

Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie an der Landakademie Weilrod e. V.

angeschlossen an das

Daniells Institut der Theologischen Hochschule Friedensau Staatlich anerkannte

Hochschule in kirchlicher Trägerschaft

Studiengang Sozialtherapie

Abschlussarbeit

über den Artikel

Soziale Arbeit und Demenz

von Prof. Dr. Manfred Schnabel

veröffentlicht in: SOZIALE ARBEIT. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete
herausgegeben vom Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen
68. Jahrgang 2019, Heft 1; S. 13-19

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Horst Seibert

vorgelegt von: Laura Viviana Teichmann

Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen

Betreuungskraft für Demenzkranke

Künstlerin

vorgelegt am: 23.09.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Hinführung	3
1.1. Einleitung	3
1.2. Einstufung der Sozialen Arbeit	4
2. Manfred Schnabel: Soziale Arbeit und Demenz	4
2.1. Zusammenfassung	4
2.2. Einleitung	5
2.3. Methoden der Sozialen Arbeit im Feld der Demenz	5
2.4 Case Management	5
2.5. Psychosoziale Beratung	6
2.6. Soziale Gruppenarbeit	8
2.7. Sozialraumorientierte Soziale Arbeit	8
2.8. Ansätze und Perspektiven Sozialer Arbeit mi demenzbetroffenen Menschen	9
2.9. Mehr Bedarf, mehr Sozialarbeit? Ein kritisches Fazit	10
3. Vertiefung und Auseinandersetzung mit dem Artikel	11
3.1. Raum für Entwicklung: Die Relevanz der Sozialen Arbeit	11
3.2. Einzelfall im Blick: Case-Management als Fundament	13
3.3. Modell der Zukunft: Empowerment und Ganzheitlichkeit	14
3.4. Bewusstes Ich: Selbstbestimmung im Blick	15
3.5. Aus dem Leben gegriffen: Darstellung praktischer Erfahrungen	18
4. Abschließendes	19
4.1. Reflexion	19
4.2. Zukunftsgedanken	21
4.3. Schlussworte	22
5. Quellenangaben	24

1. Einleitung und Hinführung

1.1. Einleitung

„Da mein Vater nicht mehr über die Brücke in meine Welt gelangen kann, muss ich hinüber zu ihm.“

(1)

Diese Brücke zu beschreiten und das Hinübergehen in die Welt eines Demenzkranken kann mit einem emotionalen Auf- und Ab für Betroffene, Angehörige und Pflege- und Betreuungskräfte verbunden sein. Nicht nur wegen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der damit verbundenen Vielzahl der Symptome, sondern auch, weil uns diese Welt befremdlich erscheinen kann und der Krankheitsverlauf nicht kalkulierbar ist.

Aktuell sind in Deutschland nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft etwa 1,6 Millionen Menschen an Demenz erkrankt, bis zum Jahr 2050 werden es etwa 3 Millionen sein. Schätzungen zufolge kommen in Deutschland jährlich rund 300.000 Neuerkrankungen dazu. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Demenz als Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns, die zu Störungen im Gedächtnis, der Orientierung, der Sprachfähigkeit sowie im Urteilsvermögen führen kann. Zudem können damit auch Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation einhergehen (2).

Demenz hat viele Gesichter - so lässt sich zusammenfassend sagen, dass es nicht den *einen* Verlauf gibt, den man in irgendeiner Form voraussagen kann. Demenz ist - wie schon erwähnt - nicht kalkulierbar und jeder Verlauf so einzigartig wie die Betroffenen selbst. Demzufolge ist die Krankheit in ihrer gesamten Erscheinungsform eine Herausforderung - für Betroffene und gerade auch für Angehörige.

Demente Menschen erleiden die Gefährdungen des Menschlichen in besonderer Weise, den Abbruch eingeübter Beziehungsformen, das Verstummen Lebenswert-erhaltender Beziehungsformeln. Erich Grond bringt es auf den Nenner: „Demente werden durch zunehmende Hilflosigkeit und körperlichen Verfall immer abhängiger, verlieren immer mehr Identität, Intimität, Würde und Beziehung“ (3).

Gerade deshalb nimmt die Soziale Arbeit einen wichtigen Teil im Behandlungskonzept ein. Im nachfolgenden Punkt möchte ich aufzeigen, welche Rolle die Soziale Arbeit im Verlauf der Erkrankung spielen kann.

1.2. Einstufung der Sozialen Arbeit

Man sollte immer auf die Individualität eingehen - die emotionale Kompetenz von älteren Menschen ist bemerkenswert. Natürlich verlieren die Betroffenen in gewisser Hinsicht ihren roten Faden, sie können sich an viele Dinge ihres Lebens nicht mehr erinnern, ihr Verhalten wird weniger vorhersehbar. Im allgemeinen Sprachgebrauch würde man da von einem Verlust der Persönlichkeit sprechen. Die Persönlichkeitsforscherin Jule Specht hält weiter dagegen: Jeder Mensch hat eine ganz individuelle Persönlichkeit. Durch Demenz kann sich die Persönlichkeit verändern, aber man verliert sie nicht, denn jeder Mensch hat eine Persönlichkeit (4).

Die Soziale Arbeit kann hier als entscheidendes Arbeitsgebiet ansetzen und einen wesentlichen Teil dazu beitragen, die Betroffenen in ihrer Individualität wahrzunehmen, diese zu fördern und auf bestmögliche Weise zu erhalten: neben der kontinuierlichen Entwicklung eines stimmigen Beratungs- und Betreuungsangebotes für Betroffene und Angehörige ist nämlich die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit, Menschen mit Demenz unter Beachtung ihrer jeweiligen Individualität ein möglichst selbstbestimmtes Leben auf Augenhöhe und als Teil der Gesellschaft zu ermöglichen. Das Feld der Sozialen Arbeit entwickelt sich mit der Demenzforschung stetig weiter und bietet Raum für veränderbare Sichtweisen, sofern dies unter Beachtung der Vorgaben des Gesundheitssystems möglich gemacht werden kann. Schabel geht in seinem Aufsatz darauf ein, was genau das bedeuten kann und zeigt u.a. mögliche Betreuungsformen für Betroffene und Angehörige auf.

2. Manfred Schnabel: Soziale Arbeit und Demenz

2.1. Zusammenfassung

Manfred Schnabel befasst sich in seinem Aufsatz mit der Wichtigkeit der Ansätze und Handhabungen Sozialer Arbeit für die Beratung, Begleitung und Integration von Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Er versucht darüber hinaus, die Problematik der in diesem Berufsbereich Tätigen zu beleuchten. Der Aufsatz befasst sich dann inhaltlich auch u.a. mit der Methode des Case-Managements und den Hintergründen für die fehlende Wertschätzung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen.

2.2 Einleitung

Das Krankheitsbild Demenz ist und bleibt eine Herausforderung, da die Anforderungen steigen, die u.a. mit der Betreuung verbunden sind. Als biomedizinisches Phänomen und aktuell als nicht heilbar eingestuft, nimmt die mögliche komplexe Versorgungsstruktur einen wesentlichen Platz in der Auseinandersetzung mit dem Thema ein. Welche Entwicklungen hinsichtlich der Behandlung sind derzeit und zukünftig umsetzbar, um auf das Krankheitsbild Demenz umfassend und angemessen zu reagieren?

In dem Aufsatz wird die aktuelle Bedeutung der Sozialen Arbeit im Bereich der Beratung und Unterstützung von Menschen, die von Demenz betroffen sind, erläutert. Darüber hinaus beleuchtet Schnabel Themen wie Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und sozialraumorientierte Soziale Arbeit. In dem Aufsatz werden weiterhin grundlegende Gedanken der Sozialen Arbeit dargelegt. Abschließend wird die leider eher am Rand positionierte Stellung des Sozialarbeiters in der Versorgungsstruktur beschrieben und dementsprechend kritisch hinterfragt.

