzen.

### **Stichwort: Qualifikation**

Wir erleben insbesondere auch im Sozialbereich einen erheblichen Qualifizierungsdruck. Ursachen hierfür sind:

- die Übernahme des westdeutschen Rechtssystems, in dem sich die wenigsten auskennen,
- die Übernahme der sozialen Infrastruktur und Organisationsform der Dienste,
- die Entstaatlichung der Dienste, die hoffentlich auch mehr Eigenverantwortlichkeit bringen wird,
- die Neugestaltung bisher nicht vorhandener Dienste und Einrichtungen,
- die Eingruppierungsmerkmale im öffentlichen Dienst oder gleichgestellter Einrichtungen, die häufig auf Berufe abstellen, die nicht ausgebildet wurden.

Die persönliche Not der Mitarbeiter hat viele Institute erfinderisch gemacht. Die Arbeitsverwaltung hat allzu häufig ihren Segen und Geld für Kursreihen gegeben, bevor geklärt war, ob die Weiterbildung auch zum gewünschten Abschluß und zur staatlichen Anerkennung führt. Nur durch die Gründung der Fachhochschulen für Sozialarbeit und -pädagogik und Richtlinien des Landes kann hier Abhilfe geschaffen werden. Dies ist dringend notwendig.

### **Stichwort: Kontinuität**

Viele Aktivitäten werden derzeit noch durch verschiedene Bundesministerien gefördert, obschon der Bund aufgrund der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Länder hierfür im Grunde nicht zuständig ist. Die Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen waren und sind eine enorme Hilfe, das Notwendige zu tun, ohne daß die zuständige Landes- oder Kommunalstruktur schon in der Lage oder bereit ist, die Verbände in ihren Aktivitäten zu unterstützen. Ein eindrückliches Beispiel hierfür sind die Sozialstationen, zu denen im Detail noch zu sprechen sein wird. Wir brauchen die Solidarität und Unterstützung des Landes, der Kreise und der Kommunen, um die begonnenen sinnvollen Dienste fortführen zu können.

### **Stichwort: Wirtschaftlichkeit**

Freie Träger müssen in erheblichem Maße nicht nur auf die Gemeinnützigkeit, sondern auch auf die Wirtschaftlichkeit achten. Der Gedanke stößt bei engagierten Personen häufig auf Ablehnung. Denn es ist oft verpönt, beim sozialen Engagement darauf zu achten, daß finanzielle Risiken nicht entstehen. Wir müssen dies aber tun, weil wir Verantwortung nehmen für die Mitarbeiter und die Klienten.

Wenn auch das oben Gesagte zur Subsidiarität stimmt, daß das Rechtsstaatsprinzip und das Sozialstaatsprinzip der Verfassung es nahelegen soziale Einrichtungen auch an freie Trägerschaft zu geben, dann heißt das auch, daß der freie Träger bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben auf die Unterstützung durch die öffentliche Seite angewiesen ist. Wenn z.B. die Versorgung mit Kindergartenplätzen gesetzlich garantiert wird, käme es doch schon einer Privatisierung dieser staatlichen Verpflichtungen gleich, würde der freie Träger durch die öffentliche Seite nicht in die Lage versetzt, die Kindergärten tatsächlich weitgehend kostendeckend zu führen. Nach unserem Verständnis sind Eigenleistungen die der Verband erbringt, nicht nur die finanziellen Mittel, sondern auch die Dienstleistungen ehrenamtlicher Mitarbeiter, persönliches Engagement und zusätzliche Initiativen und Leistungen, die erbracht werden.

Auf einem ganz anderen Gebiet, dem der Alten- und Pflegeheime muß auf den häufig sehr schlechten baulichen Zustand, der oft einen Abriß nahelegt, hingewiesen werden, da er den Voraussetzungen der Heimmindest-bauverordnung nicht entspricht oder dieser nur bei unverhältnismäßig hohem finanziellem Aufwand entsprochen werden kann. Das die Gebäude in diesem schlechten Zustand sind, kann einem neuen Träger nicht zur Last gelegt werden. Andererseits ist eine Renovierung von Grund auf alleine über den Pflegeetat nicht möglich.

Ferner fehlt eine Altenhilfeplanung. Auch hier gilt das oben Gesagte. Angesichts der Tatsache, daß verstärkt ambulante Dienste eingesetzt werden und sich deshalb voraussichtlich die Gesamtbettenzahl reduzieren wird, bedarf es einer Gesamtkonzeption, die derzeit von keinem der Beteiligten zu leisten ist.

Die Arbeiterwohlfahrt als finanzschwacher Verband ist nicht in der Lage aus eigener Kraft, das heißt durch Mitgliedsbeiträge, die anstehenden Probleme zu lösen. Es bedarf der konkreten Absprache mit der öffentlichen Seite. Die Arbeiterwohlfahrt ist ein finanzschwacher Träger, da sie als Verband nicht in der Lage ist, die zu fördernden Tätigkeiten zur Erfüllung sozialer Aufgaben i.S. des § 10 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 BSHG aus anderen als öffentlichen Erstattungen, Förderungen oder aus eigenem Vermögen wenigstens teilweise zu finanzieren, ohne daß Substanzabbau oder Qualitätsverluste in der Leistung einzutreten droht.<sup>3</sup> Eine bevorzugte Behandlung der Träger der freien Wohlfahrtspflege bei Fördermaßnahmen ist deshalb rechtmäßig.<sup>4</sup>

3 Rechtsgutachten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge durch Dr. Gies vom 02.08.1991 (142.9 G 59/91)

4 BVerwG vom 27. Januar 1988, RsDE, Heft 3, 1988, S.75ff

Klaus-Peter Schwitzer

## Zur sozialen Lage älterer Menschen in den neuen Bundesländern

Der soziale und politische Wandel in den neuen Bundesländern führt zu einem abrupten Austausch des gesamten Institutionengefüges und zu gravierenden Wandlungen in allen Lebensbereichen sowie zu Veränderungen der individuellen Lebenslagen. Die neue soziale Wirklichkeit hat ferner beträchtliche Folgen für die Selbstorientierung der Bürger, für deren sozialen Befindlichkeiten, woraus neben neuen Hoffnungen und Erwartungen auch Ängste und Sorgen entstehen. Eine umfassende qualitative Bestimmung der Art und des Umfangs der sozialen Lage älterer Menschen kann durch die große Geschwindigkeit der sich vollziehenden gesellschaftlichen Strukturierungsprozesse nicht umfassend erstellt werden; dennoch sind Tendenzen, Probleme und künftige Aufgaben auf dem Gebiet der Altenpolitik und Altenarbeit abschbar.

### 1. Demographische Rahmenbedingungen

Die Zahl der RentnerInnen geht auf dem Gebiet der neuen Länder seit 1970 zurück, dieser Prozeß wird bis etwa 1993 im Ost-Teil Berlins und Sachsen anhalten, während in den anderen neuen Bundesländern deren Zahl bereits zunimmt. Somit steigen langfristig sowohl die RentnerInnenzahl als auch ihr Anteil in der Bevölkerung. In etwa zehn Jahren wird es in den neuen Ländern mehr Rentner als Kinder geben, im Jahre 2010 werden auf 25 % über 60jährige nur noch 20 % unter 20jährige kommen. Hält der seit 1990 eingetretene Geburtenrückgang im Osten Deutschlands an, wird der Weg der deutschen Bevölkerung in diesen Bundesländern noch schneller in die "ergraute" Gesellschaft führen. Dabei ist die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung im Rentenalter bis zum Jahre 2000 durch zwei Tendenzen gekennzeichnet:

- Zunahme der jüngeren Altersgruppen (bis 10 Jahre nach Erreichen des Rentenalters),
- Abnahme der über 80jährigen Menschen.

Dieser Trend trifft auch für das Land Sachsen-Anhalt zu.

Tabelle 1: Entwicklung der älteren Menschen nach ausgewählten Altersgruppen im Land Sachsen-Anhalt in den Jahren 1990 bis 2000 (in 1000)

Jahr Geschl.	1990			1995			2000		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Altersgruppen									
60-65	89,9	70,6	160,5	86,3	76,7	163,0	103,4	94,1	197,5
65-70	86,9	47,9	134,8	82,8	60,8	143,6	80,6	66,8	147,4
70-75	55,5	27,6	83,1	75,5	37,8	113,3	72,7	48,7	121,4
75-80	62,4	28,4	90,8	44,3	19,4	63,7	59,9	26,4	86,3
80 +	69,7	27,8	97,5	71,3	26,2	97,5	59,9	20,6	80,5
Gesamt	364,4	202,3	566,7	360,2	220,9	581,1	376,5	256,7	633,2

Vgl. Dobritz, Jürgen: Bevölkerungsprognose 2000. Studie des Instituts für Soziologie und Sozialpolitik 1991 (unveröffentlicht)

Zu berücksichtigen ist ferner, daß gegenwärtig etwa 70 % aller Frauen und ein Viertel der Männer über 65 Jahre alleinstehend (ledig, verwitwet, geschieden) sind. Auch wenn künftig der Anteil von Ehepartnern zunehmen wird, der gemeinsam in das Rentendasein eintritt, da sich der aus dem II. Weltkrieg resultierende Frauenüberschuß reduziert, wird der größte Teil der Rentnerinnen die Haushalts- und Lebensführung allein bewältigen müssen, was in der Regel durch das höhere Heiratsalter der Männer und die höhere Lebenserwartung der Frauen begründet ist. Für die Altersgruppe 80 Jahre und älter gilt, daß etwa jeder zweite Mann und über 90 von 100 Frauen alleinstehend sind.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Schwitzer, Klaus-Peter u.a.: Altenreport '90 - Zur sozialen Lage von Altersrentnerinnen und Altersrentnern in der DDR, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Sonderausgabe 10 + 11, Stuttgart 1990, S. 4.

## 2. Bildungs- und Qualifikationsniveau

Zu den qualitativen Veränderungen der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten gehört die Erhöhung des allgemeinen und beruflichen Bildungsniveaus, was zu einer Verringerung sozialer Unterschiede durch Bildung und Qualifikation zwischen den Geschlechtern und zwischen Stadt und Land führt. Soziale Unterschiede, die mit Bildung und Qualifikation in Verbindung stehen, waren in der Vergangenheit immer auch wesentliche soziale Unterschiede nach dem Geschlecht. Von den 85jährigen und älteren Mitbürgern hatten ca. 70 % keine Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen, was insbesondere die Frauen betraf. Für die heute 45 bis 50jährigen (Rentenjahrgänge 2000 bis 2010) gilt, daß ca. jeder 10. aller Menschen einen Hochschulabschluß hat, jeder 5. über einen Fachschulabschluß verfügt und 54 % einen Facharbeiterabschluß besitzen.

## 3. Einkommen

Das Renteneinkommen ist in den neuen Ländern mit den im Rahmen der Sozialunion zum 1. Juli 1990 in Kraft getretenen Rentenniveaueinstufung und zwei Rentenerhöhungen 1991 für die Mehrheit der älteren Menschen in den neuen Bundesländern deutlich gestiegen. Durch den Abbau von Verbrauchersubventionen stieg zwar der Preisindex für die Lebenshaltung von Juni 1990 (dem letzten Monat vor der Währungsunion) bis April 1991 um 24,8 %, für die Zeit von Juli 1990, nach Einführung der Deutschen Mark in der ehemaligen DDR bis April 1991 um 14,9 %, dennoch sind die verfügbaren Realeinkommen bis dato deutlich höher als im zweiten Halbjahr 1990. Die zweite Rentenanpassung am 1. Juli 1991 hat das Renteneinkommen noch einmal deutlich steigen lassen.

Tabelle 2: Entwicklung der Durchschnittsrenten und der Mindestrenten in M/DM in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins

Rentenart	1.5.1990 DDR- Rente <sup>2,4,5)</sup>	1.7.1990 Rentenvergleichungs- gesetz		1.1.1991 1. Renten Anpassung		1.7.1991 2. Renten Anpassung		1.5.1990-1.7.1991 Steigerung des gezahlten Rentenbetrages <sup>7)</sup>	
		ohne <sup>4)5)</sup>	Sozialzuschlag mit <sup>3)4)5)</sup>	ohne <sup>6)</sup>	Sozialzuschlag mit <sup>6)</sup>	ohne <sup>6)</sup>	Sozialzuschlag mit <sup>6)</sup>	in DM	in %
<b>Versichertenrenten</b>									
Männer und Frauen	493,43	619,09	654,54	738,96	757,76	845,98	863,65	370,22	75
Männer	582,98	756,58	783,21	889,59	893,52	1006,-	1009,81	426,83	73
Frauen	455,48	560,79	600,01	671,53	697,-	773,-	797,79	342,31	75
<b>Witwen(r)renten</b>									
Männer und Frauen	419,19	538,42	598,88	628,37	670,16	730,08	768,-	348,81	83
Männer	373,25	456,08	533,54	499,27	569,32	573,10	637,45	264,20	71
Frauen	419,21	538,45	598,91	628,48	670,25	730,22	768,11	348,90	83
<b>Mindestrenten</b>									
nach DDR-Recht	330,-	330,-	495,-	380,-	545,-	497,-	602,-	272,-	83

1) Durchschnittliche monatliche Rentenhöhe aus 1. und 2. Leistung (jeweils einschließlich FZR); die Zuordnung zu einer Rentenart erfolgt über die Pflichtrente der 1. Leistung.

