

## Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Berlin, 19. Mai 2014

### ***Inklusion von Menschen mit Demenz – Vision oder Illusion?***

*Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar)*

Der Inklusionsbegriff ist weitgehend *normativ* geprägt durch internationale und nationale behindertenpolitische<sup>1</sup> und rechtliche Entwicklungen, die auf drei Aspekte ausgerichtet sind: Antidiskriminierung, Gleichstellung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Wesentliche Impulse gehen dabei von der UN-Behindertenrechtskonvention aus, in der die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft“ als zentraler Grundsatz der Einbeziehung in die Gesellschaft in Artikel 3 verankert ist (Deutsches Institut für Menschenrechte 2006). Wenn man Menschen mit Demenz (MmD) *auch* als behinderte Menschen ansieht, dann trifft die UN-BRK in vollem Umfang auf diesen Personenkreis zu. Neben dem normativen Verständnis des Inklusionsgedankens ist das *wissenschaftlich* fundierte Verständnis weitgehend systemtheoretisch geprägt und bestimmt Inklusion als eine „Form der Berücksichtigung von Personen in Sozialsystemen“ (Stichweh 2005, 46). Entscheidend sind Kriterien, Maßstäbe und Erwartungen, die seitens der Gesellschaft (und ihrer Institutionen) an die Individuen gerichtet werden. Hierzu gehören u.a. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für das Funktionieren (und den Zusammenhalt) einer Gesellschaft notwendig sind, z.B. im Hinblick auf Markt, Organisationen und Netzwerke (vgl. hierzu: Windolf 2009). Klar ist auch, dass man niemals – jedenfalls in der (post-)modernen Gesellschaft in alle gesellschaftliche Teilsysteme (Bildung, Kultur, Wirtschaft etc.) inkludiert ist. Eine Vollinklusion gibt es nicht.

Aus beiden Verständnissen folgt: Wenn man die Grenzen von Inklusion bei MmD verschieben möchte, dann muss man erstens den Inklusionsbegriff inhaltlich konkretisieren (vgl. z.B. AGP 2012), zweitens die strukturellen Bedingungen und Ursachen für in- und exkludierende Effekte bei Menschen mit Behinderungen und „abweichendem Verhalten“ in den Blick nehmen. Diesbezüglich sind die Beiträge von Dederich (2013), Stein (2013) und Wansing (2013) sowie die Debatte um die demenzfreundliche Kommune (DfK) konstruktiv (vgl. hierzu Gronemeyer 2013, Brandenburg & Brünnett 2014). Dabei sind auch Veröffentlichungen zu berücksichtigen, die explizit auf die mit dem Inklusionsbegriff verbundene Kritik am Integrationsgedanken („Service-Modell“) verwiesen haben (z.B. Theunissen 2012).

Meine Ausgangsthese ist, dass wir es bei der Inklusionsthematik bei MmD mit einem Widerspruch zu tun haben. Einerseits „verschwinden“ diese Personen aus dem gesellschaftlichen Umfeld (vor allem in Institutionen und in der Familie). Diesbezüglich könnte man von einem zu geringen Grad an Inklusion in das gesamtgesellschaftliche System ausgehen. Andererseits jedoch sind die Personen in das Gesundheits- und Pflegesystem in hohem Maße inkludiert, in der Regel dauerhaft. Es ist vor allem die Medizin (und ihr zugeordnet die Pflege), die hier als „Leitwissenschaft“ den Alltag letztlich bestimmt (vor allem in Institutionen). Bezogen auf diese Tatsache könnte man von einem zu hohen Grad an Inklusion (in das Gesundheits- und Pflegesystem) ausgehen. Diese beiden Kritikaspekte begründen sich natürlich nur auf Grund der Annahme, dass wir erstens in unserem Leben in der

---

<sup>1</sup> Im Hinblick auf Menschen mit Demenz ist die Inklusionsfrage bislang nur marginal thematisiert worden. Im Vordergrund stehen behindertenpädagogische, politikwissenschaftliche oder soziologische Aspekte (vgl. z.B. Wansing 2013, Gusy & Haupt 2005, Stichweh & Windolf 2009, Bude & Willisch 2008)