2.3. Methoden der Sozialen Arbeit im Feld der Demenz

Da eine Demenzerkrankung viele Gesichter hat, bringt sie eine Auseinandersetzung mit den verschiedensten neuen Aufgaben mit sich. Betroffene und Angehörige sehen sich vor eine Herausforderung gestellt, die es zu bewältigen gilt. Dennoch ist eine Demenzerkrankung nicht eins mit dem vollkommenen Verlust der Selbstbestimmung. Der Wunsch an einer ganz "normalen" Beteiligung am Leben steht noch immer im Vordergrund. Der Verlauf einer Erkrankung erfolgt sukzessive und entwickelt sich meist dahingehend, dass es schwierig wird, den Alltag selbstständig zu gestalten oder zu bewältigen und endet somit meist in der Pflegebedürftigkeit. Im Verlauf der Erkrankung, die sich dahingehend entwickelt, dass Partner oder Angehörige nicht mehr erkannt werden können, werden also gemäß dieser Krankheitsentwicklung (u. a. psychotische Phasen oder aggressives Verhalten) unterschiedliche Betreuungsansätze gefordert - nicht nur für Betroffene, sondern z. B. auch für die Angehörigen. Schabel erläutert in den nachfolgenden Punkten des Aufsatzes diese Ansätze näher.

2.4. Case Management

Für Demenzbetroffene und Angehörige ist es manchmal nicht so einfach, die passenden Versorgungs- und Betreuungsangebote ausfindig zu machen; so gibt es doch ein Angebot, das in verschiedene

Richtungen geht. Ein weiterer Grund ist, dass Angehörige oftmals mit der Betreuung so eingespannt sind, dass wenig Zeit bleibt, sich mit den Betreuungsangeboten tiefer gehend auseinanderzusetzen.

Hier kann die Idee des sogenannten Case-Managements förderlich sein. Das Case-Management vernetzt die verschiedenen Leistungserbringer miteinander und wirkt dementsprechend auch unterstützend bei der Suche der passenden Betreuungsangebote. Es unterstützt Menschen, die von Demenz betroffen sind, aber auch Angehörige. Für Betroffene ist es in erster Linie wichtig, z. B. psychosozial unterstützt zu werden und anpassende Betreuungsdienste vermittelt zu werden. Für Angehörige steht im Vordergrund, beispielsweise über den Verlauf der Demenzerkrankung informiert zu werden. Da sich die Demenzerkrankung im Verlauf verändert, sollte die Betreuung und Versorgung dementsprechend angepasst und ganzheitlich betrachtet werden. Versorgungslücken sollten mit den gegebenen Möglichkeiten geschlossen werden. Weiterhin zählt bei entsprechenden Voraussetzungen auch die anwaltschaftliche Vertretung zu den Aufgaben des Case-Managements.

Das Case-Management ist im stationären und ambulanten Bereich zu finden. Grundsätzlich werden Mitarbeiter aus der Sozialen Arbeit eingesetzt, aber auch andere Berufsgruppen werden hier miteinbezogen. In den stationären Bereichen werden z.B. Ärzte oder Pflegekräfte verantwortlich gemacht, in der ambulanten Betreuung wie z. B. bei diversen Beratungsstellen sind es meist Mitarbeiter aus der Sozialen Arbeit. Die Studien hinsichtlich einer Auswertung des Case-Managements im Bereich Demenz gehen auseinander. Das Case-Management ist leider aufgrund der Vielfalt seiner angewandten Formen nicht einheitlich messbar. Grob lässt sich aber sagen, dass das Case-Management im Demenzbereich mit einer Einbeziehung der betroffenen Familien und einer länger anhaltenden Betreuung letztendlich zu einem äußerst positiven Resultat geführt haben soll.

2.5. Psychosoziale Beratung

Das Beratungskonzept bezüglich einer Demenz-Erkrankung hat sich im Laufe der Jahre verändert. So wurde viele Jahre der Fokus auf die Defizite des Betroffenen gelegt, die doch die Erkrankung entstanden sind und dementsprechend stand somit die Handlungsunfähigkeit im Vordergrund – zwischenzeitlich ändert sich dies mehr und mehr und auch Betroffene werden mit Betreuungsangeboten unterstützt. Gerade im Anfangsstadium ist es für den Betroffenen wichtig, über das Krankheitsbild aufgeklärt zu werden und bei dessen Bewältigung gut unterstützt zu werden. Das Beratungsangebot ist vielschichtig und entwickelt sich fortlaufend in verschiedene Richtungen: Es geht nicht nur um die Beratung bezüglich der Angebote, die über die Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, sondern auch um eine Beratung hinsichtlich des Krankheitsbildes im

Einzelfall. Im Zentrum steht die Bewältigung der Krise, das Zurechtfinden im Alltagsgeschehen mit der Erkrankung und so gut wie möglich eine ganzheitliche Betrachtungsweise auf den Menschen: Die Frage, welche biographischen Eckpunkte des Erkrankten eine Rolle für die Betreuung spielen könnten, rückt immer mehr in den Vordergrund. Bei der Erörterung des richtigen Betreuungskonzeptes für den Einzelnen ist weiterhin relevant, welche Erfahrungswerte aus einer erlebten, durch die Krankheit bedingten Krise, vorhanden sind. Was soll verändert werden? Wie kann der Alltag auf einem stabilen Fundament gestützt werden? Wie erwähnt, steht der einzelne Mensch, nicht der einzelne Erkrankte, im Mittelpunkt der Beratung. Der Erhalt der Selbständigkeit soll weitgehendst im Blick behalten und durch Biographie gestützte, ressourcen-orientierte Behandlungskonzepte gefördert werden.

Schnabel weist in seinem Fachartikel nun auch auf die jeweiligen Beziehungen des Erkrankten zu den einzelnen Familienmitgliedern hin. Hier können sich unter Umständen vorhandene Rollenbeziehungen verändern und verschieben (Partnerbeziehung oder Eltern-Kind-Beziehung). Es gilt, den Verlust zu verarbeiten, einen nahestehenden Menschen nun durch eine Krankheit Stück für Stück zu verlieren. Dieses Verlusterlebnis kann sehr schmerzhaft sein. Ebenso ist der Umgang mit herausforderndem Verhalten ein Thema.

Was die Rahmenbedingungen der psychosozialen Beratung und somit der Demenzberatung betrifft, so gibt es beispielsweise Seniorenbüros, Pflegestützpunkte oder Demenzberatungsstellen von Wohlfahrtsverbänden etc.. Beraten werden nicht nur Angehörige, sondern auch Mitarbeiter aus Bereichen, die nicht auf Demenz spezialisiert sind. Es gibt mancherorts auch die Möglichkeit einer mobilen Beratung. Hier sind Teams mit einem Fahrzeug unterwegs, welches an verschiedenen Stationen hält und Beratungen anbietet. Hinsichtlich des Tätigkeitsbereiches ist entscheidend, welcher berufliche Hintergrund vorausgesetzt wird. So kann therapeutisches Personal eingesetzt werden oder aber auch Sozialarbeiter und Betreuungskräfte o.ä..

Das Beratungsangebot im Altenhilfebereich ist nicht einheitlich geregelt. Aus praktischer Sicht und durch Studien belegt, ist, dass psychosoziale Beratung für Angehörige positive Auswirkungen auf diese hat. Weiterhin erwähnt Schnabel, dass es eine aktuelle Studie gibt, die belegt, dass gerade Betroffene in der Frühphase aus dem Beratungsangebot einen großen Nutzen für sich ziehen können. Das Forschungsprojekt DYADEM ist ein Rundum-Angebot mit integrierter Psychotherapie für Betroffene und Angehörige und hat stark positive und somit effektiv untermauerte Auswirkungen.

2.6. Soziale Gruppenarbeit

Am meisten noch profitieren Angehörige von der sozialen Gruppenarbeit. Das Angebot für Betroffene ist noch in Entwicklung. Es gibt Angebote, die meist von Mitarbeitern aus der Sozialen Arbeit begleitet werden und die z. B. auf ähnlichen physischen Einschränkungen der Betroffenen basieren, aber auch Angebote, bei denen auf einzelne oder soziale Begleiterscheinungen der Erkrankung eingegangen wird (diese fallen unter den Begriff der Selbsthilfegruppen, die ebenfalls von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin aus der Sozialen Arbeit begleitet werden).