2) Rentenrecht vor Rentenangleichungsgesetz

3) Ergebnisse einer Simulation auf der Basis des Bestands vom 1.5.90

4) Ohne Rentenleistungen aus der Sozialversicherung bei der Staatlichen Versicherung der DDR (SV2)

5) Rentenleistung ohne Kinder- oder Ehegattenzuschläge

6) Rentenleistung mit Kinder- oder Ehegattenzuschlägen

7) Einschließlich Sozialzuschlag

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

Da die Frauen vor allem in den traditionellen und schlechter bezahlten Frauenberufen erwerbstätig waren und z.T. unterhalb ihres Qualifikationsniveaus und in Teilzeitbeschäftigung arbeiteten, beziehen sie niedrigere Renten als ihre ehemaligen männlichen Kollegen. Auch die unterschiedlichen Rentenaltersgrenzen für Männer und Frauen führen zu Unterschieden, die sich negativ auf die Höhe der Frauenrenten auswirken. Anzumerken ist weiterhin, daß allein die Höhe der Renten bestimmend für das materielle Lebensniveau der älteren Frauen ist. Die gegenwärtigen Rentner und Vorrentnergenerationen sind nur in geringem Maße Inhaber von zusätzlichen Arbeits-, Lebens- und Krankheitsversicherungen. Vermögenswerte (z.B. Wohnungseigentum) konnten kaum gebildet werden und andere, z.B. hochverzinsliche Geldanlagen war in der ehemaligen DDR unbekannt. Die Sparguthaben bei Geld- und Kreditinstituten (1989: 9.700,- DM/Einwohner), die z.Z. der Währungsunion etwa ein Viertel des Niveaus in den alten Bundesländern ausmachten, wurden z.T. halbiert. Zusätzliche Mittel für Not- und Wechselfälle des Lebens sind in der Regel nicht vorhanden, d.h., die finanzielle Situation der AltersrentnerInnen reicht keinesfalls aus, um soziale Notlagen längerfristig zu überbrücken. Ferner muß davon ausgegangen werden, daß bei dem hohen Anteil von Arbeitslosen, Vorruehständern bzw. Beziehern von Altersübergangsgeld, die Erwerbstätigkeit im Rentenalter als Quelle für eine Einkommenserhöhung künftig kaum eine Rolle spielen wird. (1989 arbeiteten ca. 11 % aller AltersrentnerInnen. Neben dem Wunsch, das Renteneinkommen aufzubessern, waren vor allem die Befriedigung in der Arbeit, das Gefühl der Nützlichkeit und des Gebrauchtwerdens sowie die sozialen und kommunikativen Beziehungen im Arbeitsprozeß Hauptmotive, um als RentnerIn weiter zu arbeiten.)

Eine Befragung des Instituts für Marktforschung, Leipzig, im Juni 1991 gibt darüber Auskunft, daß es jedem dritten ostdeutschen Haushalt schlechter als vor einem Jahr geht, 52 % der befragten Rentnerhaushalte vor der Rentenerhöhung im Juli mit ihrer Rente "gerade mal so" bzw. "schlecht bis sehr schlecht" hinkommen und 44 % für die Zukunft mit weiterem Sozialabstieg rechnen.<sup>2</sup> Eine Untersuchung unseres Instituts, bei der im Februar/März 1991 rund 950 BürgerInnen im Land Brandenburg befragt worden sind, darunter 85 RentnerInnen, erbrachte die folgenden Ergebnisse (vgl. Tab. 3).

2 Vgl. Gemischte Gefühle in Ostdeutschland, Ergebnisse der Meinungsumfrage "Stimmungsbarometer", in: Berliner Zeitung vom 10. Juli 1991, S. 25.

Tabelle 3: Ermöglicht Ihr monatliches Haushaltseinkommen im großen und ganzen die Befriedigung Ihrer Bedürfnisse? (in %)<sup>3</sup>

Befragte Gruppen	alle Befragten	Rentner	Rentnerinnen
Einschätzung			
Ja	18,2	34,5	25,5
Ja, mit bestimmten Einschränkungen	53,3	48,3	43,1
Nein, es ist ziemlich knapp	28,5	17,2	31,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Eine Wiederholungsuntersuchung im September/Oktober 1991, also zu einem Zeitpunkt, als die Höhe der neuen Mieten und Betriebskosten bereits bekannt waren, ließ die Zahl derjenigen, die ihr Haushaltseinkommen als nicht ausreichend empfanden, weiter ansteigen; bei den über 70jährigen Frauen war es nahezu jede zweite. Inwieweit künftig die Renten, die etwa die Hälfte der vergleichbaren Renten in den alten Bundesländern ausmachen, auch unter Berücksichtigung des Wohngeldes ausreichen, um unabhängig und in einem angemessenen Wohnraum lebend, soziale Kontakte knüpfen bzw. aufrechterhalten zu können und um Altersarmut zu verhindern, bleibt abzuwarten. Die niedrige Zahl der Wohngeldempfänger (in unserer Untersuchung 5 %) in Relation zu der Höhe der Renteneinkommen und den neuen Mieten läßt vermuten, daß ein Teil der wohngeldberechtigten RentnerInnen keinen Antrag gestellt hat. Die Praxis zeigt, daß die Mehrheit der Bevölkerung in den neuen Ländern über die gesetzlichen Bestimmungen für die Gewährung unterschiedlicher Sozialleistungen nur lückenhaft und unzureichend informiert ist.

3 Vgl. Hausstein, Brigitte; Götze, Hartmut: Leben '91, Daten und Feldbericht, Berlin 1991, S. 257.

#### 4. Wohnbedingungen älterer Menschen

Das Wohnen im Alter gewinnt eine besondere Bedeutung. Die tägliche Aufenthaltszeit in der Wohnung erhöht sich und ein Großteil der Lebensäußerungen, aber auch Betreuung und Pflege werden in diesem Bereich vollzogen. Die Wohnverhältnisse entscheiden bei nachlassender Gesundheit mit darüber, ob die älteren Menschen weiterhin selbständig ihren Haushalt führen können oder ob Formen der sozialen bzw. pflegerischen Betreuung in Anspruch genommen werden müssen. Wohnzufriedenheit im Alter wird weniger durch die Größe der Wohnung als vielmehr durch Wohnkomfort und Ausstattung bestimmt. Um die im Osten so notwendigen Reparaturen, Sanierungs- und Modernisierungsarbeiten bezahlen zu können, ist es erforderlich, die Mieten zu erhöhen; aber Mieten werden aktuell erhöht, Sanierung und Modernisierung sind für die älteren Menschen vielleicht nicht mehr erlebbar. Dabei ist die Verbesserung der Wohnsituation "eine wichtige und drängende Aufgabe" der Altenhilfe, wie das Kuratorium "Deutsche Altershilfe" feststellt, da zwei Drittel der Rentnerwohnungen in den neuen Ländern alles andere als altengerecht sind: Rund 600.000 Rentnerhaushalte leben hier in Wohnungen ohne Bad und WC, ca. 450.000 in Wohnungen ohne WC, 36 % der Rentnerhaushalte (1,9 Mio.) leben in modern ausgestatteten Wohnungen.<sup>4</sup> In einigen Kreisen leben sogar über 80 % der Rentnerhaushalte ohne WC. In der ehemaligen DDR sind daher viele jüngere, lebensaktive RentnerInnen aufgrund schlechter Wohnverhältnisse in die Feierabend- und Pflegeheime gezogen, zudem dort das Leben billiger, weil hoch subventioniert, als im eigenen Haushalt war. Die Kosten betragen bis Juni 1990 monatlich 105,- M (Feierabendheimplatz) bzw. 120,- M (Pflegeheimplatz). Von Juli bis Dezember 1990 waren 300,- DM bzw. 335,- DM zu bezahlen, in den folgenden sechs Monaten – je nach neuem Bundesland – zwischen 364,- DM und 395,- DM. Ab Juli 1991 sind 1.800,- DM monatlich zu zahlen und es werden das Vermögen der Heimbewohner sowie unterhaltspflichtige Angehörige zur Finanzierung herangezogen. Das heißt, in einem guten Jahr stiegen die monatlichen Heimkosten um das 15- bis 17fache, wobei die Heime vielerorts weder attraktiver, noch Betreuung oder Pflege besser geworden sind. Zur Verbesserung der Situation haben die Politiker jedoch deutliche Zeichen gesetzt:

4 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe: Presse- und Informationsdienst, Folge 4/1991, S. 8.



- Im Haushaltsjahr 1990 wurden im Rahmen des Soforthilfeprogramms der Bundesregierung für das Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern rund 150 Mio. DM für Altenhilfeeinrichtungen bereitgestellt, davon 20 Mio. DM für die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege zum Aufbau ambulanter Dienste.
- Das Bundesministerium für Familie und Senioren hat in seinem ersten Haushaltsplan 40 Mio. DM für Soforthilfeprojekte in den neuen Ländern zur Verfügung gestellt, die für Investitionen in Alten- und Behindertenheimen sowie für den Aufbau von Sozialstationen benutzt werden sollen. Für diesen Zweck können auch die Mittel des Kommunalinvestitionsprogramms im Rahmen des Gemeinschaftswerkes "Aufschwung Ost" genutzt werden, wobei die Auswahl der Investitionen den Gemeinden/Kreisen obliegt.

Die Inanspruchnahme der Mittel erfolgt allerdings in den einzelnen Ländern unterschiedlich. So mußte die Familien- und Seniorenministerin Hannelore Rönch auf dem letzten Kongreß der Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie in Berlin den mangelnden Einsatz von Geldern aus dem Gemeinschaftswerk "Aufschwung Ost" im Bereich der Altenheime beklagen. Obwohl den Kommunen empfohlen wurde, die Gelder bevorzugt für Einrichtungen der Altenbetreuung einzusetzen, kämen die Kommunen ihrer Verantwortung für das soziale Netz nur sehr schleppend nach; von den Mitteln des Programms "Aufschwung Ost" sind nur 5 bis 8 % in Alteinrichtungen geflossen.<sup>5</sup> In den Heimen selbst war es durch die kurzen Zeitspannen zwischen Rentenumstellung, dem Inkrafttreten der Unterhaltskostenerhöhungen und des Bundessozialhilfegesetzes nahezu unmöglich, die Heimbewohner ausreichend zu informieren, so daß Unverständnis und Unsicherheiten bei allen Beteiligten auftraten. Die Mitarbeiter fühlten sich durch die damit verbundenen organisatorischen Probleme überfordert bzw. von den eigentlichen Arbeitsaufgaben abgelenkt. Viele Heimbewohner empfinden es in diesem Zusammenhang als unverträglich, daß sie nach einem arbeitsreichen Leben jetzt auf Sozialhilfe angewiesen sind. Berücksichtigt man Renteneinkommen und Sparguthaben der HeimbewohnerInnen in den neuen Ländern, muß davon ausgegangen werden, daß binnen Jahresfrist nahezu alle Sozialhilfe beantragen müssen bzw. deren Kinder zur Unterhaltszahlung herangezogen werden.

<sup>5</sup> Vgl. "Alte Menschen können am wenigsten warten", Interview mit der Bundesministerin für Familie und Senioren, in: Berliner Zeitung vom 7. November 1991, S. 33.

## 5. Familienbeziehungen und Miteinander der Generationen

Die Wandlungen in den Lebensmodellen von Familien (mehr Zweit- und Drittchen, Zunahme der Lebensgemeinschaften, Ein-Eltern-Familien, Abnahme der verheirateten Bevölkerung zugunsten der Ledigen und Geschiedenen), die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung in die alten Bundesländer u.a. determinieren neue Formen des Miteinanders der Generationen und Familien. Die Strukturveränderungen des Zusammenlebens führen zu Wandlungen im Verhältnis zwischen den Generationen im Familienverband und möglicherweise dazu, daß vermehrt familiäre Leistungen auf außerfamiliäre Betreuungsformen einschließlich intermediärer Organisationen übertragen werden müssen. Die Analyse der damit zusammenhängenden Prozesse steht zur Zeit noch aus, ist aber erforderlich, um neue Erkenntnisse über die Konstitution und Stabilisierung von sozialen und krankpflegerischen Versorgungssystemen zu erbringen. Derzeitig haben die älteren Menschen gegenüber ihrer Familie nach wie vor eine große Erwartungshaltung bei ggf. notwendig werdender Hilfeleistung und Unterstützung. Sofern sie in materielle Not geraten, würden sich nach der bereits oben zitierten Befragung des Instituts für Soziologie und Sozialpolitik rund 80 % an ihre Kinder wenden, an zweiter Stelle folgen andere Verwandte, dann Freunde und Bekannte. Erst dann würde man sich an das Sozialamt wenden, kaum an kirchliche Sozialdienste, an freie Wohlfahrtsverbände oder Selbsthilfegruppen. Gewiß wird es Jahre dauern, bis die sich in den alten Ländern in Jahrzehnten herausgebildete wohlfahrtsstaatliche bzw. Verbandskultur von den Menschen angenommen und verinnerlicht wird. Aufgrund der anderen historischen Entwicklung und sozialen Erfahrung erwarten die ehemaligen DDR-BürgerInnen vor allem auch Hilfe und Unterstützung vom Staat. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, daß der überwiegende Teil von Unterstützung, Hilfe, Betreuung und Pflege, den ältere Menschen erhalten, auch von Familienmitgliedern erbracht wird, vor allem sind es Töchter bzw. Schwiegertöchter, die hilfsbedürftige alte Menschen betreuen und pflegen.