Regel über einen gewissen Grad an Autonomie und Entscheidungsspielraum beim Ein- und Austritt bzgl. der Teilsysteme verfügen und zweitens Exklusion nur dann zulässig ist, wenn sie in die „Form einer Inklusion gebracht wird“ (Stichweh 2009, 37). Diese Einschätzung wird von zwei so unterschiedlichen Denkern wie Foucault oder Luhmann geteilt. Denn selbst bei einem durch die Strafjustiz verurteilten Mörder ist das Gefängnis letztlich als Ort der Resozialisierung konzipiert, welche die vorgängige Exklusion gewissermaßen unsichtbar macht. Bei MmD werden beide Aspekte hintergangen – sowohl die Entscheidungsmöglichkeiten (im Hinblick auf die Teilsysteme) wie auch die Rückkehroptionen (aus dem Medizin- und Pflegesystem).

Konsequent kann daher nur ein *kritischer Begriff von Inklusion* sein, der den ideologischen Charakter dieses Begriffs nicht ignoriert. Wolfgang Jantzen schreibt unmissverständlich:

„Solange von leichter Sprache, Umdefinition von Menschen mit Lernschwierigkeiten und Teilhabe auf der Vorderbühne die Rede ist oder dort das ‚Es ist normal verschieden zu sein‘ zur Rede von ‚verhaltensoriginellen‘ Menschen führt, die auf der Hinterbühne in Sondergruppen von Großeinrichtungen akkumuliert oder in Wohnheimen verborgen werden, wo immer schlechter bezahlte Mitarbeiterinnen einen immer größeren Arbeitsaufwand leisten müssen und dies alles nicht thematisiert wird [...], wo allgemein gesellschaftliche Ausgrenzung unter dem ‚Es ist normal anders zu sein‘ verschwindet, kann weder von Inklusion noch von Gewährleistung von Menschenrechten die Rede sein“ (Jantzen 2012, 43).

Wenn man das auf die Pflege von MmD bezieht, dann sind wir direkt beim Thema. Ich denke hier nicht nur an die konzeptionellen, qualifikatorischen und personellen Defizite bei der Versorgung hochbetagter Menschen in Heimen, ich denke vor allem an die Planung sog. Demenzdörfer und Demenzquartiere in Deutschland, die für 300 Menschen mit Demenz (oder mehr) vorgesehen sind (vgl. hierzu Baczkiewicz 2014, Brandenburg et al. 2013, Gronemeyer 2014, Pawletko 2014). Dabei wird der Begriff der Inklusion (im Sinne einer wohnortnahen Einbeziehung in den öffentlichen Raum) konterkariert, denn MmD müssen nicht nur ihre vertraute Wohn- und Lebensumgebung verlassen, sondern entfernt von ihrem Zuhause in ein neues Stadtviertel oder eine neue Stadt einziehen. Die Soziologen sprechen in diesem Zusammenhang von „inkludierender Exklusion“ (Stichweh 2009, 40) und meinen damit die Praxis der gesellschaftlichen Ausgrenzung alter, behinderter und kranker Menschen, die sich bereits seit dem 17. Jahrhundert beschreiben lässt (Foucault 1973, vgl. auch Stein 2013).

In meinen folgenden Ausführungen möchte ich einerseits den *Finger in die Wunde legen* und auf eine (nicht nur für die Politik) entscheidende Grenze der Inklusion bei Menschen mit Demenz verweisen, die Dederich (2013) am Beispiel von Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt hat: Die Macht der Ästhetik und der Blick der anderen. Hier geht es mir vor allem um die Schärfung unserer Sensibilität und unseres Bewusstseins für Exklusionsprozesse (auf der vordergründigen Folie einer politisch korrekten Sprache von ‚Inklusion‘). Andererseits möchte ich eine *Perspektive* aufzeigen, hierbei vor allem auf die Entwicklung zu einer demenzfreundlichen Kommune (DfK) eingehen. Dabei werden auch Erkenntnisse aus der fortgeschrittenen Diskussion in Großbritannien berücksichtigt (Brandenburg & Brünnett 2014).

Fangen wir mit den kritischen Aspekten an, die an unser Alters- und Demenzbild rühren.