Gruppenangebote, die es ambulant und stationär gibt, sollen die Gemeinschaft, den Kontakt zu anderen, fördern und Ressourcen durch gezielte Aktivierung unterstreichen. Außerdem steigert sich dadurch nachweislich die Lebensqualität. Das Gruppengefühl, das entsteht, soll einer möglichen Isolierung entgegenwirken. Außerdem ist im Bereich Demenz das Thema Identität sehr wichtig. Durch Gruppenangebote wird ein Identitätsgefühl gestärkt und erhalten, denn der Kontakt zu Bezugspersonen lässt eine Wechselwirkung entstehen, die identitätsstiftend wirkt.

Aus Erfahrungsberichten von Betroffenen sehen sich diese in Selbsthilfegruppen in ihrer Individualität wahrgenommen und respektiert. Studien belegen, dass dies zu einer erhöhten Kenntnis von Identität führt und diese wirksam stabilisiert. Auch wird berichtet, dass das Selbstvertrauen wächst. Studien zu Gruppenangeboten im Speziellen sind hingegen noch nicht ausreichend bekannt.

2.7. Sozialraumorientierte Soziale Arbeit

Sozialraumorientierte Soziale Arbeit stellt das soziale Umfeld Betroffener in den Fokus. Die Aufgabe der sozialraumorientierten Arbeit ist es, für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen u.a. Betreuungsangebote im Gemeinwesen zu schaffen und zu sichern, die weitgehend ein selbstständiges Leben ermöglichen.

Innerhalb der Gesellschaft ist bezüglich der Aufklärung zum Thema Demenz viel in Bewegung. Durch verschiedene Projekte sollen Bürgerinnen und Bürger über Demenz aufgeklärt werden, der Einzelne soll dahin gehend informiert werden, eine Demenzerkrankung im Umfeld zu erkennen und dementsprechend zu handeln – auch gerade im beruflichen Kontext (Kontakt Behördenangestellte zu möglichen Betroffenen etc.). Wesentliche Grundgedanken sind die selbstverständliche Übernahme von Verantwortung für Menschen mit Demenz und die Integration von Betroffenen in das gesellschaftliche System.

Es ist wissenschaftlich belegt, dass Quartiersarbeit eine positive Wirkung auf ältere Menschen hat. Auch sozialraumorientierte Ansätze bzw. Konzepte haben einen durchaus positiven Effekt. Durch Studien wurde eindeutig belegt, dass körperliche und seelische Erkrankungen vermieden oder verzögert werden können. Daraus resultiert eine viel bessere, ganzheitliche Betreuung von Betroffenen und eine qualitativ gute Wechselbeziehung unter den verschiedenen Versorgungsanbietern.

2.8. Ansätze und Perspektiven Sozialer Arbeit mit demenzbetroffenen Menschen

Schnabel greift in seinem Fachartikel die Unterschiede zwischen dem medizinischen Behandlungsansatz und dem sozialen Ansatz bei der Behandlung einer Demenzerkrankung auf. Bei der Sozialen Arbeit stehen die Förderung und Erhaltung von Kompetenzen im Vordergrund, bei der medizinischen Behandlung stehen dagegen eher die Defizite im Fokus. Wenn innerhalb der sozialen Arbeit Kompetenzen gefördert und erhalten werden, nennt man diese Form der Herangehensweise "Empowerment". Hier steht der Mensch bzw. der von Demenz betroffene Mensch mit seinen individuellen Fähigkeiten im Vordergrund. Selbständigkeit soll unterstützt und gefördert werden. Der Einzelne soll dazu ermutigt werden, sich selbst eine Stimme zu geben und bei Versorgungskonzepten mitzuwirken. Im Grunde weiß man als Betroffener nach eigenem Empfinden erst wirklich ganz genau, was gut und förderlich ist.

Betroffene ziehen sich nicht nur (meist schon zu Beginn der Erkrankung) wegen der körperlichen und seelischen Symptome zurück, sondern vor allen Dingen auch wegen der Angst davor, nicht mehr selbst bestimmen zu können. Soziale Arbeit kann diesem durch bestimmte, gezielte Vorgehensweisen entgegenwirken. Es können gemeinsam Pläne, ein Konzept, entwickelt werden, wie der Einzelne mit seinen Bedürfnissen und dieser Erkrankung sich weiterhin – so gut es möglich ist – selbst bestimmen kann.

Bei dem Betreuungskonzept für Demenz-Erkrankte sollten Angehörige auf jeden Fall Beachtung finden und miteinbezogen werden. Sie leiden oftmals mehr als die Betroffenen selbst. Hier gilt es, eine Betreuung angemessen in die Wege zu leiten und diese dementsprechend auszugestalten, da Angehörige oftmals erst spät Hilfe suchen.

In der letzten Zeit hat sich das "Case Work" und die Soziale Arbeit immer mehr etabliert. Der Einzelfall steht im Vordergrund und damit Betreuungsangebote, die den Einzelnen mit seinen individuellen

Bedürfnissen im Fokus sehen. Das Betreuungsangebot soll ineinandergreifen und den Menschen so weit wie möglich ganzheitlich erfassen.

Die Zahl der zu betreuenden Menschen wächst – damit stellt sich immer mehr die Frage, wie diese Menschen nicht nur optimal zu versorgen sind, sondern wie man diese auch bestmöglich in das gesellschaftliche System miteinbeziehen kann. Die Soziale Arbeit bekommt durch diese Fragestellung immer mehr Bedeutung. Sie soll unter anderem mehr und mehr Raum schaffen für die Integration von zu betreuenden Menschen, die Betreuungsangebote miteinander zu verbinden und eine Begegnung auf Augenhöhe zu ermöglichen.

2.9. Mehr Bedarf, mehr Sozialarbeit? Ein kritisches Fazit

In seinem Fazit weist Schnabel abschließend darauf hin, dass Soziale Arbeit innerhalb der Betreuungsangebote einen sehr wichtigen Stellenwert hat. In der kommunalen Seniorenarbeit und in Pflegestützpunkten ist die Soziale Arbeit im Grunde recht gut vertreten, doch ist sie beispielsweise in gesundheitlichen und pflegerischen Einrichtungen nicht ausreichend vorhanden. In Krankenhäusern ist das Vorhandensein von Sozialer Arbeit minimal, in Pflegeheimen z.B. ist ein kleiner Anstieg zu verzeichnen. In dem Bereich Gerontopsychiatrie baut sich der Bereich Soziale Arbeit hingegen immer mehr ab.

Die Gründe hierfür sind folgende: die Sozialarbeit ist in der Kranken- und Pflegeversicherung leider nicht rechtlich verankert, es gibt keine einheitlichen, beruflichen Voraussetzungen für das Berufsfeld des sozialen Beraters. So entsteht möglicherweise eine fehlende Wertschätzung gegenüber dem Berufsbereich der Sozialen Arbeit.

Weiterhin steht unter anderem immer noch die pflegerische und medizinische Versorgung im Vordergrund - Betreuungsangebote, also die soziale Betreuung, werden leider immer noch nachrangig beachtet und gelten als verzichtbar. Hier wird daher leider für Einsparungen angesetzt.

Die Soziale Arbeit muss sich daher leider - trotz der wichtigen Position innerhalb der Demenz-Versorgung und der damit verbundenen nachweisbaren Erfolge - den Platz im Gesundheitssystem immer noch erkämpfen.