## 6. Institutionelle Aspekte des Transformationsprozesses

Das soziale Versorgungssystem der ehemaligen DDR wurde im Zuge des staatlichen Vereinigungsprozesses fast vollständig aufgelöst, der Institutionalisie-

rungsprozeß des neuen Systems ist in vollem Gange, unter maßgeblicher Beteiligung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Trotz personeller Unterstützung durch westdeutsche Kommunen, Weiterbildungsmaßnahmen (z.B. durch den Verein für öffentliche und private Fürsorge) und den Organisationsexport durch die Wohlfahrtsverbände bleibt noch ein langer Weg, bis in den neuen Ländern die institutionellen Voraussetzungen, insbesondere ein effektiver und leistungsstarker öffentlicher Dienst, existieren werden. Die derzeitige Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß es den für die Altenbetreuung zuständigen Verwaltungen im Osten Deutschlands an qualifiziertem Personal, in der Regel nicht an Geld, vielfach aber an dem "Know how", es im Interesse der Bürger in betreuungswirksame Leistungen umzusetzen, mangelt.

Die kommunalen Sozialverwaltungen befinden sich z.T. immer noch im Aufbau, wobei die vorhandenen Mitarbeiter vor allem zur Durchführung des Bundessozialhilfegesetzes benötigt und zugleich durch den inneradministrativen Aufbau und die Qualifizierungsprozesse gebunden werden. Andererseits finden durch die Dynamik der Vereinigung keine hinreichenden Weiterbildungen, sondern vielfach nur Kurzeinführungen in relevante Sozialgesetze statt. Informations- und Beratungsangebote sind vielerorts nur in Form von Informationsschriften über soziale Leistungen, Zuständigkeiten, Dienste und Einrichtungen vorhanden, die zudem nicht immer flächendeckend verteilt werden. Diese Art von Information und Beratung erweist sich als unzureichend, da sie die alten und insbesondere pflegebedürftigen Menschen, die an ihre Wohnung gebunden sind, oftmals nicht erreichen und eine, den individuellen Problemkonstellationen angemessene soziale Beratung nicht ersetzen können.<sup>6</sup> Zugleich ist – das zeigen repräsentative Befragungen – die Mehrheit der Bevölkerung in den neuen Ländern über die gesetzlichen Bestimmungen für die Gewährung unterschiedlicher Sozialleistungen nur lückenhaft und völlig unzureichend informiert. Die erforderlichen Behördenwege, die Vorschriften der Antragsstellung werden von dem meisten als bürokratisch, zu kompliziert, zu schwerfällig, auch als demütigend (25 %) beurteilt. Nur in jedem vierten Haushalt existieren

6 Vgl. Backhaus-Maul, Holger; Prengel, Gudrun; Schwitzer, Klaus-Peter: Transformationsprozesse, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 10 + 11, Stuttgart 1991, S. 239 f.

entsprechende Kenntnisse, die von den Betroffenen selbst als ausreichend empfunden werden.<sup>7</sup>

Sehr zufrieden bzw. zufrieden mit der öffentlichen Verwaltung waren 6 % der von uns im Land Brandenburg befragten RentnerInnen, immerhin 49 % waren teilweise zufrieden, der Rest war unzufrieden bzw. sehr unzufrieden. Dagegen waren mit dem Gesundheitswesen 60 % der Befragten sehr zufrieden und zufrieden sowie 29 % teilweise zufrieden. Lediglich 11 % waren unzufrieden, kein älterer Mensch war sehr zufrieden.<sup>8</sup>

Ein Prüfstein für die Effektivität der neuen Institutionen und Ämter sowie für die erreichte Bürgernähe wird der Wegfall der ehemaligen Pflegegelder zum Jahresende 1991 sein. Rund 505.600 bisherige Bezieher von Pflegegeld, Sonderpflegegeld und Blindengeld sind aufgerufen, die Leistungen neu zu beantragen, da ab 1. Januar 1992 ein Trägerwechsel eintritt. Gemäß dem Einigungsvertrag gilt dann auch in den neuen Ländern das Sozialgesetzbuch V, nach dem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Sozial- und Versorgungsämter dann zuständig sind. Da zugleich auch die Kriterien, die im Osten bisher für den Erhalt dieser Gelder galten, wegfallen, sind neue Wege und Antragsgesuche erforderlich. Eine nachweisliche quantitative und qualitative Angebotsverbesserung in der Betreuung bringen die rund 700 bis 750 neuen Sozialstationen, die in den vergangenen Monaten durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in den neuen Ländern eingerichtet worden sind und deren Zahl im kommenden Jahr auf etwa 1.000 ansteigen wird. Damit könnte die ambulante Versorgung durch solche Stationen bereits annähernd so dicht wie in den alten Ländern werden. Die künftige positive Entwicklung der Sozialstationen wird vor allem davon abhängen, ob die Krankenkassen auskömmliche Vergütungssätze vereinbaren. Mit der bis Ende 1992 verlängerten Sonderregelung bei den Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) können Projekte in Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen sowie Sozialstationen personell und technisch besser ausgestattet werden. Überlegenswert ist jedoch, wie der Wegfall von ehemals DDR-typischen Betreuungsformen (z.B. Spezialambulanzen bzw. Abteilungen in Polikliniken für die Dispensairebetreuung von Diabetikern) kompensiert

7 Vgl. Gemischte Gefühle in Ostdeutschland, a.a.O.

8 Vgl. Hausstein, Brigitte; Götz, Hartmut: Leben '91, a.a.O., S. 74 ff.

werden kann. Zur besseren Integration und Betreuung älterer Menschen tragen ferner private Investoren, Senioren-Organisationen und Selbsthilfegruppen bei; Organisationsformen, die in der ehemaligen DDR nicht existent waren. So wurde im August der Landesring Mecklenburg-Vorpommern und im Oktober der Landesring Berlin-Brandenburg des Deutschen Senioren Rings e.V. gegründet. Die Arbeit soll entsprechend den konkreten Bedürfnissen und Problemlagen der älteren Menschen in den neuen Ländern erfolgen. Schwerpunkte sind demzufolge Information und Einflußnahme auf die Koordination und Vernetzung bestehender Versorgungsdienste, Interessenvertretung der älteren Menschen und Förderung des Miteinanders der Generationen.

## 7. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Für die Lebenslage im Alter ist der Gesundheitszustand der zentrale Bestimmungsfaktor, letztlich werden durch diesen die objektiven Möglichkeiten einer aktiven Lebensgestaltung bzw. für das Leben im gewohnten häuslichen Milieu bestimmt. Von den befragten RentnerInnen fühlten sich 5 % gesund und leistungsfähig (40 % bei den Nichtrentnern). Durch verschiedene Krankheiten ist bei 35 % der Gesundheitszustand gelegentlich leicht beeinträchtigt (bei rund einem Drittel der Nichtrentner). Öfter mal Probleme mit dem Gesundheitszustand haben 33 % (gegenüber 13 % bei den jüngeren Altersgruppen) und 27 % sind von einem Leiden betroffen, daß die Lebensführung behindert (11 % der jüngeren Befragten). Trotz dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen unternehmen die Alten einiges für ihr Wohlbefinden und für die Erhaltung ihrer Gesundheit. 53 % gehen oft spazieren, 85 % essen bewußt gesundheitsorientiert; 5 % trinken oft Alkohol, 65 % selten und 30 % nie. 13 % treiben oft Sport, 35 % selten und 52 % nie. Ca. 10 % sind RaucherInnen (15 % der Männer gegenüber 7 % der Frauen) und 79 % schlafen ausreichend. Kontakte mit Freunden, Verwandten und Kollegen pflegen 79 % oft; 55 % nehmen regelmäßig an vorbeugenden Untersuchungen teil, 36,1 % selten, 8,4 % nie. Insgesamt verhalten sich die älteren Befragten gesundheitsbewußter als die jüngeren.

## 8. Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist – wie auch die Unzufriedenheit – bei den älteren Menschen etwas ausgeprägter als bei den jüngeren.

Tabelle 4: Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig – alles in allem – mit Ihrem Leben? (in %)

Befragte Gruppen/ Selbst- einschätzung	Alle Altersgruppen (n=926)			Rentner (n=85)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
sehr zufrieden	3,4	2,1	2,7	-	5,4	3,5
zufrieden	34,5	32,5	33,5	51,7	32,1	38,8
teilweise zufrieden	45,9	48,6	47,3	37,9	39,3	38,8
unzufrieden	13,6	13,6	13,6	10,3	16,1	14,1
sehr unzufrieden	2,5	3,3	2,9	-	7,1	4,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Frage nach der Zufriedenheit nach einzelnen Dingen bzw. Seiten im Leben ergab folgende Rang- und Reihenfolge: Die überwiegende Mehrheit der RentnerInnen war sehr zufrieden bzw. zufrieden mit:

1. meiner Wohnung: 83,5 %
2. dem Warenangebot: 74,1 %
3. mit der Partnerschaft: 63,4 %
4. mit dem Gesundheitswesen: 60,0 %
5. mit der Umweltsituation: 47,0 %
6. mit der Freizeitgestaltung: 46,2 %

Unzufrieden bzw. sehr unzufrieden waren die älteren Menschen vor allem mit:

1. dem Verhältnis von Einkommen und Preisen: 71,4 %
2. der öffentlichen und persönlichen Sicherheit: 50,8 %
3. der öffentlichen Verwaltung: 42,8 %
4. dem Bildungsangebot: 35,8 %
5. der gebotenen sozialen Sicherheit: 34,1 %
6. der Umweltsituation: 14,1 %

## 9. Sorgen und Ängste

Nach ihren Sorgen und Ängsten befragt, dominieren bei den RentnerInnen Ängste vor Aggressivität, Gewalt und Kriminalität sowie vor Rechtsradikalismus. Dann folgen an dritter Stelle die Angst, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, gefolgt von den Ängsten vor Preiserhöhungen, die weltpolitische Lage, Sorge um die finanziellen Verhältnisse, Angst vor Mieterhöhungen/Wohnungsräumung; bei den über 70jährigen Frauen die Angst vor dem Alleinsein, der Einsamkeit. Keine Sorgen und Probleme haben rund 6 % der RentnerInnen. Vergleicht man dieses Ergebnis mit Befragungsergebnissen des Instituts für Soziologie und Sozialpolitik 1987/1988, so hat sich die Zahl derjenigen, die Sorgen und Probleme haben, seitdem verfünffacht. Fast jede zweite Rentnerin schätzt die Gefahr sehr hoch ein, Opfer der Gewalt gegen Schwache, von Obdachlosigkeit, Kriminalität u.a. werden zu können.<sup>9</sup>

## 10. Lebensorientierungen

Die Lebensorientierungen der älteren Menschen bleiben nicht auf die unmittelbaren Bedürfnisse (Gesundheit, Sicherheit vor Kriminalität/Gewalt, soziale Sicherheit, gute Wohnbedingungen, Einkommen u.a.) beschränkt, sondern erstrecken sich auf Demokratie/Mitbestimmung, Umwelt u.a.m. So vertreten beispielsweise zwei Drittel der Frauen die Auffassung, daß der Zusammenschluß der Frauen in speziellen Organisationen, die sich vor allem mit der Wahrnehmung und Durchsetzung von Fraueninteressen befassen, notwendig ist. Nahezu

jede 10. Frau über 60 Jahre wäre ferner bereit, in einer solchen Organisation mitzuarbeiten, wenn man an sie herantreten würde. Unter gewissen Bedingungen würden weitere 24 % der 60–64jährigen, 21 % der über 65–69jährigen und 22 % der über 70jährigen mitarbeiten! Allerdings ist hervorhebenswert, daß nur jeder vierte befragte ältere Mensch hoffnungsvoll in die Zukunft blickt und fast jeder dritte Befragte vor allem Befürchtungen hegt.

Tabelle 5: Wenn Sie an die Entwicklung in den nächsten Wochen denken, haben Sie dann ... (in %):

Befragte Gruppen/Geschlecht	Alle Altersgruppen			Rentner		
	Männer (n=441)	Frauen (n=483)	Gesamt (n=924)	Männer (n=29)	Frauen (n=56)	Gesamt (n=85)
Zukunftserwartungen						
vor allem Hoffnungen	14,7	12,6	13,6	34,5	19,6	24,7
vor allem Befürchtungen	24,0	20,7	22,3	31,0	28,6	29,4
sowohl Hoffnungen als auch Befürchtungen	59,6	65,6	62,8	31,0	48,2	42,4
weiß nicht	1,6	1,0	1,3	3,4	3,6	3,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>9</sup> Vgl. Altenreport '91, a.a.O., S. 38.