## **(1) Die Macht der Ästhetik und des Blicks der Anderen**

Es ist leicht Inklusion zu fordern, die tatsächliche Anerkennung von Differenz (das ist das eigentliche Problem) ist nicht so einfach. Realistischerweise muss man zur Kenntnis nehmen, dass Vorbehalte, Ängste und Abwertungen existieren, die einer (vollständigen) Annahme und Akzeptanz von

behinderten Menschen als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft im Wege stehen: „Menschen mit Komplexer Behinderung (hierzu kann man auch Menschen mit Demenz rechnen – H.B.) entsprechen aufgrund ihrer physischen, psychischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen oder ihre spezifischen Lebensumstände nicht den gängigen Selbstbestimmungs- und Integrationserwartungen. Sie [...] entsprechen so gar nicht unseren gängigen Vorstellungen vom Menschen, der sich seines Verstandes bedient und unabhängig handelt. Sie sind weder schön noch geistreich“ (Fornefeld 2010, 404). Es geht mir jetzt nicht um eine Ästhetikdebatte. Der Punkt ist der, dass die Idee der Inklusion von der normativen Vorstellung einer egalitären Differenz lebt. Daraus wird die Forderung nach Wertschätzung und Achtung anderer Menschen abgeleitet, die trotz beobachtbarer Unterschiede als wertvoll und zugehörig anzuerkennen sind.

Aber diese ethische Perspektive (die ich teile) verkennt, dass im sozialen Raum – und darauf verweisen uns Psychologen, Ethnologen und Soziologen – häufig nicht das Prinzip egalitärer Differenz bestimmend ist. Im Gegenteil, in sozialen Welten gibt es Vorstellungen davon, was „normal“, „schön“ oder „hässlich“ ist. Das bedeutet, dass wir die gesellschaftliche Wirklichkeit „konstruieren“, wir entwickeln Prozesse der Grenzziehung (Zugehörigkeiten und Nichtzugehörigkeiten). Ein kleines persönliches Beispiel am Rande: Ich habe einen 14-jährigen Sohn und versuche mit ihm ins Gespräch zu kommen. Aber es ist nicht so einfach mit ihm über den Sinn und Unsinn der Handy-Kommunikation oder der I-Phone-Nutzung zu diskutieren. Man bekommt dann unmittelbar gespiegelt, dass man nicht auf der Höhe der Zeit ist, die sozialen Medien (und Netzwerke) nicht wirklich versteht, etc. Mit anderen Worten: Mir wird deutlich signalisiert, was es heißt, bestimmten sozialen Erwartungen zu entsprechen – oder von ihnen abzuweichen. Wehe dem Jugendlichen, der sich weigert dieser Kultur zu folgen (und sich ihr zu unterwerfen). Wir dürfen also nicht verkennen, dass es in allen sozialen Systemen bestimmte Normen gibt, die nicht einfach ignoriert werden können. Wenn man von dieser Norm abweicht – denken wir z.B. an die kognitiven Einschränkungen bei der Demenz, an das „herausfordernde Verhalten“ oder an Veränderungen der Persönlichkeit – dann werden diese Phänomene eben nicht als normal, d.h. als Selbstverständlichkeit toleriert. Es geht hier nicht allein um ästhetische Störgrößen, im Kern geht es um die Infragestellung bestimmter gesellschaftlicher Ordnungs- und Normalitätsvorstellungen. Und *dies* löst Ängste und Unsicherheiten aus. Und wenn sie diese dann noch mit Machbarkeitsideologien, Kontrollbedürfnissen und Überwachungslogiken verbinden, dann ist es nicht mehr sehr weit zu institutionellen Versorgungsformen, die eher dem Bedürfnis der Gesellschaft als der in ihnen Exkludierten entsprechen. Konsequenz: Wir dürfen nicht nur Inklusion als Rechtsanspruch begreifen, sondern müssen auch beachten, wie wir die entsprechenden Personen und Gruppen *wahrnehmen*, welche *Gefühle* wir ihnen entgegenbringen und welche *Eigenschaften* wir ihnen zuschreiben.