3. Vertiefung und Auseinandersetzung mit dem Artikel

3.1. Raum für Entwicklung: Die Relevanz der Sozialen Arbeit

Wie Schnabel in seinem Artikel geschrieben hat, wächst die Zahl der zu betreuenden Menschen - damit stellt sich - wie erwähnt - immer mehr die Frage, wie diese Menschen nicht nur bestmöglich betreut werden können, sondern wie man sie auch bestmöglich in das gesellschaftliche System miteinbeziehen kann. Die Soziale Arbeit hat hier ihren Anknüpfungspunkt. Sie schafft Raum für die Integration von den zu betreuenden Menschen, verbindet die passenden Betreuungsangebote miteinander und ermöglicht eine Begegnung auf Augenhöhe. Welchen Stellenwert hat die Soziale Arbeit und welche Entwicklungsmöglichkeiten gibt es? In Bezug auf den Artikel von Schnabel möchte ich hier nochmals und weiter darauf eingehen:

Soziale Arbeit für und mit Menschen mit Demenz wird professionell von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Fall- oder Case-Managern geleistet, beteiligt sind weitere Berufsgruppen, aber auch Ehrenamtliche. Im Vordergrund steht der fachliche und gesetzliche Auftrag zur Teilhabe und zur Inklusion. Ihre Beiträge im Versorgungssystem werden u. a. durch folgende Fragestellungen deutlich:

- *Welche Unterstützung braucht ein Mensch mit Demenz, damit er seine Rechte und Pflichten wahrnehmen kann? Wie gelingt rechtlichen Betreuern der Spagat zwischen dem Erhalt der persönlichen Selbstbestimmung und der Kompensation und Verantwortbarkeit der Risiken?*
- *Wie wird der Mensch mit Demenz im Dschungel der Hilfesysteme begleitet?*
- *Wie gelingt es in Beratungsstellen, Servicezentren, Leitstellen, im Krankenhaussozialdienst, im Fallmanagement der Pflegeberatung und in Hilfeplankonferenzen so zu beraten, dass die Person und ihre pflegenden Angehörigen die richtige Entscheidung treffen können? Wie finden Sie das passende und geeignete Angebot, damit die Erfolge des Krankenhauses oder der Rehabilitation weitergeführt werden?*
- *Wie müssen Angehörige, Familien und Nachbarn beraten und begleitet werden, damit sie den Menschen mit Demenz pflegen können, aber auch erkennen, wann Grenzen erreicht sind und sie die notwendige Hilfe annehmen?*
- *Wie kann bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt gefördert und unterstützt werden, damit unsere Gesellschaft Verantwortung übernimmt und Menschen mit Demenz in Würde alt werden können?*
- *Wie müssen Hilfesysteme entwickelt und koordiniert werden? Wie gelingt es, dass aus „Schnittstellen“ Netzwerke mit „Nahtstellen für sanfte Übergänge“ und Versorgungskontinuität werden?*

- *Welche Impulse brauchen Sozialräume, Gemeinwesen oder „Quartiere“, damit sie Allianzen für Menschen mit Demenz bilden, Toleranz, Akzeptanz und Freiräume schaffen und sich an dem Ideal einer demenzfreundlichen Kommune orientieren?*
- *Wie werden Menschen mit Demenz im Heim, in der Kurzzeit- oder Tagespflege integriert? Welche Erfahrungen gibt es dabei in der Leitung, in der Alltagsbegleitung, in Betreuungsgruppen, in sozialer Betreuung nach §87b und den vielfältigen kreativen Angeboten?*
- *Wie können neue Wohn- und Versorgungsformen wie selbst organisierte ambulante betreute Wohngemeinschaften unter Beteiligung von An- und Zugehörigen initiiert, begleitet und unterstützt werden?*
- *Wie gelingt es, all diese Blickwinkel zu berücksichtigen? Wie bleibt die an Demenz erkrankte Personals Individuum selbstbestimmter Teil unserer Gesellschaft, in ihrem Dilemma zwischen Autonomie und Abhängigkeit, mit ihren verbliebenen Fähigkeiten und ihren Kompensationsstrategien, in ihrer Lebenswelt und ihren sozialen und familiären Kontexten, in einem Netzwerk aus Leistungsträgern und Institutionen?*

Alltagssprachlich wird eine Rolle des Sozialarbeiters „Kümmerer“ genannt: Je stärker die Demenz, umso wertvoller ist es, wenn es Menschen gibt, die sich um alles kümmern, was die Person mit ihrer Demenz nicht mehr kann – immer unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“, denn mehr ist Diebstahl an der verbliebenen Kompetenz (5).

Aus dem Aufsatz von Schnabel geht weiter hervor, dass sich die Soziale Arbeit ihren Platz erkämpfen muss. Wie sieht es aber perspektivisch aus? Wie kann denn die Soziale Arbeit einen angemessenen Stellenwert erreichen? Die schon beschriebenen Entwicklungen hinsichtlich des Krankheitsbildes Demenz werden es unumgänglich machen, dass früher oder später ein Umdenken stattfinden muss. Wie ich später noch näher darauf eingehen werde, wird sich im Optimalfall die Gesellschaft hinsichtlich gesundheitspolitischer Fragen neu ordnen müssen und so wird letztendlich auch der Umgang mit Älteren und mit dem Krankheitsbild Demenz dabei eine Rolle spielen.

Das Bundesforschungsministerium fördert Projekte mit vielfältigen Forschungszielen: Beispielsweise die molekularen Details der Krankheitsursachen zu entschlüsseln, neue Diagnoseverfahren zu entwickeln oder nach Wegen zu suchen, die die Entwicklung einer Demenz aufhalten. Auch die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern und die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Betroffenen bis hin zum letzten Lebensabschnitt zu erhalten sind wichtige Forschungsziele (6).

3.2. Einzelfall im Blick: Case-Management als Fundament

Wie Schnabel in seinem Artikel geschrieben hat und wie ich unter 2.4 zusammengefasst habe, ist es für Demenzbetroffene und Angehörige manchmal nicht so einfach, die passenden Versorgungs- und Betreuungsangebote ausfindig zu machen; so gibt es doch ein Angebot, das in verschiedene Richtungen geht. Ein weiterer Grund ist, dass Angehörige oftmals mit der Betreuung so eingespannt sind, dass wenig Zeit bleibt, sich mit den Betreuungsangeboten tiefergehend auseinanderzusetzen.

Wie ich weiter zusammengefasst habe, vernetzt das Case-Management die verschiedenen Leistungserbringer miteinander und wirkt dementsprechend auch unterstützend bei der Suche der passenden Betreuungsangebote. An dieser Stelle möchte ich noch näher darauf eingehen:

Das Fallmanagement arbeitet mit einem Ablaufschema, um den Versorgungsbedarf eines Patienten in einem bestimmten Zeitraum quer zu unterschiedlichen Zuständigkeiten von Einrichtungen, Ämtern und Dienstleistungen zu planen, koordinieren, implementieren, überwachen und evaluieren. Dabei verfolgt Case Management als eine Technik des Managed Care das Ziel, die Qualität der Versorgung so zu sichern, dass auch langfristig entstehende Kosten gesenkt werden.

Diese Form der Fallführung geschieht durch sogenannte Case Manager, die für die fortlaufende Fallbeobachtung, die Organisation eines optimalen Behandlungsprozesses und die Betreuung des Patienten zuständig sind - nicht zuletzt, um dessen Compliance beziehungsweise Adherence zu stärken. Case Management wird auch häufig gezielt zur Fallführung bei chronischen Erkrankungen im Rahmen von Disease Management-Programmen eingesetzt.

Case Management im Sinne eines aktiven Versorgungs-Managements wird von vielen Krankenkassen in Verträgen der Integrierten Versorgung beziehungsweise in Disease-Management-Programmen umgesetzt (7).

Durch Case Management werden die Effektivität und die Effizienz der Unterstützungsleistung erhöht. Dies kann sich in verschiedener Weise ausdrücken, so zum Beispiel durch die Reduzierung der Kosten pro Leistung bei zumindest gleichen Effekten oder bei gleichen Kosten pro Leistung mit entsprechend höheren Effekten. Mit der gesteigerten Nachhaltigkeit können Anschlussleistungen und stationäre Aufenthalte entfallen, reduziert oder verkürzt werden (8).

Alles in allem ist das Case-Management eine gute Methode um den Einzelfall im Blick zu behalten und die Individualität auch hier in den Vordergrund treten zu lassen. Sicher ergibt der Einsatz eines Case-Managers Sinn, da dieser sich intensiv mit der zu betreuenden Person und dessen Krankheitsverlauf

auseinandersetzt. Durch die bessere Versorgung wird das Wohlbefinden der zu betreuenden Menschen erhöht, was letztendlich das wichtigste Kriterium ist und im Mittelpunkt der gesamten Betreuung stehen sollte.