## 11. Altenpolitische Schlußfolgerungen und Aufgaben

Die Vereinigung Deutschlands bringt viele neue Chancen, eine Alten- und Behindertenpolitik zu gestalten, in denen alle positiven und negativen Erfahrungen aus den ehemals beiden deutschen Republiken Berücksichtigung finden. Zu den dringenden Aufgaben zählen:

- Abwendung drohender Notfallsituationen: Auflage von Soforthilfe-programmen, welche die Übergangsförderung aller Einrichtungen ebenso beinhalten, wie die flächendeckende Versorgung mit ambulanten Diensten und eine verbesserte Planung und effektive Koordinierung der Altenhilfe (Verbundsystem der Angebote und Dienste),
- Verringerung des Pflegenotstandes durch die Einstellung qualifizierter oder sich in der Arbeit qualifizierender Mitarbeiter in den Feierabend- und Pflegeheimen;
- Erhöhung des Ausstattungsniveaus der Altenheime auf den Standard der alten Bundesländer, Förderung der geriatrischen Rehabilitation bzw. aktivierender Pflege;
- Information der älteren Mitbürger über das sozialpolitische Sicherungssystem der Bundesrepublik und über die ihnen zustehenden Sozialleistungen; angemessene soziale Beratung, entsprechend den individuellen Problemkonstellationen;
- Sicherung einer langfristig angelegten kommunalen Sozialpolitik für ältere und behinderte Menschen mittels erforderlicher Rahmendaten und längerfristiger Rahmenfinanzierungspläne;
- Förderung der Planungs-, Koordinierungs- und Kooperationsprozesse in der kommunalen Sozialpolitik in Zusammenarbeit mit den älteren Mitbürgern, Familienangehörigen, freien Trägern, Vereinen, Verbänden, den konfessionellen Bereichen und Selbsthilfegruppen;
- Förderung der Selbständigkeit der älteren Mitbürger durch Maßnahmen zur Wohnungsanpassung, Wohnausstattung einschließlich Kommunikationsmittel,
- Förderung der Interessenvertretung alter Menschen und von Mitbestimmungsmöglichkeiten, von Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisationen, betreute Wohngemeinschaften;

- Entlastung, Begleitung, Fortbildung und finanzielle Absicherung pflegender Angehörige durch Bereitstellung von Kurzzeitpflegebetten und Pflegehilfsmitteln, Anleitung und Begleitung der Pflege, soziale Absicherung pflegender Angehörige durch Garantie des Arbeitsplatzes, finanzielle Ableistung der Betreuung und Pflege und die Anrechnung der Pflegezeiten auf die Rente, damit die Pflegenden (fast ausschließlich Frauen) nicht die Sozialrentner von morgen werden;
- Erstellung von Altenplänen für die jeweilige Region/Stadt, die, ausgehend von einer Bestandsaufnahme der Lebensbedingungen älterer Menschen sowie der Leistungen für diese Bevölkerungsgruppe, eine Konzeption für die Altenpolitik künftiger Jahre darstellen.

Letztlich ist langfristig eine Ausweitung der Altenpolitik notwendig. Die o.g. demographischen Entwicklungstendenzen sowie die Bedürfnisse und Lebensorientierungen, der Gesundheitszustand, die Kompetenz im Alter u.a.m. stellen soziale und gesellschaftliche Herausforderungen dar, auf die die Politik auf Landes- und Gemeindeebene zu reagieren hat. Dabei geht es um die Überwindung jener einseitigen Altenpolitik, die vor allem auf die medizinische und soziale Betreuung und Versorgung sowie z.T. auf Maßnahmen zur Vermeidung von Ausgrenzung und Einsamkeit gerichtet ist. Obwohl diese "traditionelle" Altenpolitik auch künftig nicht an Bedeutung verlieren wird, sind (nicht zuletzt auf Grund der Zunahme jüngerer RentnerInnengruppen, charakterisiert durch höhere Bildung und Qualifikation, höheren Einkommen, höherem Lebensstandard und hieraus resultierenden Ansprüchen), verstärkt solche Aspekte zu berücksichtigen, die den Bedürfnissen nach Bildung, Freizeit, Kommunikation, Kontakten zwischen den Generationen, nach gesellschaftlicher Mitwirkung usw. entsprechen.

Sibylle Dreher

## Aufbau und Entwicklungsperspektiven von Sozialstationen

Das Thema Sozialstationen ist auch auf dieser Tagung schon mehrfach angeklungen, meistens in der Tonlage eines Klageliedes. Als zuständige Fachreferentin im Paritätischen Wohlfahrtsverband werde ich tatsächlich weit überwiegend konfrontiert mit Anfragen, Unsicherheiten, katastrophalen Schilderungen, Befürchtungen und Mängelberichten und nur wenig mit positiven Erfolgen des neuen Systems; des Systems der medizinischen, gesundheitlichen, pflegerischen und hauswirtschaftspflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Das Thema meines Referates beinhaltet eigentlich die Darstellung des Wandels von Früher zum Jetzt und zum Morgen. Doch ein **Wandel** ist nicht zu beschreiben. Die Realität ist: Es war kein Wandel, es war keine Zeit zur neuen Identitätsfindung, es war gerade Zeit zum "Umkleiden" und zum Anbringen eines neuen Namensschildes an der Tür.

Was ist geschehen? Ein totaler Wegfall einer als total empfundenen Versorgung. Die totale Versorgung ist dabei ebenso verklärt in der Erinnerung wie der totale Wegfall überspitzt ausgedrückt ist. Ich will dies in einem Bild schildern, das mir zu Sozialstationen eingefallen ist:

Vorher befanden sich die Menschen auf einer sumpfigen Wiese: Sie ist eingezäunt, es kann Gras geerntet werden, auch Binsen oder Blumen wachsen dort, aber man steht im Sumpf. Heute befinden wir uns gar in einem Moor, in dem man versinken kann, in dem es Irrlichter und Irritationen gibt, aber auch Knüppeldämme und für Eingeweihte und Kenner sogar sichere, wenn auch schmale Wege.

Abgesehen von diesem Bild (Vergleiche hinken), wäre es sicher von Interesse, mit einem annähernd historischen Vergleich das Thema einzuleiten. Das will ich nicht, denn dann würde die Diskussion wieder so verlaufen: Was war gut in der DDR; was sollte aus den alten Bundesländern übertragen werden; was funktioniert jetzt alles nicht; haben wir das gewollt? Jeder trüge sein Alltagswissen bei und die Forschung – wenn es denn eine gäbe in dieser Zeit – würde wahr-

scheinlich ganz andere Fakten zusammentragen. Also beginne ich gleich mit dem Aufbau, in dem wir uns ja eigentlich noch befinden. Trotzdem sollen und müssen wir schon jetzt Perspektiven entwickeln, wobei wir zufällige Lösungen vermeiden wollen und müssen, wenn Fehler nicht passieren oder wiederholt werden sollen. Mein Vortrag kann nur Schlaglichter werfen, denn zu unterschiedlich sind die Entwicklungen in jeder einzelnen Sozialstation, in jedem Kreis, in Stadt und Land, von Träger zu Träger. Deshalb werde ich heute Thesen und Antithesen, gute und schlechte Nachrichten vortragen – nicht nur, um Kontrastpunkten in der anschließenden Diskussion vorzubeugen, sondern um die inhaltlichen Schwerpunkte herauszuarbeiten.

## 1. These

Es gibt flächendeckend seit dem 1.1.1991 Sozialstationen in den neuen Bundesländern. Welch ein Segen – eine allmählich aufgebaute soziale Dienstleistungsstruktur der alten Bundesländer wurde schlagartig auf die fünf neuen Länder übertragen! Das ist doch etwas gewesen: Aufbau von etwas Neuem und nicht nur das Gejammer um den Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung und die Abwicklung der Polikliniken!

## Antithese

Heute, am 22.11.1991, gibt es noch immer keinen einzigen staatlichen Anerkennungsbescheid, der beim Träger von Sozialstationen im Lande Sachsen-Anhalt angekommen ist! Der Minister hat hier Gegenteiliges behauptet, aber er will uns ja nicht glauben, daß die Schreibtische seiner MitarbeiterInnen sich vor Lasten biegen, weil sie der neuen Bundespost nicht trauen oder andere Ängste vor Entscheidungen haben, soll heißen, was der Minister will, wird von der Verwaltung nicht erledigt.

Es sind also immerhin über 10 Monate vergangen, in denen die Finanzierungs- und damit Arbeitsgrundlagen von Sozialstationen nicht kalkulierbar und in jeder Hinsicht hemmend gewirkt haben, statt aufbauend. Wer die Organisationsformen von Sozialstationen kennt, der weiß, daß es sich dabei mehr um Geld dreht, als landläufig angenommen wird: Ohne abrechenbare Leistung fließt kein Geld,

kann eigentlich keine weitere Leistung erbracht und auch kein Arbeitsplatz gesichert werden.

Ich schiebe jetzt eine gute Nachricht ein, damit keine Katastrophenstimmung aufkommt: Die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung der Bevölkerung ist sichergestellt! Emsig fahren die Schwestern landauf, landab mit Fahrrad, Trabi oder Polo von der Alfred-Herrhausen-Stiftung, von Haus zu Haus! Es muß keiner darben, frieren oder hungern und auch die Mitarbeiterinnen erhalten ihren Lohn in DM und Pfennig!

## 2. These

Es hat sich also eigentlich am 1.1.1991 gar nicht viel verändert. Die gleichen Schwestern versorgen das gleiche Territorium fachlich und systematisch wie vorher, nur heißt das System jetzt Sozialstation und basiert auf einer neuen gesetzlichen Grundlage.

Bevor ich zur Antithese komme, stellen sich schon einige Fragen:

a) Eine gesetzliche Grundlage? Nein!

Grundlagen sind:

- Das V. SGB, §§ 37, 38, 55, 57 und, und, und...
- BSHG §§ 11 oder 68, 69, 70 oder gar 27ff., KJHG § 20

Weitere Grundlagen mit gesetzlichem Charakter:

- Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassen
- Richtlinien des Landes
- Rahmenrichtlinien des Landes
- Unfallverhütungsvorschriften
- Datenschutzvorschriften und, und, und...

b) Ist das vorherige System der ambulanten Versorgung mit dem neuen wirklich zu vergleichen? Nein!

Sie können es vergleichen, aber eigentlich vergleichbar ist es nicht, schon gar nicht gleich. Dazu eine fast Wortspielerei: Vorher wurde jeder "Fall"

zentral erfaßt, heute ist der Dienst der Sozialstation zentral abrufbar und umfassend (So lauten die theoretischen Formulierungen).

### Antithese

Das frühere Versorgungssystem ist am 31.12.1990 total zusammengebrochen und verändert: Dazu werfe ich einige Schlaglichter auf die Situation im Lande:

- Die Volkssolidarität war für die ambulante hauswirtschaftliche Pflege zuständig und das auf hauptsächlich ehrenamtlicher Basis. Dies wurde so nicht fortgeführt. Es geht jetzt um Arbeitsplätze.
- Die Gemeindeschwester hatte den Auftrag der medizinischen Versorgung, mußte aber auch alle anderen Hilfen mit abdecken, wenn es Lücken gab. Die Arbeitsschwerpunkte und die Qualität des Angebotes war von Schwester zu Schwester und von Territorium zu Territorium sehr unterschiedlich und oft sehr persönlich geprägt. Welch ein Kontrast zu den Anforderungen der Leistungskataloge, einschließlich Zeitvorgaben durch die Kostenträger Krankenkassen!
- Die Krankenhäuser hatten Stationen für pflegebedürftige Patienten. Diese werden oder wurden aus Kostengründen und wegen des Pflegenotstandes aufgelöst. Wohin mit diesen Patienten - in die ambulante Versorgung?
- Altenheime hatten früher Priorität vor ambulanter Versorgung. Der Pflege-satz betrug 105,- M bis 120,- M! Jetzt sind sie vielen zu teuer geworden und werden gemieden.
- Die Krankenkassen haben "die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu bessern". Sie bieten Dienst- und Sachleistungen an. Die Träger der Sozialstationen erleben sie aber eher als Wirtschaftsunternehmen, die um Leistungen und Pfennige feilschen, aber entstehende und auch verlangte Kosten nicht decken.
- Der betroffene Bürger muß sein Vermögen für die Leistungen im pflegerischen Bereich einsetzen, wenn er sie nicht von anderen finanziert bekommt. Das hat es vorher so zwangsweise nicht gegeben. Er gerät damit in

ein fremdes, neues System, das ihn schreckt, weil es an sein Portemonnaie geht.

- Dazu kommt, daß die Fürsorgerin, die regelmäßig vorbeigeschaut hat, nicht mehr kommt, wenn sie nicht gerufen wird. Begründet wird das Fernbleiben mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Na ja, nach 40 Jahren Stasi-bespitzelung (womit ich ausdrücklich nicht sagen will, daß Gemein-deschwestern dazugehörten), die man kannte, fühlt man sich doch alleingelas-sen. Und wer schützt eigentlich vor dem unangemeldeten Vertreterbesuch, der mir eine neue Heizungsanlage, oder was auch immer, aufschwätzen will?

### 3. These

Die Versorgung der Bevölkerung, ambulant sowie medizinisch, mit hauswirt-schaftlichen Hilfen und Altenhilfen ist für Jeden vielfältig sichergestellt:

- Das Personal ist reichlich vorhanden;
- jedes erdenkliche Aufgabenfeld kann - dank der Arbeitsbeschaffungsmaß-nahmen (ABM) - abgedeckt werden;
- jeder Bürger kann anrufen, wenn er über ein Telefon verfügt;
- jeder Arzt, jedes Krankenhaus, das Gesundheitsamt, jeder Apotheker und Bürgermeister weiß über den Aufbau der Sozialstationen Bescheid, da diese z.T. selbst daran beteiligt waren;
- die Versorgung mit Hilfsmitteln ist auf dem modernsten Stand;
- die Trägervielfalt ist gegeben: Volkssolidarität, Arbeiter-Samariter-Bund, Freie Wohlfahrtsverbände, Kommunen.