In diesem Zusammenhang ist ein Hinweis des im Feld der Disability Studies tätigen Literaturwissenschaftlers Siebers wichtig (Siebers 2010). Ihn interessierte u.a. die Frage, warum eigentlich – trotz vieler Bemühungen – die Praxis der Marginalisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit Behinderung weitgehend ungebrochen ist (wir können das auch auf MmD beziehen). Eine Ursache sieht er in einem spezifischen Blick auf Menschen mit Behinderung, der ihre Chancen auf ein Willkommen im öffentlichen Raum (Hannah Ahrend) unterminiert. Maßgeblich hierfür sei die Tatsache, dass Behinderung weitgehend unverändert als individuelles Problem angesehen wird, welches

„im Sinne des medizinischen Modells auf individuelle Schädigungen oder Beeinträchtigungen zurückgeführt wird. Solche Schädigungen oder Beeinträchtigungen sind nicht nur erwartungswidrig; sie werden auch negativ bewertet und mindern den Wert und das Ansehen der jeweiligen Person oder Gruppe“ (Dederich 2013, 63).

Wenn wir das auf Menschen mit Demenz beziehen, dann können wir uns auch nicht davon freimachen, dass in einer Gesellschaft des Hyperkognitivismus die Einschränkung bzw. der Verlust des Gedächtnisses Irritationen auslösen muss, hochgradig angstbesetzt ist und entsprechend negativ bewertet wird. Unser Blick auf Demenz ist nicht sozial, er sieht Demenz ausschließlich als Pathologie.

Kommen wir daher zu einer Möglichkeit, welche diesen blinden Fleck korrigieren möchte. Es geht um die demenzfreundliche Kommune (DfK).

## **(2) Demenzfreundliche Kommune**

Mit der DfK verfolgt die „Aktion Demenz“, ein von der Robert Bosch Stiftung unterstützter bundesweit tätiger Verein, das Ziel, das „Gemeinwesen ‚demenzfreundlich‘ im Sinne von Offenheit, Toleranz und Unterstützung zu machen“ (Gronemeyer & Wißmann 2009, S. 211; vgl. umfassend hierzu die Streitschrift von Wißmann & Gronemeyer 2008). Es geht darum, das Bild von Menschen mit Demenz (MmD) positiv zu beeinflussen und dieser Personengruppe (und ihren Angehörigen) die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Diese Ausrichtung wird mit folgenden Überlegungen verbunden:

- Es wird für eine neue Qualität der Demenzpolitik plädiert, die anstelle einer puren Addition und Fortschreibung von Dienstleistungen und Versorgungseinrichtungen „[...] eine neue Qualität der ‚Demenzpolitik‘ (befürwortet – H.B.), die auf die Schaffung eines tolerierenden und ermöglichenden Rahmens in der Gesellschaft abzielt“ (Gronemeyer & Wißmann 2009, S. 212).
- Der Abbau von Angstbildern und Stigmatisierung steht im Vordergrund. Und zwar deswegen, weil in der Öffentlichkeit zunehmend ein Horrorbild von Demenz inszeniert wird, welches die Betroffenen und ihre Familien hochgradig verängstigt.
- Damit ist die Akzentuierung der Demenz als soziale und zivilgesellschaftliche Frage. Die biomedizinisch geprägte Sichtweise wird relativiert und eine soziologische Perspektive der Einbindung ins Gemeinwesen eingenommen.
- Konsequenterweise die Begegnungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum betont und im Anschluss an Hannah Arendt dieser Bereich als eine Sphäre definiert, in der sich Menschen handelnd begegnen.
- Information und Aufklärung für die „Normalbürger“ (Polizei, Bank, Geschäfte) sind wichtig, nicht nur der Blick auf die professionell mit dem Thema Demenz beschäftigten Gruppen (Medizin, Pflege, Therapieberufe. Insbesondere Vereine (z.B. durch den Aufbau eines Patensystems) sind von großer Bedeutung, ebenso die Aufrechterhaltung der nachbarschaftlichen Kontakte und Austauschbeziehungen.
- Insgesamt wird ein Pflegemix thematisiert, d.h. die Koproduktion und Pflege in „geteilter Verantwortung“. Pflege wird als Sorgearbeit verstanden, die man eben nicht allein den Profis überlassen darf, sondern die letztlich als gesamtgesellschaftliche Verantwortung zu verstehen ist und im Rahmen von „Netzen der Freundschaft“ (Illich 1976) zu etablieren ist.