3.3. Modell der Zukunft: Empowerment und Ganzheitlichkeit

Schnabel beschreibt in seinem Artikel den Ansatz des "Empowerments", den ich unter 2.8. zusammengefasst habe: Hier steht der Mensch bzw. der von Demenz betroffene Mensch mit seinen individuellen Fähigkeiten im Vordergrund. Selbständigkeit soll unterstützt und gefördert werden. Der Einzelne soll dazu ermutigt werden, sich selbst eine Stimme zu geben und bei Versorgungskonzepten mitzuwirken. Im Grunde weiß man als Betroffener nach eigenem Empfinden erst wirklich ganz genau, was gut und förderlich ist.

Der Ansatz des "Empowerments" ist ein Modell der Zukunft im Umgang mit demenzkranken Menschen. Die Meinung, dass von Demenz betroffene Menschen nicht selbstbestimmt leben können und nur hilfsbedürftig sind, rückt in den Hintergrund. Menschen mit Demenz können ihr Leben daher aktiv leben mitgestalten und darauf Einfluss nehmen.

Die Konzepte hierzu sind in Entwicklung und bieten eine breite Fläche an Möglichkeiten. In erster Linie möchten diese Konzepte die Selbstständigkeit von Demenzkranken in bester Weise erhalten. Natürlich hängt es von verschiedenen Gesichtspunkten ab, inwieweit der von Demenz Betroffene einen aktiveren Part übernehmen kann (z. B. Grad der Erkrankung). Dadurch dass der von Demenz betroffene Mensch eine aktive Rolle einnimmt, verändert sich automatisch auch die Rolle der gesamten Leistungserbringer. Es entsteht so ein Umdenken, dass derzeit in Entwicklung ist.

Den Menschen in seiner Einzigartigkeit, in der Gesamtheit seiner kranken wie gesunden Anteile wahrzunehmen, ist das wesentliche Fundament für eine ganzheitliche Betrachtungsweise.

Die Sichtweise der Pflegenden ist tatsächlich oft zu problemorientiert. Die Menschen kommen in die Pflegeeinrichtung oder benötigen ambulante Hilfen, weil sie ein Problem haben. Nach Krohwinkel muss die Blickrichtung umgekehrt werden: Was können die pflegebedürftigen Menschen, welche Erfahrungen bringen sie mit usw.? Die Pflegenden orientieren sich nicht an Defiziten, sondern an Ressourcen. Das heißt: Diese Methoden verbinden nicht nur die allgemein-ganzheitliche Sicht des Menschen mit dessen Individualität - weshalb z.B. die Biographiearbeit zu jedem Methodenansatz gehören sollte. Sie verknüpfen auch die grundsätzlichen Komponenten der Alten- und Krankenpflege mit bestimmten Werthaltungen (9).

An dieser Stelle möchte ich noch das ganzheitliche Betreuungskonzept "Silviahemmet" anführen:

Silviahemmet (übersetzt Silvias Heim) ist eine schwedische Stiftung, die im Jahre 1996 durch die Königin von Schweden Silvia von Schweden ins Leben gerufen wurde. Zur Arbeit von Silviahemmet gehört die Unterstützung der Familien, die Ausbildung von Pflegepersonal sowie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Demenz und Versorgung. Bei Silviahemmet geht es um eine Versorgung, welche sich an den Symptomen des Einzelnen orientiert. Die Würde des Erkrankten steht im Mittelpunkt. Gegenüber traditionellen Pflege- und Betreuungskonzepten lehrt bei Silviahemmet der Demenzkranke die Nichterkrankten, das Krankheitsbild zu verstehen. Die Versorgungsleistung richtet sich nach den Bedürfnissen des Einzelnen, nicht nach allgemeinen Vorstellungen des Krankheitsbilds Demenz. Ziel ist es, dass das gesamte Umfeld von Menschen mit Demenz geschult werden muss. Dazu gehören neben den bekannten Heilberufen Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, aber auch Außenstehende wie Taxifahrer oder Verkäuferinnen. Es sollen Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit Demenzkranken abgebaut und eine gesellschaftliche Enttabuisierung des Themas Demenz erreicht werden. Das Versorgungskonzept nach Silviahemmet lässt sich als Leitbild für die Versorgung von Menschen mit Demenz auf deutsche teilstationäre und stationäre Einrichtungen übertragen. Dafür werden die Leitlinien der Philosophie mit den geltenden Richtlinien und Rahmenvereinbarungen der gesetzlichen Pflegeversorgungen abgestimmt. Bei Silviahemmet geht es um pflegerische und medizinische Behandlungsstrategien. Es steht eine nichtmedikamentöse Strategie im Vordergrund, beispielsweise Aktivitätsangebote, Milieuthérapie oder Musiktherapie. Ein Schwerpunkt ist die inklusive Angehörigenarbeit, die über die Biographiearbeit in Teamarbeit hinaus, den ganzheitlichen Ansatz verfolgt. Regelmäßige Schulungen und Workshops für die Angehörigen sollen deren Einbindung in den Betreuungsalltag fördern, um die Fortschreitung der Symptome zu verzögern (10).

3.4. Bewusstes Ich: Selbstbestimmung im Blick

Unter 2.8. habe ich zusammengefasst, dass sich Betroffene nicht nur (meist schon zu Beginn der Erkrankung) wegen der körperlichen und seelischen Symptome zurückziehen, sondern vor allen Dingen auch wegen der Angst davor, nicht mehr selbst bestimmen zu können. Schnabel zeigt auf, dass Soziale Arbeit diesem durch bestimmte, gezielte Vorgehensweisen entgegenwirken kann. Es können gemeinsam Pläne, ein Konzept, entwickelt werden, wie der Einzelne mit seinen Bedürfnissen und dieser Erkrankung sich weiterhin – so gut es möglich ist – selbst bestimmen kann.

Selbstbestimmung ist ein wichtiger, zu beachtender Aspekt in dem Prozess der Erkrankung, denn letztendlich sind Menschen von der Krankheit betroffen, die zuvor über lange Zeit ein eigenständiges

Leben geführt haben, Schwierigkeiten wie Kriegserlebnisse o. ä. gemeistert haben und sich nun mit dem Verlust der möglichen Eigenständigkeit auseinandersetzen müssen.

Forschung in Medizin und Pflege sowie die zugehörige Praxis sind bestrebt, Früherkennung und Symptomlinderung zu bewirken. Durchgreifende Abhilfe auf diesem Weg und ein tatsächliches Aufhalten der Krankheit sind trotz intensiver Bemühungen bisher nicht erreicht worden. Nur begrenzte Verzögerungen des Verlaufs der Krankheit haben sich ermöglichen lassen. Die Betroffenen und die sie versorgenden Menschen müssen sich derzeit damit abfinden, die Demenz hinzunehmen. Umso wichtiger ist es, Möglichkeiten zur Wahrnehmung, Achtung und Förderung der Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz zu entdecken, die größere Aufmerksamkeit verdienen. Dies erfordert eine Haltung der Achtsamkeit. Sie zieht eine gleichermaßen praktische wie methodische Konsequenz aus der ursprünglichen Verbundenheit der Menschen. Sie führt zu einem an den konkreten Bedürfnissen des anderen orientierten Umgang, beinhaltet eine Wahrnehmung individueller Eigenheiten sowie ein sorgendes Mitdenken und helfendes Handeln auch dann, wenn die Gegenseitigkeit im Sprechen und Denken nicht mehr gegeben ist.

In diesem Zusammenhang wird auch von „assistierter Selbstbestimmung“ gesprochen, in der auf der Basis personenzentrierter Hinwendung die Art der Assistenz danach abgestimmt und bemessen wird, inwieweit die noch vorhandenen Selbstständigkeits- und Selbstbestimmungsanteile aktiviert werden können (11). Sofern der Betroffene sich nicht mehr selbst erklären kann, stellt dies höhere Anforderungen an die Wahrnehmung. Achtsamkeit ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine Biographie-orientierte individuelle Begleitung und Sorge. Sie ermöglicht es, die Selbstbestimmung der Demenzbetroffenen für einen längeren Zeitraum zu erhalten (12).