Alle arbeiten frei und vor allem gemeinnützig.

### Antithese

Die Untermauerung der obigen Äußerungen durch Daten und Fakten ist nicht vorhanden. Sie sind vorerst Sprüche und Willenserklärungen. Auch früher wa-ren nur sekundär analysierte Werte Grundlage für Fünfjahrespläne der Versor-gung der Bevölkerung: Daten gingen nach Berlin, wurden dort analysiert, nicht veröffentlicht (!) und in Berlin in Pläne umgesetzt. Die daraus propagierte,



"objektive, totale Versorgung der Bevölkerung" – um jeden hat man sich gekümmert, keiner war vereinsamt – wurde so oft wiederholt, daß der Bürger es subjektiv auch so empfand.

Wie sollen gerade die, die krank, einsam, behindert oder alt sind, die, die nicht schnell begreifen können, die sich vor Veränderungen fürchten, wie sollen diese Menschen verstehen, welche guten Möglichkeiten auch mit neuen Veränderungen einhergehen? Alte Zeiten werden leicht verklärt gesehen und auch in einer autoritären Gesellschaft kann man das Gefühl der Geborgenheit haben: Der Platz war zugewiesen, alles war festgelegt. Man mußte sich nicht selbst bemühen. Subjektiv führt also die sichere Versorgung durch Sozialstationen noch nicht zu größerer Zufriedenheit, eher zur Beunruhigung.:

- Alles kostet Geld – auch die Alternative: Heim;
- alles geht schnell, schnell;
- ich muß mich kümmern, Leistungen beantragen; – Wer entscheidet wann über die Bewilligung meines Anspruches?
- Wer hilft am besten und am billigsten?
- Dazu kommen die Konkurrenz der Anbieter und unterschiedliche Preise. (Die Volkssolidarität unterbietet z.B. in einem Landkreis alles, indem sie für hauswirtschaftliche Dienste einen Stundenlohn von 2,- DM nimmt! Das waren früher sogar 5,- DM);
- Die Sozialstation ist (muß) teuer (sein).

Außerdem entsteht eine neue Abhängigkeit von der Familie, zu den Kindern, denn das, was ich ihnen als Erbe zgedacht hatte, muß jetzt für Dienstleistungen ausgegeben werden. Was löst dies in den Beziehungen der Generationen aus?

Solange die Mitarbeiterinnen selbst nicht sicher sind und den Konkurrenzdruck nicht abfangen können, wird das System der Sozialstationen nicht positiv akzeptiert. Es wäre sicher interessant, objektive Kriterien und Möglichkeiten mit den subjektiven Empfindungen der betroffenen Zielgruppen zu untersuchen. Ich bin überzeugt, daß sich da eine große Schere auftut.

#### 4. These

Die komplette Übertragung des Systems der Sozialstationen von den alten auf die neuen Länder ist praktisch, da einfach kopierbar. Das bewährte soziale Sicherungssystem wird als Segen übertragen. Die Krankenkassen-Vereinbarungen können analog angewandt werden. (Natürlich sollte hier alles etwas billiger sein!) Und wenn dann doch nicht alles sofort klappt, dann greift "der Bund" mit seinem Soforthilfeprogramm unter die Arme. Und die Bevölkerung wird über die Presse informiert. So ist man dann allen Seiten gerecht geworden. (Doch wieviele Alte und Kranke abonnieren eine Zeitung?)

#### Antithese

Das System der Sozialstationen ist kein Computersystem, es hat auf allen Seiten mit Menschen zu tun, mit Hilflosen, Hilfsbedürftigen auf der einen Seite; mit Motivierten, aber auch Unsicheren und Vorgeprägten auf der anderen Seite, nämlich anders sozialisierten Menschen als in den alten Ländern. Und wie furchtbar – sie zeigen zudem noch Schwächen.

Die differenzierten, diffizilen gesetzlichen Grundlagen können nicht zwischen Silvester (31.12.1990) und Neujahr (1.1.1991) in den Köpfen einprogrammiert sein. Die Bürokratie – sprich Formulare, Formulare – bürgt zwar für Kalkulierbarkeit, Berechenbarkeit und Gerechtigkeit und Gleich-Gut-Behandlung und Pflege, aber sie ist undenkbar, wenn die Formulare z.B. nicht vorhanden sind. Am Anfang war es so.

Die Gesprächspartner, sprich Geldgeber und Krankenkassen sind stur – Rahmenvereinbarungen über Beträge und Leistungen nicht vorhanden. Die Sozialhilfeträger haben noch keine Haushaltsmittel. Und die Leiterin einer Sozialstation – in der Regel Krankenschwester – hat die Pflege und medizinische Versorgung gelernt. Wenn sie auch noch Organisationstalent besitzt und gut motiviert ist – sie hat ja nicht zuletzt einen relativ sicheren Arbeitsplatz –, dann fehlt aber Routine. Kampfgeist ist gefragt und Verhandlungsgeschick mit Kostenträgern, Ärzten und in der Öffentlichkeit. Das lernt sich erst in Jahren, nicht zum Jahreswechsel oder in wenigen Monaten!

Ich komme nun zu den Perspektiven mit meiner **letzten These**:

Die Übergangsphase ist zu überbrücken. Das Angebot wird sich verbessern und herumsprechen. Aber hier kommt im gleichen Atemzug die **Antithese** :

Die Sozialstationen werden so wie heute nicht bestehen bleiben können! Ich behaupte, daß der Wandel im Angebot dringend erfolgen muß:

1. Der Kleingeist (Wirtschaftsdenken) der Krankenkassen steht im Widerspruch zur Werbung, die auf der Gesundheitsfürsorge für die Versicherten abstellt.
2. Die mangelnde betriebswirtschaftliche Schulung der Mitarbeiterinnen muß aufgefangen werden, denn sie ist die Ursache für inneren Widerstand gegen alles, was mit Leistungsabrechnung zusammenhängt. Geld, Berechenbarkeit, Zeitschinderei sind zwar unabdingbar, jedoch dürfen sie nicht immer wieder thematisiert werden. Das zerstört die Identifikationsfähigkeit mit den Aufgaben, das berufliche Ethos. Die Berufsauffassung der Schwestern verträgt das auf die Dauer nicht.
3. Die Hilfsprogramme des Bundes laufen aus, d.h. finanzielle Löcher werden nicht mehr gestopft. Der Druck, daß keine Löcher entstehen dürfen, wächst.
4. Die Woge der AB-Maßnahmen darf uns nicht ans felsige Ufer tragen. So wichtig sie waren – sie haben das Schwimmen gefördert, nicht aber das perspektivische Denken und Planen. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen müssen abgebaut werden, zumal Leistungen Dritter an die Arbeitsverwaltung zurückgezahlt werden müssen!
5. Die Werbesprüche der Politiker und Gesundheitsplaner werden hinterfragt, d.h. die Kostenträger müssen gefordert werden. Wenn z.B. in der Zeitung steht, daß die Krankenkassen in den neuen Ländern Überschüsse erzielt haben und sogar ein Finanzpolster anlegen konnten, dann muß sich das bei der Zahlung von Leistungen niederschlagen.
6. Die Tatsache, daß die Ausstattung mit Hilfsmitteln sich drastisch positive verbessert hat, darf nicht nur zur Bewunderung führen, vielmehr muß immer wieder an weitere Verbesserungen gedacht und diese auch kostenmäßig ge-

plant werden. Beispiel: Einmalspritzen wurden bestellt statt die viel dringender benötigten Autos.

7. Die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten des Dienstleistungsangebots Sozialstation muß von diesen selbst geleistet werden – flächendeckend. Sie muß nach den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtet und auch immer wieder verändert werden.
8. Die Sozialstationen dürfen sich bei der Orientierung an den Bedürfnissen der Bevölkerung nicht auf einen Konkurrenzkampf mit anderen Anbietern einlassen, sondern müssen Absprachen treffen, damit auch die Bevölkerung sich orientieren kann. Die Konkurrenz der privaten Anbieter wird auch in Sachsen-Anhalt kommen (wie in Brandenburg, Berlin). Wenn die Sozialstationen sich darauf rechtzeitig einstellen, kann es nicht zur Verwirrung der Bevölkerung, sondern zur Qualitätsverbesserung führen.
9. Auch die Werbung von ehrenamtlichen Helfern gehört zur Öffentlichkeits- und Werbearbeit. Damit können die nicht abrechenbaren Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Betreuung und Kontaktpflege auch von der Sozialstation organisiert und in ihre Arbeit eingebunden werden.
10. Die Mitarbeiterinnen der Sozialstationen müssen die selbst gewählten Lebensformen der Bevölkerung respektieren können: d.h., nur da helfen, wo es gewollt wird; und dennoch müssen sie sich anbieten, nicht nur zur Arbeitsplatzsicherung für sich selbst, sondern weil ihr Angebot gebraucht wird.

## Fazit

Die Sozialstationen stellen ein wichtiges, differenziertes, umfassendes und naheliegendes Angebot dar, das ausbaufähig und initiativfördernd wirkt. Wir sind jetzt im Stadium des Sammelns von Fakten und Erfahrungen. Daraus entwickeln wir die Perspektiven. Wir sind dabei, das Angebot zu festigen und an den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Wir lernen dabei aus Fehlern und aus guten Beispielen, ohne daß wir sie kopieren. Ich greife noch einmal das Bild vom Anfang auf, als ich sagte, es ist so, als befänden wir uns im Moor. Wir werden nicht versinken, sondern wir gehen auf einem tragfähigen Weg – noch unsicher. Aber wir wissen auch, daß ein Moor trockengelegt werden kann. In

den alten Ländern wurden dazu allmählich und quasi mit dem Spaten Entwässerungsgräben ausgehoben. Wir müssen aus Zeitnot mit dem Bagger an diese Aufgabe gehen. Eines Tages werden wir den Nutzen daraus ziehen können und Torf stechen. Ich wünsche, daß es gelingt und hoffe, Sie teilen diese Auffassung.

## Willi Rückert

### Altenheime – Aufbewahrungsort oder kreativer Lebensraum?

Die Notwendigkeit von Heimen der Altenhilfe hängt u.a. ab von der Altersstruktur der Bevölkerung. In dieser Hinsicht gibt es erhebliche Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern, wie folgende Tabelle zeigt.

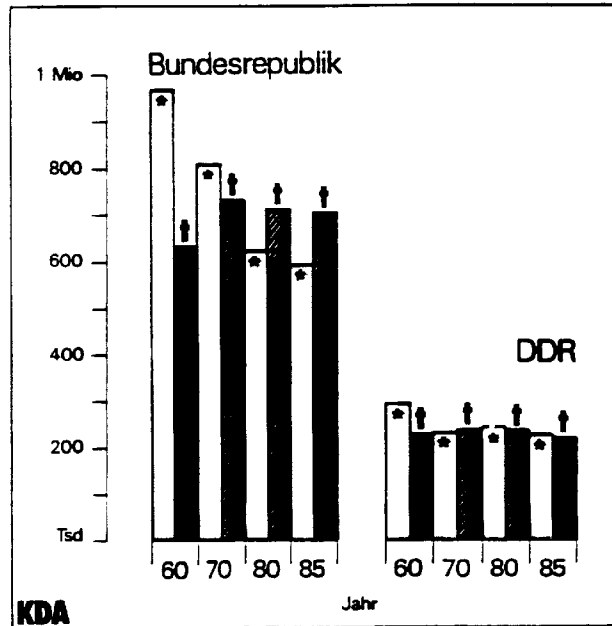
Tabelle: Grunddaten der Altenhilfeplanung in den alten und neuen Bundesländern

Altersgruppe	alte Bundesländer Volkszhlg. 1987		neue Bundesländer Ende 1989	
	absolut	%	absolut	%
60 u. älter	12.669.092	20,7	3.007.722	18,3
65 u. älter	9.347.709	15,3	2.180.061	13,3
70 u. älter	6.698.327	11,0	1.461.071	8,9
75 u. älter	4.376.664	7,2	1.073.259	6,5
80 u. älter	2.150.039	3,5	541.161	3,3
85 u. älter	774.975	1,3	187.304	1,1
insgesamt	61.077.042	100,0	16.433.796	100,0

Die neuen Bundesländer bringen eine deutlich jüngere Bevölkerung in den Vereinigungsprozeß ein. Die folgende Graphik zeigt, wie in der ehemaligen DDR die Zahl der Lebendgeborenen die Zahl der Verstorbenen erreicht hat, wohingegen in den alten Bundesländern seit den 80er Jahren mehr Menschen ge-

storben sind als geboren wurden. Inzwischen sind allerdings in den neuen Bundesländern die Geburtenzahlen drastisch gesunken und viele jüngere Menschen wandern aus den neuen Bundesländern in die alten, so daß sich die Altersstruktur in den neuen Ländern sehr ungünstig entwickelt. Dieser Prozeß wird sorgfältig beobachtet werden müssen.

Abbildung 1: Lebendgeborene und Verstorbene in den alten und neuen Bundesländern



Mit der nächsten Abbildung 2 möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf eine für die Altenhilfe wichtige Größe, das "Kinder- bzw. Töchterpflegepotential" lenken. Bis in die 70er Jahre verfügten wir in den alten Bundesländern im internationalen Vergleich über ein überdurchschnittlich hohes Töchterpflegepotential – gemessen in der Zahl der Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahren – je 1000 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter. Weil wir ein überdurchschnittlich hohes Töchterpflegepotential besaßen, haben wir in den alten Bundesländern auf einen

stärkeren Ausbau des formalen Hilfesystems in Form von ambulanten Diensten und Heimen der Altenhilfe verzichtet.