Wenn man den alternativen Zugang der DfK auf den Punkt bringt, dann stehen vor allem folgende Aspekte im Vordergrund (vgl. auch die 40 Projektberichte der ‚Aktion Demenz‘ sowie

die rudimentär vorliegenden Forschungsbefunde zur DfK, z.B. Demenz Support & Hochschule Esslingen 2009):

1. Die Kritik an der Medikalisierung der Demenz (vgl. z.B. Estes & Binney 1989; Lyman 1988). Angesprochen wurde insbesondere eine „expert control“ mit der Folge einer von medizinischen und pflegenden Profis bestimmten Diagnostik und Therapie, einer sozialpolitischen Funktionalisierung pflegender Familien unter dem Paradigma „ambulant vor stationär“ sowie einer Vernachlässigung der Perspektive der Betroffenen. Darüber hinaus wurden die Vernachlässigung einer lebensweltlichen Perspektive der Pflegesituation und die fehlende Beachtung der gesellschaftlichen und ökonomischen Einflussfaktoren der Demenz problematisiert (Bond 1992).
2. Der Einbezug der „Stimme“ der Betroffenen („Hearing the Voice of People with Dementia“), die lange vernachlässigt wurde. Exemplarisch ist ein Literaturreview der britischen Alzheimergesellschaft zur Lebensqualität („My name is not dementia“, vgl. Alzheimer’s Society 2010). Die entscheidenden Qualitätsindikatoren beziehen sich darauf, den Alltag aufrechtzuerhalten und fortzuführen. Konkret geht es um soziale Kontakte, Einbindung ins Gemeinwesen, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Medizinisch-pflegerische Aspekte sind wichtig, sollten aber nicht überschätzt werden. Die Diskussion, die vor allem in England und Schottland vorangetrieben wird und einen partizipativen Fokus einnimmt, ist in Deutschland erst ansatzweise entwickelt. Der Ansatz „Hearing the Voice of People with Dementia“ akzentuiert neben der subjektiven Perspektive auch die zivilgesellschaftliche Dimension des lebensweltlichen Geschehens im Umkreis der Demenz.
3. Das Plädoyer für eine Gastfreundschaft: Die Demenz wird als humanitäre Herausforderung an das Gemeinwesen verstanden, ihr Umgang als gesellschaftliches Thema verortet. Die Versorgungsperspektive wird erweitert. Die Kommune (und damit die Zivilgesellschaft) werden als jener Ort identifiziert, in dem Teilhabe und Inklusion von MmD stattfinden. Das Engagement der Bürger wird eingefordert, dabei das „Bürgerrechtsmodell der Demenz“ (Wißmann 2006) vor allem als Aufforderung an die kommunalen Akteure und Verantwortlichen verstanden. Dabei grenzt sich dieses Verständnis von Inklusion ganz bewusst von einer „Machervokabel“ ab, die sich modischer Beliebtheit erfreut. Denn „diese will die Narrenschiffe in den Heimathafen zurückholen, aber sie will den Hafen nicht zu einem Ort umbauen, an dem man leben kann“ (Gronemeyer 2013, S. 241). Es wird also ein kritischer Inklusionsbegriff favorisiert, der im Anschluss an Levinas konsequent für das Prinzip der Gastfreundschaft plädiert, welches „Unterschiedlichkeit respektiert und nicht verwischt“ (Gronemeyer 2013, S. 242).

„Der Erfolg des Konzepts „demenzfreundliche Kommune“ trägt viele Möglichkeiten, aber einige Gefahren in sich. Das Konzept kann missverstanden werden: Es handelt sich unserem Verständnis nach nicht um einen weiteren Baustein im Ausbau einer Versorgungslandschaft, bei der lediglich die kommunale Struktur als neue Dienstleistungsebene zwischen Pflegeheim und Familie eingezogen wird. Es handelt sich auch nicht um eine mehr oder weniger trickreiche Strategie, den Sozialstaat zu entlasten, in dem man nicht mehr bezahlbare Versorgungsleistungen an ehrenamtliche und damit kostengünstig arbeitende Substrukturen abgibt [...] Und die „demenzfreundliche Kommune“ sollte auch nicht zum Projekt gutsituierter bürgerlicher Schichten verkommen, die für sich neue Wege suchen, ihre dementen Angehörigen in Sicherheit zu bringen [...] Bei der DfK darf es eben nicht zu einer angenehm-entlastenden Verlegung der Demenz aus dem Öffentlich-Oberirdischen in die Katakomben der bürgerlich-kommunalen Lebenswelt nach dem Muster gehen: Problem erkannt, Problem gebannt“ (Gronemeyer 2011, S. 6).