Das eigene Leben zu leben, ist elementarer Ausdruck der menschlichen Freiheit. Diese Freiheit wird in den alltäglichen Entscheidungen unter Beweis gestellt und trägt die grundsätzlichen Dispositionen für oder gegen eine bestimmte Form des eigenen Lebens. In der Freiheit hält der Mensch seine Zukunft offen und in ihr wahrt er seine Würde. Freiheit und Würde kommen dem Menschen, wie es heißt, „von Natur aus“ zu. Damit ist gesagt, dass er sie nicht erfunden hat, dass sie seinem Dasein und allen seinen Leistungen zugrunde liegen und als „unveräußerlich“ zu gelten haben. Sie können ihm durch nichts genommen werden, auch nicht durch eine Krankheit, die ihn seiner geistigen und körperlichen Kräfte beraubt. Diese unveräußerliche Würde zu achten und jeden anderen in Freiheit entscheiden und handeln zu lassen, ist die oberste Maxime des Menschen im Verhältnis zu seinesgleichen. Sie gilt auch für den Umgang mit den Demenzbetroffenen und für die Gestaltung ihres Lebens (13). Wo der Demenzerkrankte seine Fähigkeit zur eigenen Disposition über sein Leben verliert, verpflichtet die Maxime dazu, dem Betroffenen so lange wie möglich die Chance zur Mitgestaltung seines Daseins

einzuräumen. Wenn das am Ende vielleicht auch lediglich bedeuten kann, ihm bei der Realisierung seiner Wünsche zu helfen, dann fällt auch das unter das Gebot, dem Kranken die größtmögliche Freiheit zu gewähren und seine Würde zu respektieren. Dass hierbei die Angemessenheit der Zwecke und die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu beachten sind, sollte sich von selbst verstehen. Dazu gehört, dass es gute Gründe dafür geben kann, der eigenen Opferbereitschaft Grenzen zu setzen. Der Verzicht auf die eigene Freiheit kann und darf von niemandem erwartet werden. Die Wahrung der Selbstbestimmung im Fall einer Demenz ist umso eher zu realisieren, je weniger Veränderungen dem Kranken von außen zugemutet werden. Deshalb ist ihm zu wünschen, dass er so lange wie möglich in seiner gewohnten Umgebung bleiben und weiterhin mit den vertrauten Personen umgehen kann. In der Regel kann alles, was dem Betroffenen erlaubt, in Kontinuität mit seinen Lebensgewohnheiten zu bleiben, Leiden mindern und Pflege erleichtern. Besonders wichtig ist, dass die Pflegenden auch mit der Herkunft und den Vorlieben einer Person mit Demenz vertraut sind (14).

Ich selbst bin mit den undifferenzierten Aktivierungsprogrammen in Großgruppen überhaupt nicht einverstanden. Den Heimbewohnern wird oftmals die Entscheidung nicht einmal selbst überlassen, ob sie daran teilnehmen wollen. Natürlich bedarf es einem feinen Gespür, denn manchmal fällt es den von Demenz betroffenen Menschen schwer, sich mitzuteilen.

Meine langjährigen Beobachtungen und Erfahrungen mit einmal wöchentlich stattfindenden Malgruppen im Rahmen von - mehr oder weniger umfassenden - Aktivierungsprogrammen in unterschiedlichen Altenhilfeeinrichtungen, die oft von "Zeittotschlagen" oder von mehr oder weniger starken pädagogischen Bestrebungen geprägt sind und zudem von außen gesteuert werden und welche die inneren Bedürfnisse und Anliegen der hochbetagten Menschen in sträflicher Form unberücksichtigt lassen, haben mich an meinem Tun in diesem Umfeld zweifeln lassen. Denn dieses schien stärker von der Außenwirkung meines Titels für die Altenhilfeeinrichtungen, als von meiner inhaltlichen Arbeit mit den hochbetagten Menschen geprägt zu sein. Auch die künstlerische Arbeit mit den Menschen hatte in diesem strukturellen Rahmen oft eher den Charakter einer illustren Beschäftigungsrunde. Weder war es in diesen strukturellen Gegebenheiten möglich, therapeutisch zu arbeiten, noch gab es den Raum, um eine freikünstlerische Auseinandersetzung anzuregen (15).

Michael Ganß entwickelte mit dieser Erkenntnis die Idee des "Offenen Ateliers", das mittlerweile schon an einigen Orten umgesetzt wird:

Die offene Form des Ateliers bringt einige spezifische Besonderheiten mit sich. Das offene Atelier ist zu bestimmten Zeiten im Verlauf des Tages geöffnet. Innerhalb dieser Öffnungszeiten gibt es für die einzelnen Teilnehmenden weder feste Zeiten, an denen sie dort arbeiten können, noch eine

vorgegebene Zeitspanne. Jedem Teilnehmenden obliegt selbst die Entscheidung, wann und wie lange er dort arbeiten möchte. Ebenso gibt es keine Vorgaben zu dem, wie und was in der Zeit geschehen kann. Das Atelier stellt einen künstlerischen Entfaltungsraum dar. Es ist ein Möglichkeitsraum, in dem in prozesshafter Weise in möglichst uneingeschränkter Form nach dem eigenen individuellen Ausdruck gesucht werden kann. Alle erdenklichen Materialien, die einen künstlerischen Ausdruck ermöglichen, liegen offen sichtbar im Atelier und können von den Teilnehmenden ihren Anliegen und Bedürfnissen entsprechend genutzt werden. Zugleich ist das offene Atelier auch der Raum, in dem die Menschen einfach nur sein dürfen, ohne in irgendeine sichtbare Handlung gehen zu müssen, weder auf künstlerischer noch auf interaktionistischer Ebene. Es darf alles und auch nichts geschehen (16).

3.5. Aus dem Leben gegriffen: Darstellung praktischer Erfahrungen

In meiner mehrjährigen Tätigkeit in Heimen konnte ich verschiedene Betreuungskonzepte kennenlernen. Für die Betreuung von Demenzkranken werden in Heimen oftmals speziell ausgebildete Betreuungskräfte eingesetzt. Diese leiten beispielsweise Gruppen wie Gedächtnistraining oder Gymnastikgruppen. Die Gruppengröße ist oftmals nicht überschaubar, so habe ich mich dafür eingesetzt, kleine Gruppen zu initiieren. Auch habe ich die Erfahrung gemacht, dass Kunst und Literatur im Heimkonzept nur selten Platz finden. Ich konnte aber in mehreren Heimen die Erfahrung machen, dass es dort durchaus kunst- und literaturbegeisterte Menschen gibt. Menschen sind unterschiedlich - dementsprechend sollten meiner Meinung nach auch die Gruppenangebote sein. Ich weiß aber auch, dass dies eine Frage der Finanzierung ist und sich nicht alles umsetzen lässt und somit an seine Grenzen stößt.

In der Kunstgruppe habe ich gemeinschaftliche Projekte initiiert. So habe ich in einem Heim u. a. eine Mosaikwand mit Menschen gestaltet, die an Demenz erkrankt waren. Jeder Betroffene hat ganz frei und ohne Vorgabe ein Täfelchen bemalt. Ausdruck seiner Selbst. Diese Täfelchen wurden letztendlich zu einem großen Wandbild zusammengefügt. Das Gesamtkunstwerk wurde im Foyer des Heimes platziert. Die Bewohner blieben immer wieder dort stehen und es kam nicht selten vor, dass Betroffenen vor dem großen Bild standen und das eigens gestalten Täfelchen erkannten. Im Gedächtnis geblieben ist mir eine schwer demenzkranke Bewohnerin, die eigentlich gar nicht mehr sprach und ganz stolz auf das selbst bemalte Täfelchen zeigte und sagte: "Da ist von mir!". Kunst baut eben Brücken.