Unsere nördlichen Nachbarländer waren eher als wir dazu gezwungen, ihr Netz beruflicher Helfer auszubauen. Heute ist das familiäre Hilfenetz sehr dünn geworden. Heute sind auch wir gezwungen, angemessene Kapazitäten im Heimbereich und bei den ambulanten und teilstationären Diensten bereitzustellen. Der Graphik ist auch zu entnehmen, daß bis zur Wiedervereinigung die oben definierte Meßziffer für das Töchterpflegepotential in der DDR deutlich über der in den alten Bundesländern lag.

Festzuhalten ist, daß die neuen Bundesländer bis zur Wiedervereinigung eine günstigere Bevölkerungsstruktur aufwiesen als die alten Bundesländer, daß aber eine erhebliche Verschlechterung zu befürchten ist, wenn nicht bald eine Angleichung der Lebensverhältnisse erreicht wird und damit die Gründe für den Wegzug und die niedrigen Geburtenzahlen entfallen.

Für die neuen Bundesländer gilt sicherlich ebenso wie für die alten, daß die ganz überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen zu Hause in Privathaushalten lebt und nur vergleichsweise wenige in Heimen.

Die Abbildung 3 (Seite 71) zeigt die Befunde für die alten Bundesländer, die im Hinblick auf die Heimplatzversorgung mit den neuen Bundesländern weitgehend übereinstimmen. Zur Zeit wird eine Repräsentativstudie über zuhause lebende Pflegebedürftige durchgeführt, und zwar in den alten und in den neuen Bundesländern, so daß wir hoffentlich bald auch sichere Planungsdaten für die neuen Bundesländer bekommen.

Abbildung 2:

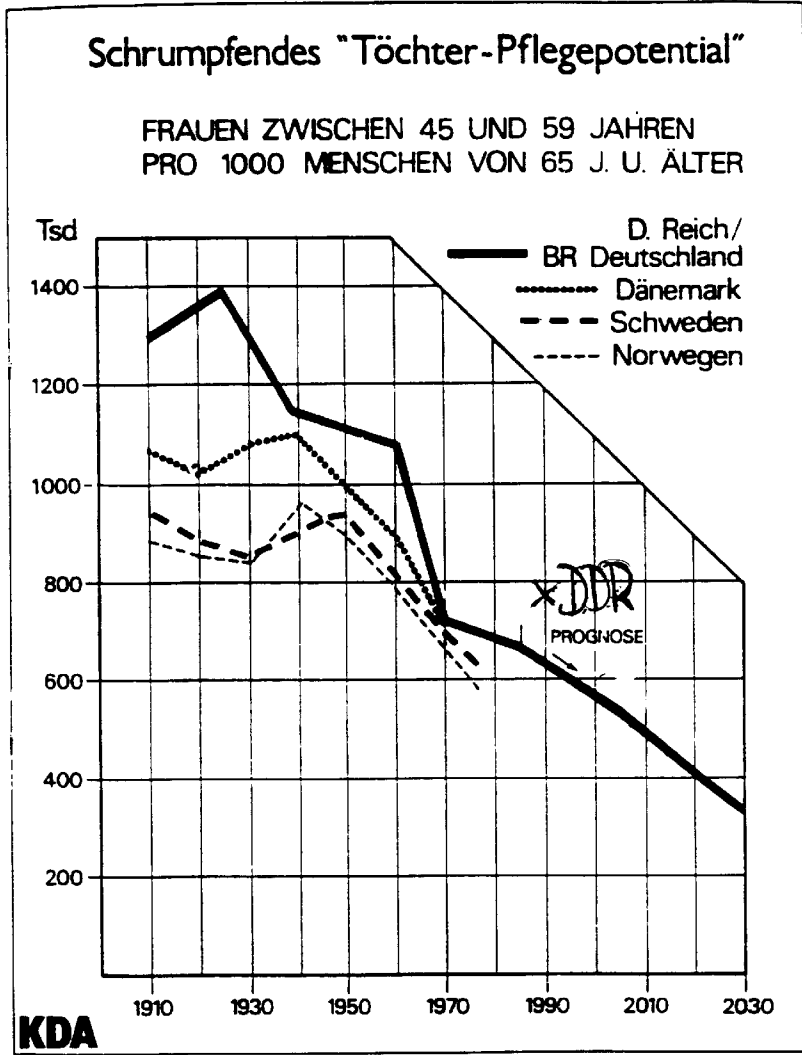
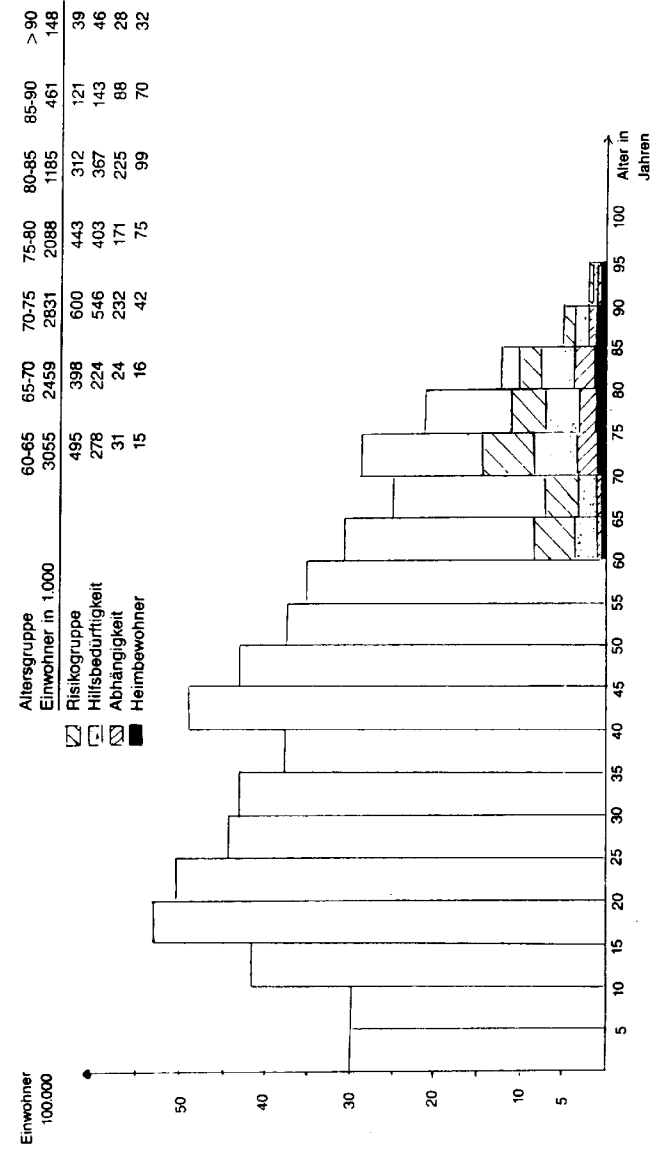


Abbildung 3: Bevölkerung und Zahl der in Heimen und zu Hause lebenden Hilfsbedürftigen (1982)



Berechnet nach den Ergebnissen der Studie von Garms-Homolová, Viena und Hütter, Ulrike: Motorische Leistungsfähigkeit und motorische Behinderungen 60- bis 90jähriger Großstadtbevölkerung. in Zeitschrift für Gerontologie 16/1983, S. 260/269.

Sehr hilfreich für eine rationale Altenhilfepolitik in den neuen Bundesländern wären auch Vergleichszahlen zur Verteilung der älteren Frauen und Männer nach Haushaltsformen wie sie für die alten Bundesländer in den beiden folgenden Bildern ersichtlich werden. Eines können wir allerdings heute schon sagen: auch in den neuen Bundesländern lebten nicht nur absolut gesehen, sondern auch relativ mehr Frauen in einem Heim der Altenhilfe und auch in den neuen Bundesländern steigt mit dem Alter der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner stark an. Im Vergleich zu den alten Bundesländern lebten allerdings in den Feierabend- und Pflegeheimen tendenziell mehr Männer und mehr jüngere Menschen.

Einen gravierenden Unterschied gibt es allerdings im Hinblick auf die Heimbewohner/innen in Ost und West: In den Feierabend- und Pflegeheimen der DDR lebten vergleichsweise viele jüngere und behinderte Menschen, auch viele Alkoholkranke und auch psychiatrisch erkrankte Jugendliche und Kinder, die mit Sicherheit dort nicht gut untergebracht waren. Für die Behinderten und die psychisch kranken jüngeren Menschen wird man in Zukunft neue und bessere Konzepte entwickeln müssen, statt sie in Feierabend- und Pflegeheimen mehr schlecht als recht zu verwahren.

Abbildung 4: Verteilung der älteren Frauen nach Haushaltsformen

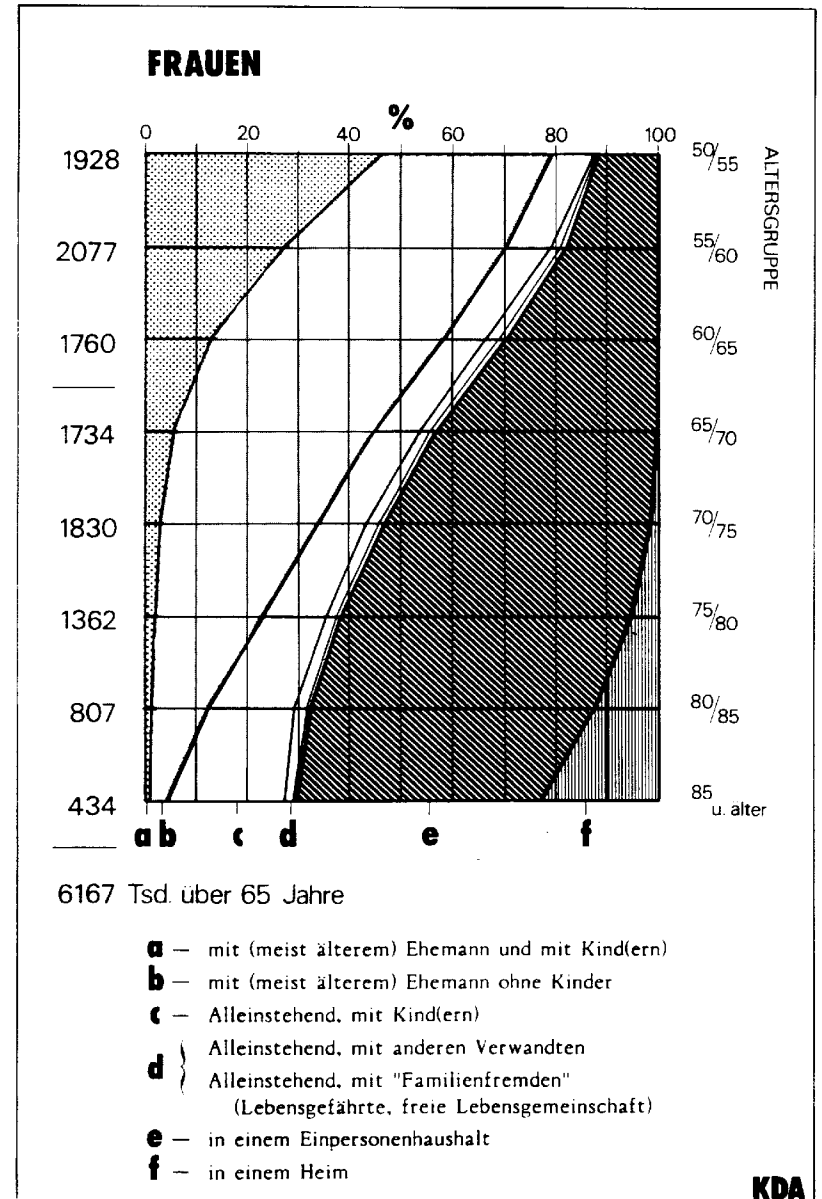
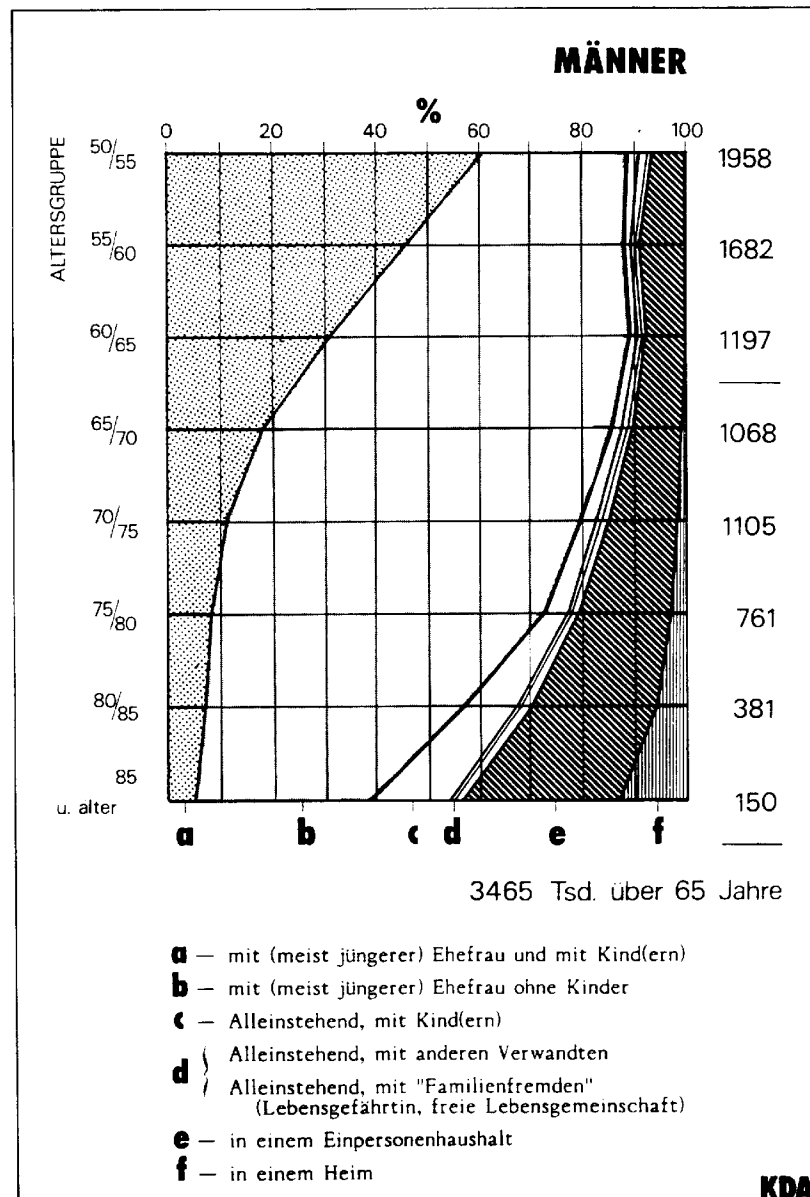