Welche Optionen hat die DfK in Deutschland, wenn sie an ihrem alternativen Programm festhalten möchte? Ich sehe drei Perspektiven:

1. Graswurzelperspektive statt Regulierung: Die Aktivitäten vor Ort müssen wachsen, sie dürfen nicht vorzeitig „vernetzt“ werden. Es ist wichtig, dass die einzelnen Initiativen in den Kommunen gestärkt und in ihrer Autonomie unterstützt werden. Wenn man ein ‚Konzept‘ für die DfK auf landes- oder bundespolitischer Ebene auflegen würde (etwa verbunden mit dem Argument der Qualitätssicherung), wäre dies der erste Schritt in die falsche Richtung. Er würde das bisher gezeigte Engagement instrumentalisieren und letztlich in eine gouvernementale Strategie einordnen. Was DfK eigentlich bewirken wollen, vor allem Inklusion von MmD, könnte dann nicht mehr (oder nur als Oberflächenphänomen ohne entsprechende Tiefenstruktur) erreicht werden.
2. Verbindung zu sozialen Fragen der Re-Kommunalisierung: Die DfK verweist letztlich auf die Krise der Gemeinschaftlichkeit und die damit verbundenen schweren Beschädigungen: Zerstörung sozialer Milieus, Ruin von Nachbarschaften, zunehmende Einsamkeit (und Armut) im Alter. Die DfK wird diese Probleme nicht lösen, aber sie kann Anstöße für eine neue zivilgesellschaftliche Perspektive bieten. Dabei ist zwar die erkennbare Zustimmung der kommunal Verantwortlichen für die DfK positiv zu beurteilen, „aber manchmal denkt man auch: Ein Hauch Piraterie täte gut: Bürger und Bürgerinnen, die ihre Kommunen entern und sie sich wieder aneignen“ (Gronemeyer 2011, Seite 6). Im Hinblick auf Strategien neoliberaler Regierung sei an Foucaults (1992, S. 12) Auffassung von Kritik als „die Kunst, nicht dermaßen regiert zu werden“ erinnert. Konsequenterweise muss also eine kritische Bürgeröffentlichkeit gestärkt werden.
3. Haltungsänderung der Akteure: Gerade der zuletzt genannte Aspekt rührt an ein Problem, vor dem man nicht die Augen verschließen kann. Wenn es um Inklusion geht – recht verstanden – dann sind nicht nur fachliche, politische und rechtliche Kontexte zu beachten. Es geht letztlich um die Änderung der kulturell tief verwurzelten Haltungen der Akteure gegenüber der Demenz. Dabei ist die lokale Netzwerkbildung ein Phänomen, was nicht allein technisch zu bewerkstelligen ist – letztlich ist ein Wandel in der psychodynamischen Aufstellung der Menschen angesagt: Es geht um Kreativität als Voraussetzung sozialer Innovationen (vgl. den Beitrag von Schulz-Nieswandt & Brandenburg 2014).

### **(3) Abschluss**

Ich habe zu Beginn meiner Ausführungen darauf hingewiesen, dass man eine normative Perspektive braucht, sonst wird der Inklusionsbegriff zu einem Modebegriff mit beliebigem Inhalt.

Die AGP in Freiburg hat dazu Thesen vorgestellt, die weiterführend sind. Am interessantesten scheinen mir folgende Thesen:

- Inklusion ist gleichzeitig Vision und Zumutung. Sie kann zu Win-Win-Situationen führen, aber auch scheitern.
- Inklusion braucht Promotoren. Dazu gehören die Selbsthilfe-Organisationen, die Kommunen und die Wohlfahrtsverbände.
- Inklusion ist kein Gegenentwurf zu Schutzräumen. Es geht darum ein Risikoverständnis zu entwickeln, das Menschenrechtsgefährdungen nach zwei Seiten aufdeckt: Fahrlässigkeit gegenüber schutzbedürftigen Menschen, aber auch deren Bevormundung.
- Inklusion ist mit einem grundlegenden Wertewandel verbunden, denn es geht um eine „Kultur der Sorge“ (Caring Community).