Weiter habe ich in den Literaturgruppen, die ich in Heimen initiierte, die Erfahrung gemacht, dass Literatur ein schöner Weg ist, um Kommunikation entstehen zu lassen. Menschen mit Demenz, die

sonst in den Wohnbereichen wortlos an den Tischen saßen, kamen miteinander über Literatur ins Gespräch. Die Literaturreisen habe ich so gestaltet, dass ich mehrere Gedichte vorlas und über diese tauschten wir uns dann gemeinsam aus. Zum Teil konnten Bewohner auch Gedichte mitsprechen - in früheren Generationen wurden zum Teil Gedichte noch auswendig gelernt. Ich empfand diesen Austausch - wie auch der Austausch in den Kunstgruppen - grundlegend als Begegnung auf Augenhöhe, basierend auf Respekt und Wertschätzung. Jeder hatte eine Stimme, konnte sich äußern, die Bewohner kommunizierten auch untereinander.

Ähnliche Erfahrungen machte ich in einem Heim, bei dessen Heimkonzept die Umsetzung des Ansatzes der Validation nach Naomi Feil im Vordergrund stand. Validation ist eine wertschätzende Haltung für den Umgang von Menschen mit Demenz. Äußerungen eines Betroffenen werden bei diesem Ansatz nicht kritisiert oder bewertet, sondern aufgegriffen und für gültig erklärt, "validiert". In dem erwähnten Heim konnte ich an einer "Validationsgruppe" teilnehmen. Die Bewohner sprachen hier in einer vertrauensvollen Umgebung unter der Anleitung einer zertifizierten Validationstrainerin über ihre Gefühle und öffneten sich dementsprechend. Ich hatte so ein Gruppenangebot zuvor noch nie erlebt. Es entstand untereinander ein sehr wertschätzender Austausch. Die Trainerin lenkte dies behutsam durch validierende Äußerungen. Meiner Meinung nach ist es durchaus sinnvoll, Gruppenangebote mit einem solchen Ansatz grundsätzlich in das Konzept „Heim“ zu integrieren - es ist eine wirkliche Bereicherung. Für die Betroffenen sowie für die Betreuungskräfte.

4. Abschließendes

4.1. Reflexion

Aus dem Aufsatz von Schnabel und in meiner Auseinandersetzung mit dem Artikel und dem Resümee eigener Erfahrungen geht hervor, dass Soziale Arbeit einen sehr wichtigen Teil in der Betreuung von Demenzkranken Menschen und deren Angehörigen einnimmt. Die verschiedenen Behandlungs- und Beratungsansätze ergeben in ihrer Gesamtheit ein ganzheitliches Betreuungskonzept, das sich im Idealfall stetig entwickeln und anpassen sollte - so ist es nicht nur der medizinische Aspekt, der im Vordergrund stehen sollte - um einen Menschen ganz und in seinen Bedürfnissen umfangreich zu erfassen, ist es wichtig, dass sich viele Richtungen, viele Behandlungsansätze, aufeinander zu bewegen und ineinander greifen. Wie aus dem Aufsatz von Schnabel hervorgeht, sind zusammen genommen beispielsweise das Case-Management, Empowerment und die Sozialraumorientierte Soziale Arbeit in ihrer jeweiligen Wirkung bedeutsam. Es schließt sich der Kreis, wenn jeder Mensch und somit seine

Individualität Beachtung findet. Das Schicksal kann jeden treffen - wie möchten wir behandelt werden, wenn es uns trifft?

Die Aufklärung entdeckt, den Humanismus der Renaissance fortführend, den Menschen als Vernunftswesen, der nicht nur mit seiner Rolle identifiziert werden darf, sondern Innerlichkeit besitzt. Er ist eine Person. Wenn das so ist, kann er nicht bloß ein Objekt des absoluten Herrschers sein, sondern er ist ein Subjekt, eine Person mit Wert und Würde (17).

Von dieser Haltung ausgehend, hat aber das Gesundheitssystem seine Grenzen - wie Schnabel in seinem Aufsatz erläutert hat, wird gerade oftmals im Bereich der Sozialen Arbeit eingespart. Wie können wir das Thema Menschlichkeit und ein selbstverständliches Bild vom Altern im Auge behalten - in dem Spannungsfeld eines begrenzten Gesundheitssystems? Im Grunde können wir "nur" unser Bewusstsein schärfen um weiterhin einen Idealismus zu stärken, der uns trägt und uns in eine Richtung lenkt, in der Veränderungen - auch im Gesundheitssystem - hoffentlich möglich sind und uns an einen möglichen Idealzustand so gut wie möglich annähern.

Das ethische Wohlbefinden. Es beinhaltet, dass die Pflegeperson als ein wertvolles, werttragendes Subjekt betrachtet und behandelt wird, und nicht als Sache, als Objekt. Die zu pflegende Person besitzt Wert und Würde, unveräußerliche Menschenwürde. Als solche hat sie einen freien Willen, ein nicht gelenktes, freies Handeln. Dies ist der zentrale Wert nicht nur der Pflege, sondern überhaupt der Sozialen Arbeit (18).

Auf dem Fundament des oben beschriebenen, ethischen Wohlbefindens habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Veränderungen durchaus auch in einem vorgegebenen System möglich sind, wenn kleine Schritte, kleine Veränderungen gemacht werden, z. B. vermehrt Biographie-bezogene Einzelbetreuung statt undifferenzierte Gruppenangebote in Heimen. Auch kleinere Gruppenbildungen sind möglich um den Betroffenen im Einzelnen besser gerecht zu werden, denn Gruppenerlebnisse haben eine sinnstiftende Wirkung für den von Demenz betroffenen Menschen:

Der vom Sinn-Verlust bedrohte demente Mensch kann „Sinn“ fast nur noch über Gemeinschaftserlebnisse vermittelt bekommen, im Zeit-Haben füreinander und miteinander: Zeit, in der man sich als sich selbst erfahren kann. Darin ist das nicht-routinisierte Wort ein zentrales Medium, das Vertrauen und Sinn erschließen kann (19).

In dieser Hinsicht werden derzeit viele Projekte initiiert. Angefangen von Wohn- und Quartiersprojekten bis hin zu Literatur- und Kunstcafés für Betroffene (gerade in dem Bereich Kunst und Literatur treten Ressourcen in den Vordergrund). Zu berücksichtigen ist aber natürlich auch die

Überlastung von Pflege- und Betreuungskräften in Heimen oder ambulanten Diensten. So ist und bleibt dies nicht nur Thema des Gesundheitswesens, sondern ist alles in allem ein gesellschaftliches Problem, welches man von verschiedenen Seiten beleuchten muss. Aufgabe für die bestehende Gesellschaft ist es beispielsweise das Bild von Pflege- und Betreuungskräften in ein anderes, besseres Licht zu rücken. Im nachfolgenden Punkt möchte ich auf potentielle Entwicklungen eingehen.

4.2. Zukunftsgedanken

Die neueren Pflegeansätze nehmen Anregungen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen auf und integrieren sie (Pflegerwissenschaft, Medizin, Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit, auch Theologie u.a.m.), fördern neuartige Kooperationen. Die Pflege der alten und besonders der dementen Menschen erfordert eine hohe Fachlichkeit, hochqualifizierte Mitarbeiterschaften. Leider ist die Situation eher beunruhigend: die Entlohnung ist – im europäischen Maßstab – schlecht; die von den Altenhilfe-Anbietern gesetzlich geforderte Fachkraft-Quote von 50% ist nur in seltensten Fällen erreicht; es besteht ein bedenklicher Fachkräftemangel. In der Europäischen Union wird gefordert, die Pflegeausbildung zu akademisieren. Deutschland ist in Sachen Pflege zurzeit noch Entwicklungsland. Ein Pflegenotstand scheint unausweichlich. Eine Prognose für das Jahr 2030 geht davon aus, dass dann über 1,5 Millionen mittelschwer und schwer Demenzkranker versorgt werden müssen, und zwar wegen der krisenhaften Entwicklung familiärer Strukturen - zunehmend in Pflegeheimen. Diese Prognose basiert zugleich auf der Annahme, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch keine entscheidenden Fortschritte in Prävention und Therapie der Demenz gelingen (Bickel, H.). Der früher in der Altenarbeit wichtige Sozialdienst, meist ausgeübt von sozialen Fachkräften mit Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, hat seit der Einführung der Pflegeversicherung an Bedeutung und Präsenz verloren; häufig wurde der Sozialdienst zugunsten der Pflege „geopfert“. Zugleich anerkennen alle Pflegefachleute die Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung. Tatsächlich zählt die Zeit für Gespräche und Alltags- und Krisenbegleitung heute zu den Luxusgütern in der stationären wie in der ambulanten Pflege (20).