Abbildung 5: Verteilung der älteren Männer nach Haushaltsformen



Aufmerksam zu machen ist noch auf die Bedeutung des Familienstandes für die Inanspruchnahme von Heimen. Untersuchungen von Frau Dr. Garmis-Homolová zeigen deutlich, in welchem hohem Maß das Unterstützungspotential älterer Menschen abhängt vom Familienstand. Ein Drittel der nicht oder nicht mehr verheirateten Männer erhält im Krankheitsfall von niemandem Pflege – außer von beruflichen Helfern. Bei den nicht verheirateten Frauen liegt der Anteil sogar über 40 %.

Abbildung 6: Unterstützungspotential 70- bis 90jähriger Frauen und Männer<sup>1)</sup>

Pflege im Krankheitsfall erhalten			
verheiratete		nicht verheiratete	
Männer von	Frauen von	Männer von	Frauen von
niemand	niemand	niemand	niemand
	11,2 %	32,2 %	42,0 %
Ehefrau allein	Ehemann allein	Nicht-verwandte	Nicht-verwandte
45,8 %	41,2 %	22,0 %	18,5 %
Ehefrau und andere 1)	Ehemann und andere 1)	Kinder allein oder andere Verwandte	Kinder allein oder andere Verwandte
46,9 %	42,9 %	30,9 %	26,7 %
		Kinder und andere 2)	Kinder und andere 2)

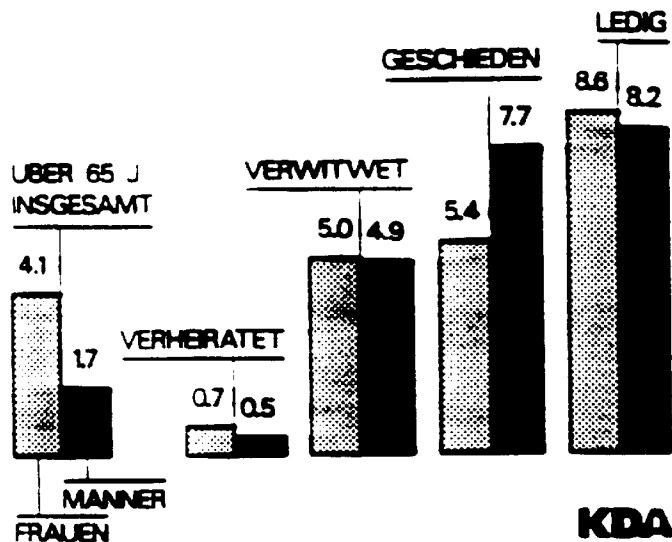
1) In Berlin (Garmis-Homolová &amp; Hutter 1990)

2) Kinder, Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und sonstige Personen

3) Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner.

Weiter oben ist erwähnt, daß nicht nur absolut, sondern auch prozentual deutlich mehr Frauen als Männer ein Heim der Altenhilfe in Anspruch nehmen müssen. Dies hängt allerdings damit zusammen, daß sehr viele ältere Frauen nicht oder nicht mehr verheiratet sind, wohingegen ein großer Anteil der Männer bis ins hohe und höchste Alter verheiratet sind, und zwar meist mit einer jüngeren Frau, die sie im Krankheitsfall versorgt. Differenziert man die Heimbewohner/innen nach ihrem Familienstand, stellt man fest, daß Verheiratete in Heimen stark unterrepräsentiert sind, und zwar Frauen und Männer gleichermaßen. Verwitwete Frauen und Männer sind in Heimen im gleichen Maße überdurchschnittlich oft vertreten. Bei den Geschiedenen ist der Anteil der Männer, die in einem Heim leben sogar höher als bei den geschiedenen Frauen und am höchsten ist der Anteil der in einem Heim Lebenden bei den Ledigen, und zwar wiederum in gleicher Weise bei Frauen und Männern. Festzuhalten ist, daß am ehesten ledige und geschiedene Männer im Alter auf einen Heimplatz angewiesen sind. Geschiedene Frauen und Verwitwete müssen ebenfalls eher in ein Heim umziehen als Verheiratete, die offenbar in der Lage sind, auch ein größeres Maß an Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Privathaushalt zu bewältigen. Bei der Altenhilfeplanung in den neuen Bundesländern sollte demnach auch die Entwicklung des Familienstandes älterer Menschen beachtet werden.

Abbildung 7: Anteil älterer Menschen in Heimen nach Familienstand (1974)



Fragen wir aus Sicht der Sozialplanung nach dem Grad der Versorgung mit Heimplätzen in den neuen Bundesländern, so ist vorläufig festzustellen, daß zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung etwa 4,9 % der über 65jährigen in einem Feierabend- und Pflegeheim wohnten. Dieser Anteil entspricht ziemlich genau dem Heimbewohneranteil in Bayern. (Bundesweite Zahlen sind bedauerlicherweise nicht verfügbar.) Zu bedenken ist freilich, daß der Bedarf an Heimplätzen eine Größe ist, die von vielen Faktoren abhängt, nicht zuletzt davon, ob es für die älteren Menschen genügend gut ausgestattete Wohnungen gibt, leicht erreichbar auch für Rollstuhlfahrer und leicht zu bewirtschaften, etwa durch die Verfügbarkeit einer Zentralheizung, angemessener Haushaltstechnologie und Sanitärausstattung. Im Hinblick auf diese Faktoren ist die Situation im Osten sehr viel ungünstiger als im Westen. Ein nicht geringer Teil der Nachfrage nach Feierabend- und Pflegeheimplätzen in den neuen Bundesländern resultiert aus den schlechten Wohnverhältnissen, mit denen insbesondere die Älteren in den neuen Bundesländern zurechtkommen müssen.

Altenhilfepolitik in den neuen Bundesländern erfordert daher nicht zuletzt große Anstrengungen im Altenwohnbau.

Wenn man – eigentlich unzulässig – die in den alten Bundesländern gebräuchlichen Bedarfsmeßziffern für Altenheim- und Pflegeplätze zugrunde legt, dann könnte man zu dem Schluß kommen, daß rein zahlenmäßig genügend Heimplätze vorhanden seien. Wenn man aber die vorhandenen Heimplätze unter Qualitätsgesichtspunkten betrachtet, dann müssen sehr viele als in Zukunft nicht weiter zumutbar eingestuft werden.

Für eine angemessene Altenhilfe benötigen wir nach unserer Überzeugung in Zukunft eine gewisse Anzahl wohnquartiersnahe, wohnliche, kleine, gemeinwesenorientierte Heime, damit Heime – wie in der Themenstellung formuliert – kreative Lebensräume sein können und nicht weiterhin Aufbewahrungsorte für Hilfs- und Pflegebedürftige.

Die Anforderung der Wohnquartiersnähe, damit die Verwurzelung mit der Familie und mit Freunden und Nachbarn erhalten bleiben kann, wird nur bei kleinräumlicher Kapazitätsplanung erfüllt. Kleinräumliche Kapazitätsplanung ist ein Novum, insbesondere in den neuen Bundesländern. In der alten DDR wurden nicht selten abgelegene Gutshöfe, Herrensitze und Schlösser als Heime der Altenhilfe umgewidmet. Das Erfordernis der Wohnortnähe konnte damit nicht erfüllt werden. Neue Heimbauten wurden in aller Regel im Rahmen des komplexen Wohnungsbaus in neuen Wohnquartieren errichtet, weit weg von den



ehemaligen Wohnquartieren der älteren Menschen in den Altbauvierteln. Diese Fehler der Vergangenheit müssen bei Sanierungs- und Neubauplanungen soweit als möglich korrigiert werden.

Wenn schon Heime für alte Menschen notwendig sind, dann gehören sie in deren Wohnquartiere und nicht an abgelegene Standorte. Nur dann haben sie eine Chance, mehr als ein Aufbewahrungsort zu werden.

Für die Sozialplanung bedeutet dies, daß die vorhandenen Versorgungsgrade kleinräumlich zu ermitteln sind. Dabei wird sich zeigen, daß manche Städte und Gemeinden übertersorgt und viele andere untertersorgt sind. Diese Unterschiede sollten im Zuge der künftigen Sanierungs- und Neubauplanungen ausgeglichen werden. Je kleiner Heime sind, desto eher können sie wohnquartiernah plaziert werden. Insbesondere in ländlich strukturierten Räumen sollten die Heime möglichst klein gehalten werden. In kleinen Heimen liegen die Kosten pro Pflgetag möglicherweise etwas über denen in größeren, dies sollte jedoch als Preis für die positiven Effekte der Gemeindenähe akzeptiert werden. Es sprechen gute Gründe für die Vermutung, daß die volkswirtschaftlichen Kosten eines Netzes kleiner wohnquartiernaher und gemeinwesenorientierter Heime geringer sind als bei wohnquartierferner "Unterbringung" in zentralen Orten.

Weiterhin sollten Heime möglichst wohnlich sein. Die Unterschiede zwischen dem Wohnen im bisherigen Privathaushalt und im Heim sollten so gering wie möglich sein. Dem Wohnen kommt nach unseren Erkenntnissen eine erheblich therapeutische Funktion zu. Wenn wir Pflegebedürftigen die Wohnung wegnehmen, dann beschleunigt sich der Prozeß wachsender Hilfsbedürftigkeit. Dem gilt es entgegenzuwirken. Die Architekten des Kuratoriums deutscher Altershilfe unterscheiden drei Generationen von Heimen der Altenhilfe in der Nachkriegsgeschichte. Heime der ersten Generation waren Verwahranstalten, reine Aufbewahrungsorte mit extremer Belegungsdichte. Heime der zweiten Generation waren sterile Krankenhäuser. Erst die wohnlichen Heime der dritten Generation bieten die Chance eines kreativen Lebensraumes. An den Grundrissen dieser drei Heimtypen erkennen auch Laien die Unterschiede.