Und was bedeutet dies für eine Demenzpolitik?

- Sie muss die medikale Engführung auf die Demenz korrigieren und die gesellschaftliche Verantwortung betonen. Wir brauchen die Medizin, aber sollten nicht den Fehler machen die Medizin als „Leitwissenschaft“ (Wetzstein 2005) für eine gesellschaftliche Herausforderung zuständig zu machen.
- Die Politik kann von internationalen Erfahrungen lernen (siehe auch die Diskussion um die nationalen Demenzstrategien). Dabei ist es jedoch falsch den gleichen Weg wie in England zu beschreiten. Hier wird staatlicherseits ein hoher Grad an Regulierung favorisiert, die mit einer Vermarktlichung und Kommerzialisierung der Demenzproblematik verbunden ist. Diese Gefahr einer Zweckentfremdung der grundlegend positiven Idee der DfK muss beachtet werden.

Es geht im Kern um die Frage, wie wir mit jenen Menschen umgehen wollen, die mit den Leistungsanforderungen einer auf individuellen Erfolg getrimmten Gesellschaft nicht Schritt halten (können). Aber diese Personen halten uns einen Spiegel vor, den wir nicht zerbrechen sollten, bevor wir in unser und ihr Gesicht gesehen haben.

#### Literatur:

- Gesellschaft, Partizipation (AGP) (2012). Scharf gestellt: Inklusion im Fokus. Gespräche im Badhof, Februar 2012. Freiburg. (<http://agp-freiburg.de/downloads/AGP-Inklusion-Thesen.pdf>, letzter Abruf am 19. Mai 2014).
- Alzheimer's Society (2010). My name is not dementia: people with dementia discuss quality of life indicators. ([http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download\\_info.php?fileID=877](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=877), letzter Abruf am 12. Mai 2014).
- Baczkiwicz, C. (2014). Das gesellschaftliche Bild von Menschen mit Demenz im Diskurs über aktuelle Versorgungsformen. Münster: Lit.
- Bond, J. (1992). The Medicalization of Dementia, *Journal of Aging Studies* 6, (4), 397-403.
- Brandenburg, H.; Brünnett, M. (2014). Demenzfreundliche Kommunen in Deutschland und England – ein Blick auf mögliche Perspektiven. *Sozialer Fortschritt* (eingereicht).
- Brandenburg, H.; Güther, H.; Baczkiwicz, C. (2013). Berliner Runde zur Zukunft der Pflege (26.09.2013). Demenzquartiere – zukunftsweisende Modelle oder Ausgrenzung? Eine Stellungnahme. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 15, (11), 632-637.
- Bude, H.; Willisch, A. (2008)(Hrsg.). Exklusion. Die Debatte über die „Überflüssigen“. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dederich, M. (2013). Gibt es Grenzen der Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44, (3), 58-69.
- Demenz Support; Hochschule Esslingen (2009). Evaluation der Demenzkampagne Ostfildern "Wir sind Nachbarn". Projektbericht, Stuttgart und Esslingen.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2006)(Hrsg.). Die UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen v. 13. Dezember 2006 (zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung). ([http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_b\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf), letzter Abruf am 12. Mai 2014).
- Estes, C.L.; Binney, A. (1989). The biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas, *The Gerontologist* 29, (5), 587-596.
- Fornfeld, B. (2010). Ausschluss von Menschen mit Komplexer Behinderung – Inklusion oder einfach nur mehr Gerechtigkeit? *Behindertenpädagogik* 49, (4), 400-416.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1992). *Was ist Kritik?* Berlin.
- Gronemeyer, R. (2011). Leben mit Demenz – Ein Überblick zur Situation in Deutschland oder Warum die Verwirrtheit ein Schlüssel zum Verständnis unserer verstörenden Gegenwart ist, *Transferplus* Nr. 5: 4-8.
- Gronemeyer, R. (2013). *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*. München: Pattloch Verlag.
- Gronemeyer, R. (2014). Contra Demenzdörfer: Ausgrenzende Scheinwirklichkeit (Kommentar). *Dr. med. Mabuse* 209, (5/6), 19.
- Gronemeyer, R.; Wißmann, P. (2009): Was dementiell Erkrankte brauchen – Auf dem Weg zu einer demenzfreundlichen Kommune, in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). *Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik*, Gütersloh, 207-219.
- Gusy, C.; Haupt, H.G. (2004). *Inklusion und Partizipation. Politische Kommunikation im historischen Wandel*. Frankfurt a. Main: Campus
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London.