Demnach stellt sich für die Zukunft die Frage, wie das Spannungsfeld Gesundheitswesen / Versorgung von Betroffenen und Angehörigen bestmöglich geebnet werden kann und wie man sich einer optimalen Lösung dauerhaft annähern und diese umsetzen kann. Unter Abgleich der Forschungsergebnisse hinsichtlich des Krankheitsbildes Demenz sind diese Ergebnisse anzupassen. Des Weiteren sollte der Sozialdienst wieder einen wichtigen Platz einnehmen, denn wie aus dem Artikel von Schnabel und aus meiner Auseinandersetzung mit dem Artikel hervorgeht, nimmt dieser Tätigkeitsbereich einen überaus wichtigen Teil innerhalb des Betreuungskonzeptes ein.

Als ich vor einigen Jahren noch in der Demenzbetreuung in Heimen tätig war, hatte jeder Demenzkranke neben den Gruppenangeboten zusätzlich Anspruch auf 3-mal wöchentlich ca. 10 Minuten möglichst Biographie-bezogene Einzelbetreuung. Ein Anfang, aber schlimm genug, menschliche Zuwendung in Minuten zu bemessen. Dennoch befinden sich die Betreuungskonzepte im Wandel, doch letztendlich geht es nicht nur um die sich verändernden Betreuungskonzepte, es geht auch um die Fachkräfte, die betreuen:

Neben weiteren geforderten, gesundheitspolitischen Entwicklungen (z. B. bessere Versorgung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern oder der besseren Vereinbarkeit von Pflege / Betreuung und Beruf bei erwerbstätigen Angehörigen) und einer weiteren Aufklärung bezüglich des Krankheitsbildes Demenz in der Gesellschaft ist es weiterhin grundlegend wichtig (wie ich schon in meiner Reflexion s.o. erwähnt habe), eine Grundhaltung, die die Individualität, die Gesamtheit eines Menschen, im Vordergrund sieht, weiter zu untermauern und auszubauen.

Nun bedarf gerade der identitätsgefährdete Mensch der Begegnung mit „ganzen“ Menschen, die um Identität von Haltungen und Handlungen bemüht sind, die Loyalität zum humanistischen, ethischen Menschenverständnis und die eine tiefe Solidarität mit den alten Menschen praktizieren. Besonders Altersdemente brauchen Menschen, die sich selbst zu erkennen geben (21)!

Die Herangehensweise bezüglich einer Demenz-Erkrankung entwickelt sich - wie Schnabel erläuterte - zunehmend in die Richtung, dass der Betroffene in erster Linie nicht als Kranker, sondern mit der ganz eigenen Summe seiner individuellen Anteile wahrgenommen wird. Aufgabe und Herausforderung ist es für die in der Sozialen Arbeit Tätigkeit weiterhin, diese Haltung in ein Gesundheitssystem zu integrieren, das leider an seine Grenzen stößt. Das Thema Demenz ist und bleibt - wie erwähnt - eine Herausforderung für die Gesellschaft. So ist es aber schließlich und letztendlich der Einzelne, der zählt und dem eine würdevolle Begegnung im So-Sein möglich gemacht werden sollte.

4.3. Schlussworte

Es scheint meines Erachtens geboten, den Blick auf die individuellen Ausdrucksmöglichkeiten zu richten, damit diese von den Menschen mit Demenz für den individuellen Ausdruck genutzt werden können und es darüber zu einer Begegnung mit dem Menschen und nicht mit der Demenz kommen kann (22).

Wie ich in meiner "Reflexion" schon erwähnte: Es kann jeden treffen. Gerade darum ist es wichtig, als Teil des Ganzen dazu beizutragen, jedem Menschen - ob nun krank oder gesund - mit Würde, Respekt und - nicht zu vergessen - auch mit Authentizität zu begegnen. Schließlich sind es die Begegnungen,

die uns auf eine besondere Weise uns selbst und natürlich auch dem Gegenüber ein Stück weit näherbringen können. So ist die Welt eines Demenzkranken in erster Linie keine "nur" kranke Welt, sondern eine eigene, andere Welt, die auch eine Gerechtigkeit zur Existenz hat. Wenn wir über eine Brücke dorthin gelangen können und das Tor zur Welt nicht verschlossen ist, wenn wir mit unserer Menschlichkeit oder individuell passenden Betreuungsansätzen zu dem Menschen gelangen können, sollten wir dies in erster Linie zu schätzen wissen und den Menschen dann in seiner Gesamtheit, nicht nur durch seine Krankheit, wahrnehmen und respektieren.

5. Quellenangaben

- (1) Geiger, Arno: "Der alte König in seinem Exil"
- (2) Der Kreisbote: <https://www.kreisbote.de/lokales/kempten/roland-treiber-beantwortet-wichtigsten-fragen-alzheimer-krankheit-9749024.html> (abgerufen am 13.09.2020)
- (3) Seibert, Horst, Prof. Dr.: Studienbrief „Einführung in die Grundfragen der Gerontologie“, Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (4) Alzheimer.ch: <https://alzheimer.ch/de/wissen/forschung/magazin-detail/357/man-sollte-immer-auf-die-individualitaet-eingehen/> (abgerufen am 28.08.2020)
- (5) Wegweiser Demenz: <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/informationen-fuer-fachkraefte/pflege-therapie-und-sozialarbeit/sozialarbeit.html> (abgerufen am 28.08.2020)
- (6) Bundesministerium für Bildung und Forschung: <https://www.bmbf.de/de/3-millionen-deutsche-koennten-im-jahr-2050-an-demenz-leiden-4826.html> (abgerufen am 20.09.2020)
- (7) AOK: https://aok-bv.de/lexikon/c/index_00273.html (abgerufen am 27.08.2020)
- (8) Katholische Hochschule Mainz: <https://www.kh-mz.de/forschung/forschungsprojekte/soziale-arbeit/abgeschlossene-projekte/cm4demenz-case-management-in-der-basisversorgung-demenzkranker/> (abgerufen am 28.08.2020)
- (9) Seibert, Horst, Prof. Dr.: Studienbrief „Einführung in die Grundfragen der Gerontologie“, Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (10) Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Silviahemmet> (abgerufen am 13.09.2020)
- (11) Graumann: "Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte", Frankfurt am Main; New York, 2011
- (12) Deutscher Ethikrat: "Demenz und Selbstbestimmung", Stellungnahme, Berlin, 2012, S. 50
- (13) Helmchen/Kanowski/Lauter: "Ethik in der Altersmedizin", Stuttgart, 2006, S. 203 ff.
- (14) Deutscher Ethikrat: "Demenz und Selbstbestimmung", Stellungnahme, Berlin, 2012, S. 53 ff.
- (15) Ganß, Michael: "Demenz-Kunst und Kunsttherapie", Frankfurt am Main, 2. Auflage 2013, S. 199
- (16) Ganß, Michael: "Demenz-Kunst und Kunsttherapie", Frankfurt am Main, 2. Auflage 2013, S. 200
- (17) Noack, Winfried, Prof. Dr.: Studienbrief „Ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit“, Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (18) Noack, Winfried, Prof. Dr.: Studienbrief „Ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit“, Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod

- (19) Seibert, Horst, Prof. Dr.: Studienbrief „Einführung in die Grundfragen der Gerontologie“,
Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (20) Seibert, Horst, Prof. Dr.: Studienbrief „Einführung in die Grundfragen der Gerontologie“,
Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (21) Seibert, Horst, Prof. Dr.: Studienbrief „Einführung in die Grundfragen der Gerontologie“,
Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Landakademie Weilrod
- (22) Ganß, Michael: "Demenz-Kunst und Kunsttherapie", Frankfurt am Main, 2. Auflage 2013,
Seite 331