Abbildungen 8–10: Drei Generationen von Heimen der Altenhilfe

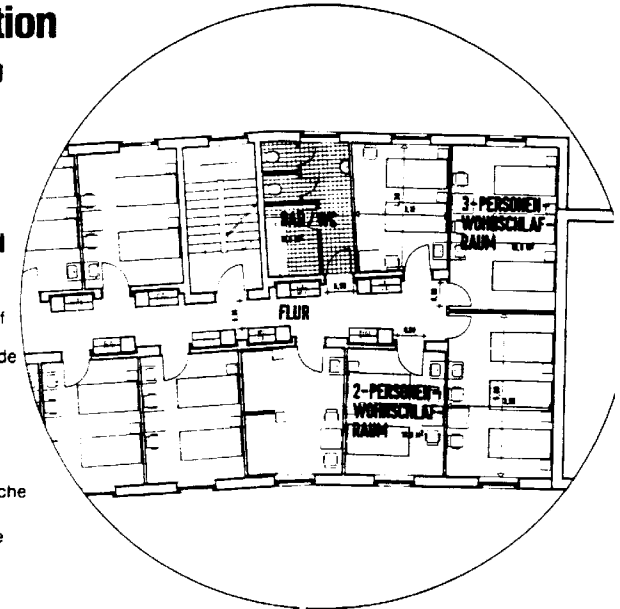
## 1. Generation

40er bis Anfang  
60er Jahre

Leitbild:  
Verwahranstalt

... pflege-  
bedürftiger  
»Insasse« wird  
»verwahrt«

- aus hohem Bedarf und wirtschaftlichen Zwängen resultierende einfachste Versorgungstform
- extrem hohe Belegungsdichte
- räumliche Enge
- minimale technische Ausstattung
- erschwerte Pflege

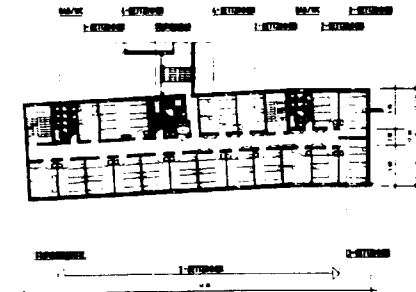


4-Bettzimmer 6,0 qm/Bewohner  
3-Bettzimmer 6,5 qm/Bewohner  
2-Bettzimmer 7,0 qm/Bewohner

1 WC für 7,8 Bewohner  
1 Waschbecken für 2,3 Bewohner  
1 Einbauwanne für 19,5 Bewohner  
1 Stationsbad für 39 Bewohner

39 Bewohner pro Station  
511,2 qm Bruttofläche pro Station

13,1 qm pro Bewohner



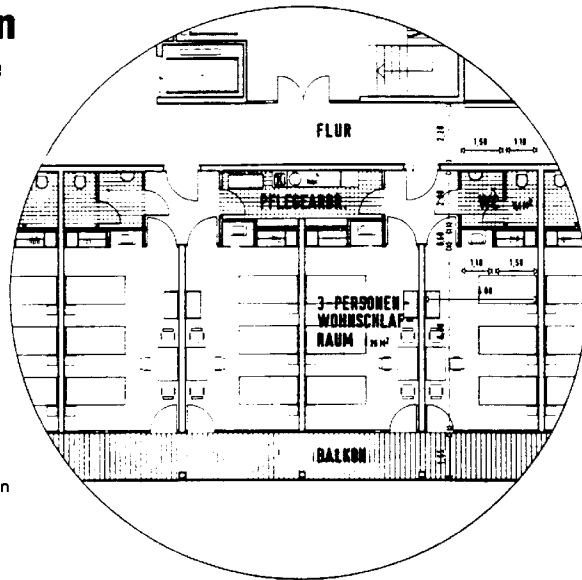
## 2. Generation

60er bis 70er Jahre

Leitbild:  
Krankenhaus

... pflege-  
bedürftiger  
»Patient«  
wird  
»behandelt«

- Optimierung von Teilaspekten der Pflegeabläufe (z.B. Fäkalienbeseitigung)
- Überbetonung der Technik
- stereotype räumliche Organisation
- reaktive Pflege (Funktionsmängel der Alten werden als gegeben angenommen)
- Rehabilitation erfolgt außerhalb der Station



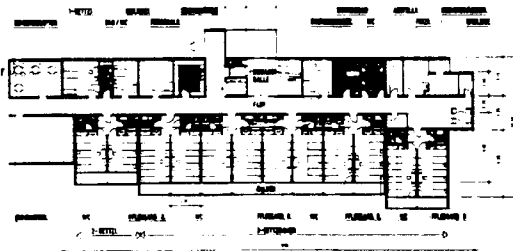
3-Bettzimmer 9,2 qm/Bewohner  
2-Bettzimmer 10,8 qm/Bewohner

1 WC für 4 bzw. 6 Bewohner  
1 Waschbecken für 2 bzw. 3 Bewohner

1 Stationsbad für 35 Bewohner

35 Bewohner pro Station  
999 qm Bruttofläche pro Station

28,5 qm pro Bewohner



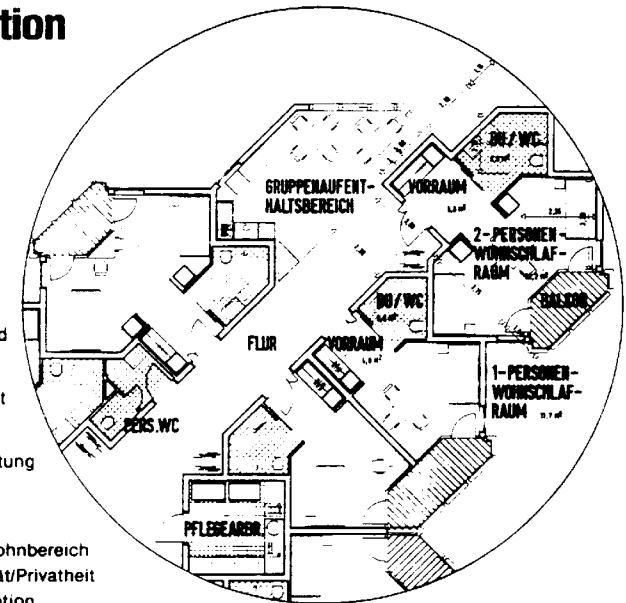
## 3. Generation

80er Jahre

Leitbild:  
Wohnheim

... pflege-  
bedürftiger  
»Bewohner«  
wird  
»aktiviert«

- Versuch, Wohnbedürfnisse und Pflegeanfordernisse zu verbinden
- diskretes Angebot der technischen Versorgung
- räumliche Gestaltung des Wohnumfeldes
- Motivation zur Selbständigkeit
- Aktivierung im Wohnbereich
- mehr Individualität/Privatheit
- mehr Kommunikation

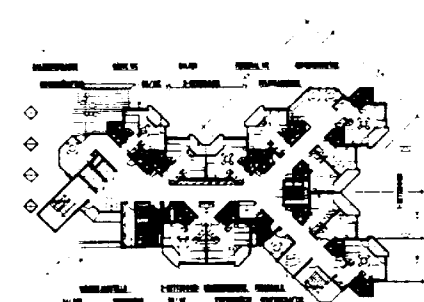


2-Bettzimmer 13,0 qm/Bewohner  
1-Bettzimmer 15,7 qm/Bewohner

1 WC für 1 bzw. 2 Bewohner  
1 Waschbecken für 1 Bewohner  
1 Dusche für 1 bzw. 2 Bewohner  
1 Stationsbad für 20 Bewohner

20 Bewohner pro Station  
776,0 qm Bruttofläche pro Station

38,8 qm pro Bewohner



Wünschenswert ist die Weiterentwicklung der bestehenden Feierabend- und Pflegeheime in wohnliche Heime der dritten Generation, vorausgesetzt der jeweilige Standort ist geeignet, der Bedarf gegeben und das Erfordernis der Wohnquartiernähe ist erfüllt.

In den bisherigen Feierabend- und Pflegeheimen gibt es zu wenige Einzelzimmer und zu viele Plätze in Zimmern für drei und mehr Personen. Verschärft wird die Situation durch die Kleinheit der Räume. Die Größe der vorhandenen Einzelzimmer liegt oft unterhalb einer Größe von 12 m<sup>2</sup>, die die Heimmindestbauverordnung zuläßt. Heute mit zwei Personen belegte Zimmer dürften in der Regel in Zukunft nur noch von einer Person bewohnt werden. Wünschenswert ist eine Anteil von 80 % Einzelzimmern. Zimmer für drei und mehr Personen sollte es gar nicht mehr geben.

Wenn wir Heime zu kreativen Lebensräumen machen wollen, dann müssen wir nicht nur die Räumlichkeiten verändern, sondern auch und vor allem das "Innenleben", das außer von den Bewohnerinnen und Bewohnern in hohem Maße durch die Mitarbeiter und die Organisation bestimmt wird. In den Feierabend- und Pflegeheimen der alten DDR gab es viel zu wenig Pflegepersonal und zu wenig therapeutisch geschulte Mitarbeiter. Aus diesen Gründen konnte in aller Regel kein angemessener Tagesablauf in den Heimen verwirklicht werden. Für 30 pflegebedürftige Bewohner/innen standen oft nur ein oder zwei Mitarbeiter/innen zur Verfügung.

In Baden-Württemberg hält man z. B. folgende Personalbesetzung einer Pflegeabteilung mit 24 Bewohnern, davon zehn Schwerstpflegebedürftige, für erforderlich:

In der Zeit von:

6.00 bis 9.30 Uhr – 4fache Besetzung	= 14,0 Std.
9.30 bis 12.00 Uhr – 3fache "	= 7,5 "
12.00 bis 13.30 Uhr – 4fache "	= 6,0 "
13.30 bis 15.30 Uhr – 1fache "	= 2,0 "
15.30 bis 20.00 Uhr – 2fache "	= 9,0 "
20.00 bis 21.00 Uhr – 1fache "	= 1,0 "
Leitungsaufgaben	= 1,5 "
<hr/> Summe	= 41,0 "

Insgesamt ist man in Baden-Württemberg bereit, für 24 Bewohner einer Pflegestation pro Tag 41 Arbeitsstunden von Pflege- und Betreuungspersonal bereitzustellen. Um diese Zeit pro Tag bereitstellen zu können, braucht man im rechnerischen Durchschnitt eine Vollzeitkraft pro 2,37 Bewohner. Wenn man diesen Wert mit den in der alten DDR gängigen Pflegepersonalschlüsseln von 1 : 7, 1 : 6 und bestenfalls 1 : 5 vergleichen, dann kann man sicherlich unschwer erkennen, wie unzureichend die Pflegepersonalbesetzung in den Feierabend- und Pflegeheimen ist bzw. war, denn dank Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) konnten in vielen Heimen schon Verbesserungen erreicht werden.

Allerdings reicht es nach unseren Erkenntnissen aus den alten Bundesländern nicht aus, mehr Personal bereitzustellen. Es gilt auch und vor allem die Arbeitsabläufe und die Einstellung der Mitarbeiter/innen so zu verändern, daß sie dem Ziel, Heime als kreative Lebensräume zu gestalten, förderlich sind. Dies wiederum erfordert sicherlich Zeit und erhebliche Anstrengungen in der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen.

Wenn Heime kreative Lebensräume sein sollen, dann kommt einem möglichst normalen Tagesablauf eine überragende Bedeutung zu. Wir schlagen z. B. folgende Tageslaufstruktur vor:

Frühstück	7.00 – 9.00 Uhr
Zwischenmahlzeit	10.00–10.30 Uhr
Mittagessen	12.15 Uhr
Kaffee	15.30 Uhr
Abendessen	18.30 Uhr
Spätmahlzeit	20.30–21.00 Uhr

Eine derartige Tagesstrukturierung stellt natürlich erhebliche Anforderungen an die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Mitarbeiter/innen und ist abhängig von einer gut funktionierenden Personaleinsatzplanung. Ich hoffe, damit an einer Stelle veranschaulicht zu haben, was ich mit Veränderung von Arbeitsabläufen gemeint habe. Positiv anzumerken ist, daß in den Feierabend- und Pflegeheimen der ehemaligen DDR viele Bewohner/innen kleinere oder größere Aufgaben vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich übernommen haben. Dies sollte nach Möglichkeit auch in Zukunft beibehalten werden, denn auch dies gehört zu einem kreativen Lebensraum.

Insgesamt ist festzustellen, daß die Sanierung und Weiterentwicklung des Heimbereiches in den neuen Bundesländern eine gewaltige Aufgabe darstellt. Längerfristig sollten die Heime auch in den alten Bundesländern weiterentwickelt werden zu Einrichtungen des betreuten Wohnens, d.h. sie sollten sich möglichst wenig unterscheiden von Privathaushalten, in denen Hilfs- und Pflegebedürftige die Hilfe ambulanter und teilstationärer Dienste in Anspruch nehmen.

Für überaus wichtig halten wir es, eine langfristige Zielplanung zu betreiben, auch und gerade dann, wenn die finanziellen Mittel nicht ausreichen, die Planung kurz- oder mittelfristig zu verwirklichen. In den alten Bundesländern sanieren wir heute mit Millionenaufwand Heime, die vor zehn oder fünfzehn Jahren fertiggestellt worden sind, geplant nach falschen Richtlinien und Empfehlungen. Richtig ist eine langfristige Zielplanung nach angemessenen Standards und dann eine bauabschnittweise Realisierung. Für den Fall, daß Sie bei einer solchen Planung Hilfestellung benötigen, können Sie sich an das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln wenden. Zur Zeit sind wir durch finanzielle Unterstützung des Bundesministeriums für Familien und Senioren in die Lage versetzt, Sie in begrenztem Maße kostenlos zu beraten. Diese Möglichkeit sollten Sie nicht verstreichen lassen.

## Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

**Sibylle Dreher**, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen-Anhalt, Magdeburg

**Dr. Vjenka Garms-Homolova**, Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., Berlin

**Christel Hanewinkel**, MdB, Bonn/Magdeburg

**Angelika Köbel**, Magistrat der Stadt Magdeburg

**Dr. Ursula Mehrländer**, Leiterin der Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

**Willi Rückert**, Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V., Köln

**Werner Schreiber**, Minister für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

**Günther Schultze**, Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

**Wolfgang Schuth**, Geschäftsführer, Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Sachsen-Anhalt, Magdeburg

**Dr. Klaus-Peter Schwitzer**, Institut für Soziologie und Sozialpolitik, Berlin

## Reihe "Gesprächskreis Arbeit und Soziales"

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1

**Ausländer im vereinten Deutschland – Perspektiven der Ausländerpolitik  
(vergriffen)**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2

**Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3

**Zuwanderungspolitik der Zukunft**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4

**Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen  
Bundesländer**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5

**Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6

**Multikulturelle Gesellschaft – Der Weg zwischen Ausgrenzung und  
Vereinnahmung**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7

Ursula Mehrländer, Günther Schultze

**Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland – Fakten  
Argumente, Vorschläge**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8

**Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen  
Bundesländern**

Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:

Friedrich-Ebert-Stiftung

Abt. Arbeits- und Sozialforschung

Godesberger Allee 149

W-5300 Bonn 2