- Jantzen, W. (2012). Behindertenpädagogik in Zeiten der Heiligen Inklusion. *Behindertenpädagogik* 51, (1), 35-53.
- Lymann, K.A. (1988). Bringing the Social Back. A Critique of the Biomedicalization of Dementia, *The Gerontologist* 29 , (5): 597-605.
- Pawletko, K.W. (2014). Pro Demenzdörfer. Warum eigentlich nicht? (Kommentar). *Dr. med. Mabuse* 209, (5/6), 18.
- Schulz-Nieswandt, F.; Brandenburg, H. (2014). Barrieren und Möglichkeiten der Kommune als vernetzter Sozialraum. Verdichtung einschlägiger Forschungserfahrungen in psychodynamischer Perspektive. *Sozialer Fortschritt* (eingereicht).
- Siebers, T. (2010). Disability Aesthetics. *Ann Arbor*.
- Stein, A.D. (2013). Inklusion ist nicht voraussetzungslos: historische und aktuelle Implikationen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44, (3), 4-15.
- Stichweh, R. (2005). Inklusion/Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft, in: Stichweh, T.: *Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie*. Bielefeld, 45-63.
- Stichweh, R. (2009). Leitgesichtspunkte einer Soziologie der Inklusion und Exklusion, in: Stichweh, R.; Windolf, P. (Hrsg.). *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag f. Sozialwissenschaften, 29-42.
- Theunissen, G. (2012). Inklusion – Entwicklung und Diskussionsstand eines praxisgestaltenden Paradigmas in Europa, in: Schwalb, H.; Theunissen, G. (Hrsg.). *Unbehindert arbeiten, unbehindert leben. Inklusion von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Arbeitsleben*, Stuttgart 2012, 9-23.
- Wansing, G. (2013). Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44, (3), 16-27.
- Wetzstein, V. (2005). *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt a. Main/New York.
- Windolf, P. (2009). Einleitung: Inklusion und soziale Ungleichheit, in: Stichweh, R.; Windolf, P. (Hrsg.). *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag f. Sozialwissenschaften, 11-27.
- Wißmann, P. (2006). *Bürger mit Demenz*, hrsg. v. Werkstatt Demenz e.V., Berlin.
- Wißmann, P.; Gronemeyer, R. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift*. Frankfurt a. Main.



**Autor: Hermann Brandenburg**

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar,  
Lehrstuhl für Gerontologische Pflege an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät;  
[hbrandenburg@pthv.de](mailto:hbrandenburg@pthv.de)

**Forschungsschwerpunkte:** Gerontologische Pflege (Fokus auf Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz), Versorgung (Fokus auf Pflegeoasen und Demenzdörfer).

**Kontaktadresse:** Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pallottistr. 3, 56179 Vallendar; [www.pthv.de](http://www.pthv.de); [hbrandenburg@pthv.de](mailto:hbrandenburg@pthv.de)

**Aktuelle Buchveröffentlichungen:**

- Brandenburg, H.; Bode, I.; Werner, B. (2014). *Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume*. Bern: Huber.
- Brandenburg H., Güther H. (2014). *Gerontologische Pflege. Grundlegung und Perspektiven für die Langzeitpflege*. Bern: Huber.
- Becker, S.; Brandenburg, H. (2014). *Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe. Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Bern: Huber.
- Brandenburg H., Adam-Paffrath R. (2013). *Pflegeoasen in Deutschland*. Hannover: Schlütersche.
- Brandenburg H., Kohlen H. (2012). *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer.