

Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie an Landakademie Weilrod e.V.
Angeschlossen an das Daniells-Institut der Theologischen Hochschule Friedensau
Staatlich anerkannte Hochschule in kirchlicher Trägerschaft
Studiengang Sozialtherapie

Dozenten:

Prof. Dr. phil.habil. Horst Seibert

Prof. Dr. Winfried Noack

Abschlussarbeit über den Artikel

SOZIALE ARBEIT UND DEMENZ

von Manfred Schnabel

veröffentlicht in: SOZIALE ARBEIT, Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete
herausgegeben vom Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für

Integration, Arbeit und Soziales

Januar 2019, 68. Jahrgang, S. 13 - 20

Vorgelegt von

Verena Soga

April 2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG UND HINFÜHRUNG

- 1.1. Einleitung
- 1.2. Erforschung der sozialen Aspekte bei Demenz
- 1.3. Chancen der Sozialen Arbeit

2. SCHNABEL, MANFRED (2019): SOZIALE ARBEIT UND DEMENZ

- 2.1. Demenz als biomedizinisches Phänomen
- 2.2. Die Dynamik einer Demenz
- 2.3. Case Management – Einzelfallhilfe in der Sozialen Arbeit
- 2.4. Beratungsmodelle in der Sozialen Arbeit
- 2.5. Gruppenangebote in der Sozialen Arbeit
- 2.6. Integrationsmodelle in der Sozialen Arbeit
- 2.7. Perspektiven und Ansätze Sozialer Arbeit
- 2.8. Gründe für die geringe Wertschätzung der Sozialarbeit

3. STELLUNGNAHME UND AUSBLICK

- 3.1. Marginalisierung der Sozialen Arbeit
- 3.2. Sozialtherapeutische Interventionen
- 3.3. Chancen neuer Pflegeansätze
- 3.4. Möglichkeiten und Grenzen

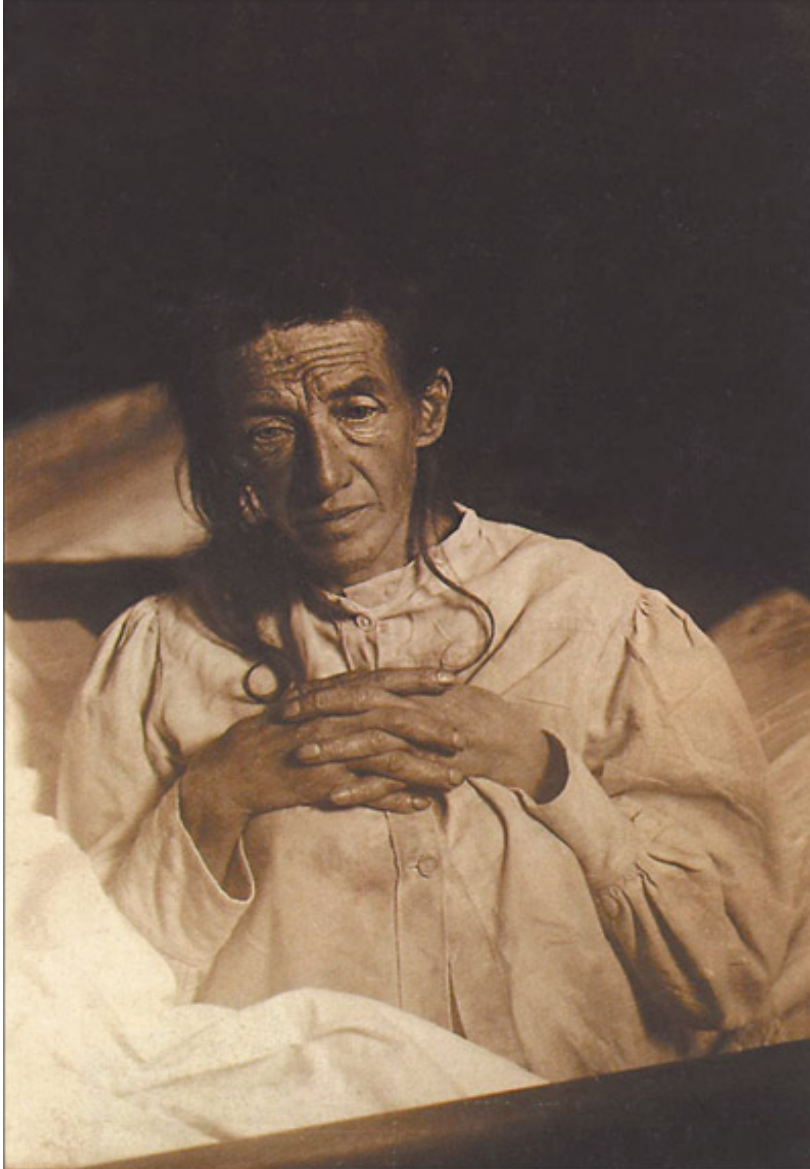
4. WEITERGEHEN

- 4.1. Erhalt der Würde
- 4.2. Das Selbstbewusstsein der Sozialen Arbeit

5. QUELLEN

1. EINLEITUNG UND HINFÜHRUNG

1.1. Einleitung



„Ich habe mich sozusagen verloren“¹
(Auguste Deter, Frankfurt, 1901)

Die 51-jährige Hausfrau, die als erste Alzheimer-Patientin bekannt wurde, war 1901 in Frankfurt in Behandlung bei dem Arzt Alois Alzheimer. Die „Krankheit des Vergessens“ nannte Alzheimer diese Form von Demenz, die heute für ca. 70 % der Demenzerkrankungen verantwortlich ist und nach ihm benannt wurde.¹

Bis heute gilt diese Erkrankung, die dem höheren Alter zugerechnet wird, als nicht therapierbar. Während in der Altersgruppe 70 – 74 nur 4% betroffen sind, sind es in der Altersgruppe 85 – 89 bereits 21 %. Die Ursachen einer Demenz sind vielfältig – eine Chance auf Heilung ist noch nicht in Sicht. Selbst durch medikamentöse Behandlung, wie z. B. Antidementiva, ist das Fortschreiten der Demenz – wenn überhaupt – nur geringfügig aufzuhalten.

Im Verlauf einer Demenz ändern sich die Bedürfnisse von Betroffenen kontinuierlich und die Symptome werden immer schwerwiegender. Daher muss der Bedarf von Demenz-Erkrankten mit Fortschreiten der Krankheit individuell angepasst werden. In bestimmten Bereichen des Gehirns gehen im Laufe einer Demenz Nervenzellen und Nervenzellkontakte zugrunde.² Dies führt, abgesehen von der zunehmenden Vergesslichkeit, zu Orientierungsstörungen, Sprach- und Gefühlsstörungen, Wahnvorstellungen, innerer Unruhe, Depression sowie Persönlichkeitsveränderungen.³ Am Ende bleiben rudimentäre Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Besitzen.

Grundsätzlich ist nach der medizinischen Diagnose einer Demenz mit einer verbleibenden Lebenserwartung von 7 – 10 Jahren zu rechnen. Wir müssen heute davon ausgehen, dass in Zukunft bei derzeit 1,4 Mill. Demenzerkrankungen jährlich bis zu 200.000 Neuerkrankungen in Deutschland dazu kommen werden.³

1.2. Erforschung der sozialen Aspekte bei Demenz

In einer alternden Gesellschaft, in der besonders die Demenzerkrankungen mit zunehmendem Alter signifikant ansteigen, wird es eine der größten Herausforderungen unserer Gesellschaft sein, die Lebensqualität von Betroffenen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten.

Dafür ist es von Bedeutung, dass wir die Herausforderungen der Demenz nicht allein der wissenschaftlichen Erforschung von den Ursachen einer Krankheit (Biomedizin) überlassen, sondern auch die Erforschung der sozialen Aspekte (Sozialgerontologie) mit einbeziehen.

Des weiteren gilt es, die Auswirkungen der Ökonomisierung in der Alten- und Pflegehilfe genauer zu betrachten. Diese hat wesentlich dazu beigetragen, die Soziale Arbeit in der Demenzhilfe an den Rand zu drängen.

1.3. Chancen der Sozialen Arbeit

Zu erkennen, dass die Lebensqualität von Demenz-Erkrankten maßgeblich davon abhängt, dass man mit den Betroffenen im Dialog bleibt, ist das Eine. Die Frage nach der Umsetzung ist das Andere: Wie begegnet man Demenzkranken, deren „Ich“ sich auflöst? Deren Sprache stirbt? Die sich „verlieren“?¹

Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit leisten, um ein würdevolles Altern von Demenzkranken möglich zu machen? Und wo liegen die Chancen neuer Pflegeansätze?

Nachdem Rudi Assauer, ehemaliger Fußballprofi, mit der Diagnose Demenz konfrontiert wurde, formulierte er seine Sorgen und Ängste: „Ich weiß nicht, wie die Leute reagieren, wenn es dann in der Welt ist und alle wissen: Der Assauer ist dement. Der Alte hat Alzheimer. Werden sich die Leute drüber lustig machen oder Verständnis haben?“¹

Im folgenden Kapitel stelle ich einen Fachartikel zu diesem Thema vor.

2. SCHNABEL, MANFRED (2019): SOZIALE ARBEIT UND DEMENZ

2.1. Demenz als biomedizinisches Phänomen

Manfred Schnabel beschreibt in seinem Aufsatz zum Thema „Soziale Arbeit und Demenz“ die verschiedenen Methoden und Wirkungsfelder der Sozialen Arbeit bei der Beratung, Versorgung und Integration von Demenz-Erkrankten. Auf der Grundlage von Studien und Praxisberichten wird hier insbesondere das „Case Management“ vorgestellt. Abschließend werden Gründe für die geringe Anerkennung von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen benannt.

Ogleich die Demenz nach wie vor als biomedizinisches Phänomen gewertet wird, rückt die Soziale Arbeit bei der Behandlung immer mehr in den Fokus. Dies liegt nicht zuletzt an der Tatsache, dass die Medizin bis heute noch keine wirksame Therapie zur Heilung der Alzheimer-Krankheit und anderen Demenz-Erkrankungen gefunden hat. Auch der demografische Wandel und die damit verbundene Zunahme von Demenz-Erkrankungen führt zu einem Umdenken in der Auseinandersetzung mit dieser Krankheit. Allein die Diagnostik einer nach wie vor unheilbaren Krankheit, mit der Behandlung durch therapeutische Berufsgruppen (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie etc.) reicht nicht aus, um die vielfältigen Bedürfnisse der Betroffenen zu erfüllen.

2.2. Die Dynamik einer Demenz

Da die Symptome einer Demenzerkrankung vielfältig sind und sich im weiteren Verlauf zunehmend verschlechtern, ändern sich auch die Bedürfnisse stetig und müssen entsprechend angepasst werden. Der Beginn einer Demenz zeichnet sich zuallererst mit dem Abbau des Gedächtnisses aus. Die daraus resultierende Angst und Sorge vor dem Verlust eines selbstbestimmten Lebens ist für den Betroffenen erdrückend und macht mutlos.

Im weiteren Verlauf kommen dann fortschreitende Einschränkungen im Alltag hinzu. Die Orientierung an Zeit und Raum gehen mehr und mehr verloren, ebenso die motorische Geschicklichkeit. Sprachstörungen nehmen zu, wenn z. B. Betroffene nicht mehr die richtigen Worte finden, um sich verständlich zu machen oder es ihnen schwer fällt zu

verstehen, was gemeint ist. Da diese Situationen oft mit Scham besetzt sind, versucht der Betroffene mit aller Kraft, die Fassade aufrecht zu erhalten, indem er z. B. versucht diese Störung mit Umschreibungen zu kompensieren.

Die zunehmende Vergesslichkeit kann im späteren Verlauf einer Demenz dazu führen, dass selbst nahestehende Personen vom Demenz-Erkrankten nicht mehr erkannt werden. Störungen auf der emotionalen Ebene, wie z. B. Depressivität, Euphorie oder Aggression sind ebenso zu beobachten wie motorische Unruhe, Blasen- und Darmentleerungsstörungen, fehlende Organisation von Körperpflege und Kleidung, bis hin zu Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Im späteren Stadium einer Demenz schwindet das praktische und abstrahierende Denken.

Aufgrund der dynamischen Veränderlichkeit der Bedarfslagen bei einer Demenzerkrankung ist es eine wesentliche Aufgabe der Sozialarbeit, Betroffene und Angehörige von Anfang zu unterstützen. Dies bedeutet, kontinuierlich im Dialog zu stehen, damit bei Fortschreiten der Krankheit die Organisation von Betreuung und Pflege entsprechend der Bedürfnisse des Demenz-Erkrankten angepasst werden kann.

Die verschiedenen Angebote, die die Sozialarbeit Betroffenen und Angehörigen anbieten kann, beschreibt Manfred Schnabel in seinem Aufsatz.

2.3. Case Management – Einzelfallhilfe in der Sozialen Arbeit

Das aus dem Englischen entlehnte „Case Management“ bedeutet „Versorgungsmanagement“ und wurde in den USA entwickelt. Diese Methode wird als zentrale Steuerungsinstanz bei der Begleitung eines Demenz-Erkrankten eingesetzt.

Den Betroffenen und Angehörigen steht von Anfang an bei allen aufkommenden Unsicherheiten und Fragen ein Sozialarbeiter zur Seite. Nicht nur die psychosoziale Beratung von Betroffenen und Angehörigen stehen bei dieser Methode im Fokus, sondern auch eine umfangreiche Hilfestellung bei der Bewältigung aller administrativ anfallenden Aufgaben. Sei es die Ausarbeitung von Angeboten für Betroffene oder die Planung und Koordination von Anträgen – dies alles fällt in den Zuständigkeitsbereich des Sozialarbeiters. Im weiteren Verlauf der Demenzerkrankung wird die Versorgungssituation des Betroffenen immer wieder bedarfsgerecht angepasst.

Case Management hat sich in Deutschland im Gesundheitswesen sowohl in stationären als auch ambulanten Bereichen etabliert. Fachkräfte der Sozialen Arbeit findet man jedoch meist nur in Seniorenberatungsstellen und Pflegestützpunkten auf kommunaler Ebene. Im klinischen Bereich übernehmen die Aufgaben der Fallsteuerung meist Pflegekräfte, Ärzte und Verwaltungsfachkräfte.

Zur Einzelfallhilfe gibt es viele Studien mit messbar positiven Ergebnissen, aber auch Studien, wonach der positive Effekt eher gering ist. Zweifelsohne ist es von Vorteil, wenn beim Case Management die Angehörigen aktiv mitmachen und eine kontinuierliche Begleitung während des Pflegeprozesses gewährleistet ist.

2.4. Beratungsmodelle in der Sozialen Arbeit

Wie bereits unter Punkt 2.3 erwähnt, weist M. Schnabel auch auf die Psychosoziale Beratung als Angebot hin. Anlaufstellen für diese Modelle finden sich nicht nur lokal (z. B. in Seniorenbüros der Kommunen, Pflegestützpunkten oder speziellen Demenzberatungsstellen), sondern teilweise auch mobil in ausgewiesenen Beratungsfahrzeugen). In Altenhilfebereichen ist das Beratungsangebot nicht einheitlich organisiert.

Von der psychosozialen Beratung profitieren seit einigen Jahren nicht mehr nur die Angehörigen, sondern auch die Demenz-Erkrankten. Es wurde erkannt, dass es für einen Betroffenen sehr wichtig ist, als eigenständiger Mensch wahrgenommen zu werden. Insbesondere nach der Diagnose einer Demenz profitieren sie von Beratungsangeboten, da der drohende Identitätsverlust, einhergehend mit dem Verlust der Unabhängigkeit zu Angst und Verzweiflung führen kann.

Für Angehörige wiederum ist die Beratung sehr hilfreich, gerade bei Fragen in Hinblick auf das Krankheitsbild und dessen weiteren Verlauf, Therapieangebote, allgemeine Informationen und Finanzierungsmöglichkeiten zu Pflegedienstleitern, Erarbeitung von Anträgen u.s.w.

Das Ziel der Beratung ist bei allen Beteiligten die Bewältigung der Krise, indem der Alltag stabilisiert wird, das eigenständige Leben der Betroffenen so gut wie möglich weitergeführt wird und bei Bedarf angepasst werden kann. Nicht zu unterschätzen sind auch die emotionalen Befindlichkeiten aller Beteiligten: Da sich durch die Demenzerkrankung eines Familienangehörigen die Rollen innerhalb von Beziehungen verändern (Partnerbeziehung oder Eltern-Kind-Beziehung), führt dies häufig zu Konflikten. Negative Emotionen, wie z. B. Wut, aber auch Trauer über etwas verloren gegangenes, können die Lebensqualität aller Beteiligten empfindlich beeinträchtigen.

Anlaufstellen für Demenzberatung sind in Seniorenberatungsstellen und Pflegestützpunkten auf kommunaler Ebene zu finden. In strukturell benachteiligten Regionen werden auch Beratungsfahrzeuge mit gemischten Teams eingesetzt.

Bei all diesen Beratungsmodellen werden Fachkräfte für Soziale Arbeit ebenso wie andere Berufsgruppen eingesetzt.

Praxisberichte und aktuelle Studien belegen den Vorteil der psychosozialen Beratung für Angehörige von Demenz-Erkrankten, insbesondere im Frühstadium der Erkrankung. Noch wirkungsvoller scheint es jedoch zu sein, wenn diese Methode gemeinsam mit psychotherapeutischen Maßnahmen durchgeführt wird.

2.5. Gruppenangebote in der Sozialen Arbeit

Von der sozialen Gruppenarbeit profitieren, wie auch bei der psychosozialen Beratung, besonders die Angehörigen von Demenz-Erkrankten. Für die Betroffenen selbst ist diese Methode relativ neu. Die Gruppe besteht aus Teilnehmern mit einem ähnlichen Problemhintergrund (Betroffene oder Angehörige von Betroffenen) und wird meist von einer Fachkraft aus der Sozialen Arbeit moderiert. Man unterscheidet bei den Gruppenangeboten

zwischen Selbsthilfegruppen, die sich auf die individuellen und sozialen Auswirkungen der Demenz konzentrieren, sowie Maßnahmen, die sich auf die physischen und psychischen Beeinträchtigungen konzentrieren.

Die Soziale Gruppenarbeit findet man in ambulanten ebenso wie stationären Einrichtungen.

Der Kontakt mit anderen in der Gruppe ist ein Mittel gegen den sozialen Rückzug und fördert somit die Lebensqualität. Die Identität eines jeden Teilnehmers wird in der Gruppe hervorgehoben und damit stabilisiert. Der regelmäßige Austausch von persönlichen Erfahrungen im Kreise von Menschen mit ähnlichen Problemen wird als entlastend empfunden. Dies fordert und fördert das Individuum und verlangsamt damit den geistigen Abbau.

Obwohl wissenschaftliche Ergebnisse zur Wirkung von Selbsthilfegruppen kaum vorliegen, haben Studien und Praxisberichte ergeben, dass es das Selbstvertrauen und die Selbstidentität der Teilnehmenden fördert. Es gibt demnach einen kausalen Zusammenhang zwischen geringen Sozialkontakten und schnellerem Identitätsverlust.

2.6. Integrationsmodelle in der Sozialen Arbeit

Da im Verlauf einer Demenzerkrankung zunehmend die Gefahr der Isolierung von der Gesellschaft besteht, setzt man zunehmend auf die „Sozialraumorientierte Soziale Arbeit“. Bei diesem Modell liegt der Fokus auf der Anpassung des Wohn- und Lebensraumes, sowie des sozialen Umfelds des Demenz-Erkrankten.³

Was bedeutet das genau? Es geht um das Umsetzen einer demenzgerechten Gestaltung des Lebensraumes von Betroffenen, unter Einbindung der Bevölkerung. Hierfür sind strukturelle Investitionen innerhalb einer Kommune notwendig, um die Lebensbedingungen von Demenzkranken zu verbessern. Außerdem ist es essentiell, dass die Bevölkerung mit eingebunden wird, z. B. mit Informationskampagnen, die mit dem Thema Demenz vertraut machen.

Mit diesen Massnahmen wird zum Einen die Selbstständigkeit der Betroffenen gestärkt, zum Anderen können aber auch die Bürger und Bürgerinnen innerhalb einer Kommune aktiv an der sozialen Teilhabe von dementen Menschen mitwirken.

Begleitstudien zu diesen Projekten haben aufgezeigt, dass sich bei Betroffenen insbesondere die häusliche Versorgung erheblich verbessert. Des weiteren wurde nachgewiesen, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Versorgungsanbietern verbessert.

2.7. Perspektiven und Ansätze Sozialer Arbeit

Manfred Schnabel zeigt in seinem Aufsatz den Widerspruch zwischen dem medizinischen Behandlungsansatz und dem sozialen Ansatz bei einer Demenzerkrankung auf. Während die medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen ihren Fokus eher auf die Defizite dieser Krankheit richten, setzt die Soziale Arbeit vielmehr auf die Förderung und Erhaltung der Stärken von Betroffenen. Diese Maßnahme nennt sich „Empowerment“ und beschreibt die

Stärkung von Eigenmacht und Autonomie für sich selbst. Demenz-Erkrankte werden ermutigt, weiterhin Verantwortung zu übernehmen und selbstbewusst ihre Kompetenzen und Fähigkeiten umzusetzen. Dies fördert nachhaltig die Selbstsicherheit und wirkt den Ängsten vor Ausgrenzung und Fremdbestimmung der Erkrankten entgegen.

Im Hinblick darauf ist festzustellen, dass in den letzten Jahren immer mehr Betroffene ein Mitspracherecht bei der Gestaltung ihrer Versorgung einfordern.

Von großer Bedeutung ist auch eine frühzeitig einsetzende Hilfestellung für die Angehörigen, die oft zu lange allein gelassen werden bzw. zu spät Hilfe einfordern. Hier sind professionelle und sensibilisierte Sozialfachkräfte gefragt, die Angehörige bei der Interaktion innerhalb komplexer Familiensysteme, der Erarbeitung von Lösungen und darauf aufbauenden Hilfeplänen begleiten.

Wie bereits in Kapitel 2.1. erwähnt, sind der Biomedizin die Grenzen bei den Behandlungsmöglichkeiten einer Demenz aufgezeigt. Bei einer zunehmenden Zahl von alten Menschen in unserer Gesellschaft stellt sich daher grundsätzlich die Frage, wie eine erfolgreiche Integration dieser Altersgruppe in die Gesellschaft umzusetzen sein wird. Der Sozialarbeit wird hier eine Schlüsselrolle zuteil, ohne die eine nachhaltige Versorgung und eine bessere Integration von Demenz-Erkrankten nicht möglich sein wird.

2.8. Gründe für die geringe Wertschätzung der Sozialarbeit

Trotz der positiven Wirkung der von Manfred Schnabel dargestellten Methoden zeichnet er abschließend einen kritischen Ausblick auf die Zukunft der Sozialen Arbeit im Gesundheits- und Pflegebereich. Es ist festzustellen, dass die Sozialarbeit in vielen Berufsfeldern auf dem Rückzug ist bzw. generell schwach vertreten ist. Zu nennen sind hier Krankenhäuser und Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, wie z. B. die ambulante Pflege. Ebenso im Bereich der Gerontopsychiatrie wird die Soziale Arbeit mehr und mehr abgebaut.

Die Gründe hierfür sind vielfältig: zum Einen ist dies dem Pflegegesetz geschuldet, welches im Sinne des Qualitätsmanagement zu Einsparungen von Personal sowie zur Beschleunigung der Krankenbehandlungen in Krankenhäusern geführt hat. Erschwerend kommt hinzu, dass die Sozialarbeit in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht rechtlich verankert ist. Ohne dies wird es jedoch schwer sein, in Zukunft eine breite Akzeptanz und Wertschätzung der Sozialen Arbeit zu erfahren.

Zum Anderen dominiert im Gesundheitswesen nach wie vor die biomedizinische Sichtweise auf altersbedingte Erkrankungen. Dies führt dazu, dass die Betreuung und Beratung von Demenz-Erkrankten weiter an den Rand gedrängt wird, gelten diese doch im Rahmen der Ökonomisierung als verzichtbar. Im Gesundheitssystem hat es die Soziale Arbeit per se schwer, innerhalb der bestehenden Machtstrukturen das eigene Profil zu schärfen.

3. STELLUNGNAHME UND AUSBLICK

3.1. Marginalisierung der Sozialen Arbeit

Manfred Schnabel hat in seinem Aufsatz verschiedene Gründe für die Marginalisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen genannt, auf die ich näher eingehen möchte.

Wesentlich dazu beigetragen hat sicherlich die Einführung der sozialen Pflegeversicherung⁴, in der erstmalig die Qualitätssicherung in Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe als gesetzlich vorgegebenes Ziel definiert wurde. Was sich erfolgsversprechend in der Wirtschaft etabliert hatte, wird nun gewinnbringend in Sozialen Einrichtungen umgesetzt. Das Resultat ist eine zunehmende Ökonomisierung, in der zwar gewährleistet wird, dass alle Patienten dieselben Leistungen erhalten, jedoch viel wertvolle Zeit in das Controlling und die Dokumentation fließen. Auf den individuellen Bedarf eines Einzelnen kann nicht mehr eingegangen werden, da schlichtweg die Zeit dafür fehlt. Unter diesen rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten werden auch personelle Einsparungen vorgenommen: Der Pflege zum Opfer gefallen ist u.a. auch der Sozialdienst, der früher in der Altenarbeit eine wichtige Funktion erfüllte und meistens von sozialen Fachkräften mit FH- oder Hochschulausbildung ausgeführt wurde. Obwohl sich jeder der Bedeutung der psychosozialen Betreuung bewusst ist, hat diese leider mehr und mehr an Präsenz verloren.

Wo die Zeit für alltägliche Gespräche fehlt, sind die Folgen ebenso sichtbar wie spürbar. Wo die Care-Arbeit (d. h. alle Tätigkeiten des Sorgens und sich Kümmerns) aufgrund von Qualitätssicherungssystemen ökonomisiert wird, geht auch das Menschliche verloren. Langfristig leidet darunter nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch die des Personals.

Weitere Gesetzesvorgaben unter der Pflegeversicherung führten dazu, dass heute in eine Pflegeeinrichtung fast nur noch Menschen kommen, die so pflegebedürftig sind, dass Angehörige und ambulante Pflegedienste die häusliche Pflege nicht mehr übernehmen können. Dies ist dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Betreuung geschuldet, d. h. mehr ältere Menschen werden länger ambulant in ihrem gewohnten Umfeld betreut. Da für die spätere Versorgung in den Pflegeeinrichtungen meist medizinisches Pflegepersonal eingesetzt wird, sind hier die Intentionen der Sozialarbeit obsolet.³

Unabhängig von den Auswirkungen der Qualitätssicherung in der Alten- und Pflegehilfe hat die Marginalisierung der Sozialarbeit auch mit deren geringen Akzeptanz in unserer Gesellschaft zu tun. Dies lässt sich herunterbrechen auf alle Bereiche, in denen die Care-Arbeit abgebildet ist: Im unentgeltlichen Bereich betrifft dies die Kindererziehung oder die Pflege der Eltern – im entgeltlichen Bereich sind dies z. B. Pflegefachkräfte in Altenheimen, Sozialarbeiter*innen in der Alten- und Pflegehilfe, Jugendarbeit oder in Behindertenwerkstätten, Erzieher*innen in Kindergärten.⁵

Obwohl die Care-Arbeit von hohem Nutzen in unserer Gesellschaft ist, werden diese Tätigkeiten immer noch nicht genügend anerkannt. Die Pflege, Fürsorge und Empathie, die soziale Berufe auszeichnen, sind heute wie gestern typische Tätigkeitsfelder von Frauen und per se weniger wertgeschätzt. Woran liegt das?

Historisch lässt sich das leicht begründen, hatte doch der Mann im Mittelalter die unbeschränkte Verfügungsgewalt über Frau und Kinder. Alle Arbeiten, die die Ehefrau mit ihren Kindern zuhause verrichtete, waren keine eigenständigen Arbeiten und standen lediglich im Dienste des Mannes.³

Obwohl dies heute nicht mehr zur Disposition steht, muss man doch festhalten, dass die Care-Arbeit nicht nur schlecht bezahlt ist, sondern sich die Arbeitsbedingungen weiterhin verschlechtert haben. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflegeberufe wenig gewerkschaftlich organisiert sind und die Streik-Möglichkeiten gering sind: Hier würde sofort die Menschenwürde der zu Pflegenden auf dem Spiel stehen.

Wer entscheidet aber darüber, welche Arbeit in unserer Gesellschaft „richtig“ und wichtig ist? Ist es nicht so, dass letztendlich unsere vom Kapitalismus durchdrungene Gesellschaft die Empathie der Care-Arbeiter ausnutzt?⁵

3.2. Sozialtherapeutische Interventionen

Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit in der Altenhilfe und im Besonderen im Umgang mit den belastenden Begleiterscheinungen einer Demenz leisten?

Im Verlauf einer Demenzerkrankung wird alles, was uns als Mensch auszeichnet, hinfällig: Die Identität geht verloren, die Intimsphäre wird verletzt, Beziehungen sind gefährdet, der Erhalt der Würde ist in Gefahr; der körperliche Verfall und die zunehmende Hilflosigkeit in einem bis dahin vertrauten sozialen und gesellschaftlichen Umfeld führt zu einer „Entmenschlichung“.

Mit welchen sozialtherapeutischen Maßnahmen kann die Sozialarbeit diesen Verlusten entgegenwirken und damit die Lebensqualität der Betroffenen wirksam und nachhaltig verbessern?

Gegen den Identitätsverlust:

„Ich segele in die Dunkelheit“. Diese Umschreibung von Iris Murdoch, einer britischen Schriftstellerin, die 1997 an Demenz erkrankte, ist bezeichnend für eine Empfindung, die den langsamen Identitätsverlust beschreibt.¹ Der Umgang mit einem Demenz-Erkrankten, der sich und sein Umfeld nicht mehr zu erkennen vermag, ist eine grosse Herausforderung für Angehörige und Pflegepersonal. So kann der Verfall eines nahestehenden Menschen und die eigene Angst vor dem Altwerden unbewusst Schutzmechanismen auslösen, die für Betroffene schmerzhaft sind. Emotionale Nähe wird dann – oft unbewusst – mit Geschäftigkeit ersetzt.

Ein routiniertes und standardisiertes Verhalten im Umgang und in der Sprache mit dem Demenz-Erkrankten richten jedoch häufig noch mehr Schaden an – der Betroffene *will* letztendlich sein Umfeld nicht mehr erkennen.

Um dem entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass Mitmenschen im Umgang mit altersverwirrten Menschen ihre eigene Identität bewahren. Nur authentisches Verhalten,

verbunden mit aufrichtiger Anteilnahme, machen Sinn im Umgang mit Menschen, deren Lebenssinn in Frage steht.

Zum Schutz der Intimsphäre:

Die Intimsphäre im Leben eines Menschen ist ein Grundwert, den es zu schützen und zu wahren gilt. Dass dieser leider zu oft von Pflegenden im Umgang mit Demenz-Erkrankten verletzt wird, ist fast schon eine Selbstverständlichkeit. Das Gefühl der Verlegenheit – die Scham – ist jedoch ein wichtiger Mechanismus, den es zu schützen gilt.

Kommt es in diesem Bereich zu häufigen Verletzungen, kann dies fatale Folgen für Betroffene haben. Es sind dies alltägliche Vorkommnisse, wie z. B. Inkontinenz oder das Verlegen von einem Schlüssel. Hier kann es von Pflegenden schnell zu unüberlegten Vorwürfen kommen, oder gar zu Mitleidsbekundungen - beides ist schädlich und kann das Schamgefühl des Betroffenen verletzen. Aus ethischer Sicht sollte man in solch kritischen Situationen auf Vorwürfe verzichten und sich um Takt und Höflichkeit bemühen.

Gegen die Gefährdung von Beziehungen:

Was bedeuten uns zwischenmenschliche Beziehungen in unserem Leben? Gehört das Gefühl gebraucht zu werden nicht auch zu einem erfüllten Leben? Sobald wir in Beziehung zu anderen stehen, ist dies sinngabend und erhöht somit unsere Lebensqualität. Schmerzlich bewusst wird uns dies immer, wenn sich Beziehungen – aus welchen Gründen auch immer – auflösen.

Wie ergeht es Demenzkranken, wenn ihnen das Gefühl „gebraucht zu werden“ genommen wird? Wenn langjährige und wichtige Beziehungen einfach wegbrechen, aufgrund krankheitsbedingter Veränderungen des Demenz-Erkrankten? Besonders bei Menschen im höheren Alter ist die Gefährdung von Beziehungen schwer zu verarbeiten und lassen verzweifeln.

Welche Möglichkeiten haben wir, dem entgegenzuwirken?

Die Mühen, mitmenschliche Beziehungen zu Demenz-Erkrankten aufrecht zu erhalten, liegt nicht nur in den Händen der Angehörigen, sondern auch dem Pflegepersonal. Leider fehlt insbesondere dem Pflegepersonal oft die Zeit, da ihnen nach der Umsetzung des neuen Pflegegesetzes nur noch eine „Versorgung“ im Minutentakt möglich ist. Um Beziehungsnähe zu erhalten und zu fördern ist es jedoch wesentlich, dass den Pflegefachkräften Zeit zur Verfügung steht, um sich bewusst in einen Lebenszusammenhang mit dem Demenz-Erkrankten zu stellen.³ Das aus dem Englischen entlehnte „Quality time“ umschreibt sehr gut, um was es geht: Die Zeit, die wir miteinander verbringen, um Beziehungen aufrechtzuerhalten und unserem Leben Sinn zu geben.

Denn nur wenn der Beziehungstod überwunden wird, siegt das Leben über den Tod.³

Gegen den Verlust der Würde

Nicht mehr Ernst genommen zu werden im Alter ist der Anfang vom Verlust der Würde, der Anfang vom „sozialen Tod“. Da, wo Betroffene ihr persönliches Umfeld nicht mehr mitgestalten können oder ignoriert werden in ihren Wünschen und Bedürfnissen, schwindet die Lebenskraft. Die Folgen sind Depressionen, Lebensmüdigkeit oder die Flucht in eine Phantasiewelt.³

In unserem Grundgesetz (GG Artikel 1), steht geschrieben: Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Warum wird diese dann in Pflegeeinrichtungen, aber auch von Angehörigen Demenz-Erkrankter tagtäglich untergraben? Im Dialog mit Betroffenen zeigt sich häufig eine entwertende Haltung. Internationale Vergleichsstudien haben aufgezeigt, dass die Ursachen in den Pflegeeinrichtungen strukturell begründet sind. Ob bei der stationären oder häuslichen Pflege – von alten Menschen wird erwartet, dass sie sich dem Behandlungsalltag unterordnen bzw. einfügen.

Ich bin der Auffassung, dass in unserer Gesellschaft ein grundsätzliches Umdenken notwendig ist: Der Demenz-Erkrankte sollte nicht gezwungen sein, sich in ein anderes Lebenskonzept einzufügen, sondern er sollte so lange wie möglich seinen eigenen Lebensalltag leben dürfen. Dies ermöglichen bereits viele Einrichtungen, die diesen Ansatz als „tagesstrukturierte Betreuung“ definieren. Betroffene können hier in kleinen Wohneinheiten nicht fremdbestimmt, sondern selbstbestimmt leben. Gleichzeitig unterstützt und begleitet man sie in ihrem eigenen Lebensalltag und bietet Zugang zu offenen und für alle zugänglichen Lebensbereiche.³

3.3. Chancen neuer Pflegeansätze

Die modernen Pflegewissenschaften bieten weitere Maßnahmen an, die nicht nur von Pflegefachkräften, sondern auch mit sozialtherapeutischer Unterstützung von branchenfremdem Personal angewandt werden können.

Hervorheben möchte ich hier die Milieuthapie, die dem sozialraumorientierten Ansatz folgt und als Ziel hat, dass Demenz-Erkrankte besser in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen. Davon ausgehend, dass die Umweltkompetenzen bei altersverwirrten Menschen kontinuierlich abnehmen, werden bei der Milieuthapie die vorhandenen Fähigkeiten gefördert und gestärkt, ohne jedoch zu überfordern. Das Ziel dieses Ansatzes ist es, dass Betroffene besser in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen. In diesem Zusammenhang sei auch das „Empowerment“ mit seinem positiven Blick auf die Demenzerkrankung erwähnt: Anstatt die Defizite des Betroffenen hervorzuheben, liegt der Fokus auf der Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Kompetenzen.

Dazu gehört auch eine klare und überschaubare Tagesstrukturierung und eine Betreuungsatmosphäre, die persönliche Beziehungen fördert. Die Kommunikationsform auf verbaler Ebene sollte den Demenz-Erkrankten nicht überfordern. Auf der nonverbalen Ebene vermitteln Berührungen und Blickkontakt Akzeptanz und Bestätigung.³

Da, wo man demenzkranken Menschen respektvoll und mit aufrichtiger Anteilnahme begegnet, werden auch negative Gefühle, wie Angst, innere Unruhe und Aggression gelindert.

3.4. Möglichkeiten und Grenzen

Die Sozialarbeit bietet Möglichkeiten, die bei der Behandlung von Demenz-Erkrankten sinnvoll und vielversprechend sind. Die erörterten Methoden, vom Case Management, den verschiedenen Beratungsformen, bis hin zur Sozialraumorientierten Sozialarbeit und dem Empowerment, könnten sich in ambulanten und stationären bzw. teilstationären Pflegeeinrichtungen etablieren, um nachhaltig der Bedarfslage von Demenz-Erkrankten gerecht zu werden.

Leider sind der Umsetzung Grenzen aufgezeigt. Diese liegen nicht nur bei der allgemeinen Ressourcenverknappung, die wir seit in Kraft treten des Pflegegesetzes beobachten, sondern ist auch den etablierten Hierarchiestrukturen innerhalb des Gesundheitswesens geschuldet. Zum Einen hat die Ökonomisierung in der Alten- und Pflegehilfe dazu beigetragen, dass soziale Aspekte bei der Behandlung von alten Menschen an Bedeutung verloren haben, zum Anderen sind die traditionell dominierenden Medizinwissenschaften verantwortlich für die geringe Anerkennung der Sozialen Arbeit im Alten- und Pflegebereich.

Eine Möglichkeit, um die Arbeit im Alten- und Pflegebereich aufzuwerten, wäre dem von der Europäischen Union geforderten Wunsch nach einer akademisierten Pflegeausbildung nachzukommen. In der EU haben dies mittlerweile 20 von 27 Ländern umgesetzt – Deutschland ist weiterhin Schlusslicht. Eine Aufwertung des Pflegeberufes würde jedoch auch zu einer besseren Bezahlung führen.

Ob allerdings eine Akademisierung dieses Berufszweigs, die eine Abwertung des 2. Schulabschlusses bzw. der Ausbildung in Deutschland nach sich ziehen würde, sinnvoll ist, bleibt die Frage.⁶

4. WEITERGEHEN

4.1. Erhalt der Würde

In Zukunft wird es die Aufgabe der Gesellschaft sein, die Bedürfnisse einer zunehmend alternden Gesellschaft nicht aus den Augen zu verlieren. In Kapitel 3.2. bin ich bereits auf die Bedeutsamkeit eines würdevollen Lebens im Alter eingegangen.

Um dies zu erfüllen, ist ein Umdenken erforderlich: Wenn wir in unserer Gesellschaft danach streben, Menschen ein würdevolles Leben zu ermöglichen, sollten wir dem Rechnung tragen und auch den *letzten* Lebensabschnitt eines Menschen mit einbeziehen. Die Folgeerscheinungen des Altwerdens dürfen nicht nur von Ängsten und Defiziten geprägt sein, ist es doch ein natürlicher Prozess auf dem Lebensweg des Menschen.

Gerade die Folgeerscheinungen der Demenzerkrankung zeigen uns eindrücklich, wie sich der Lebenskreis eines Menschen vollendet – im 1. Lebensabschnitt auf Fürsorge angewiesen, wird der Mensch auch im letzten Lebensabschnitt nicht ohne Fürsorge auskommen.³

Der Umstand, dass die Demenzerkrankung derzeit nicht heilbar ist, zwingt uns dazu, diese Form des Alterungsprozesses anzunehmen, anstatt sie abzuschieben bzw. auszugrenzen.

Um dies erfolgreich umzusetzen, muss ein Schwerpunkt auf der demenzgerechten Gestaltung der Umwelt liegen. Erfolgreiche Integration entsteht da, wo Berührungsängste abgebaut werden und anstelle dessen ein solidarisches und verantwortungsvolles Bewusstsein der Gesellschaft gegenüber älteren Menschen wächst.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte im Sinne des Empowerment der Förderung von Fähigkeiten und Talenten von Demenz-Erkrankten gewidmet werden. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die positive Wirkung der Kunst- und Musiktherapie hinweisen, die den Fokus auf die Förderung der Talente von Demenzkranken richtet.^{7,8}

Ich bin davon überzeugt, dass all diese sozialtherapeutischen Maßnahmen dazu beitragen, dass sich die Lebensqualität von Demenz-Erkrankten verbessert und ein Leben in Würde gewährleistet werden kann.

4.2. Das Selbstbewusstsein der Sozialen Arbeit

In einer sozialen Marktwirtschaft wird gut bezahlte Arbeit immer auch mit Anerkennung verbunden. Eine Aufwertung der Care-Arbeit durch bessere Bezahlung ist darum längst überfällig, da dies per se zu mehr Selbstbewusstsein in einem Berufsbereich führen würde, dem bis heute zu wenig Anerkennung teil wird.

Fakt ist, dass in Deutschland ein bedenklicher Fachkräftemangel herrscht. Die von den Altenhilfe-Anbietern gesetzlich geforderte Fachkraftquote von 50 % kann selten erfüllt werden.³ Dies unterstreicht die Dringlichkeit des Problems, denn im Grunde geht es auch um die Würde derjenigen, die in diesem Berufsbereich arbeiten. Schlechte Bezahlung nimmt Einfluss auf die Arbeitsmoral und Motivation eines Care-Arbeiters. Wie wollen wir als Gesellschaft alten Menschen ein würdevolles Leben sichern, wenn wir nicht einmal in der Lage sind, denjenigen ein würdevolles Leben zu garantieren, die diesen Anspruch erfüllen sollen? Da, wo Menschen schlecht bezahlt werden und deren eigene Lebensqualität leidet, leidet auch die Qualität ihrer Arbeit.

Die soziale Marktwirtschaft hat hier in der Tat versagt und ist dem Kapitalismus zum Opfer gefallen. Die Empathie und Menschenliebe der in der Mehrheit weiblichen Care-Arbeiter beutet der Kapitalismus letztendlich schamlos aus.³

Nicht zuletzt liegt die geringe Wertschätzung der Sozialen Arbeit auch an den etablierten Hierarchiestrukturen innerhalb des Gesundheitswesens. Nur das Aufbrechen von festgefahrenen, „verkrusteten“ Machtstrukturen würde den Sozialwissenschaften die Möglichkeit geben, sich von den Medizinwissenschaften zu emanzipieren. Damit meine ich eine dezidierte Abgrenzung des eigenen Wissens und der eigenen Kompetenzen.

Selbstverständlich gehört dazu auch die rechtliche Verankerung der Sozialarbeit in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Denn eines ist klar: Die Medizin alleine kann den Bedarfslagen von Demenz-Erkrankten nicht gerecht werden – sie ist auf die Unterstützung der Sozialen Arbeit angewiesen.

Müssen wir grundsätzlich unser Menschenbild ändern? Diese philosophische Frage darf durchaus gestellt werden, wenn wir erkennen, dass materielle Werte allein uns nicht glücklich machen. Es sind Werte wie Anerkennung, Liebe, Fürsorge und Pflege, die unser Leben bereichern. Und diese finden wir in erfüllten mitmenschlichen Beziehungen. Es sind diese Werte, die in unserer Gesellschaft mehr abgebildet sein sollten, um generationenübergreifend im Dialog zu bleiben.

Ja, unser Menschenbild muss sich ändern. Und ja, wir sind auf dem Weg, aber es ist noch ein weiter Weg.

5. QUELLENVERZEICHNIS

1. Uhlmann, Berit: Berühmte Alzheimer Patienten: „Ich habe mich sozusagen verloren“, in: Süddeutsche Zeitung Online, 6. Jun. 2014, unter: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/beruehmte-alzheimerpatienten-ich-habe-mich-sozusagen-verloren-1.1980204-7> (abgerufen am: 20. Feb. 2019).
2. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz, unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/> (abgerufen am: 22. Mär. 2019).
3. Landakademie Weilrod, Fernstudium Sozialtherapie:
Noack, Winfried: „Familie kennen und beraten“,
Seibert, Horst: „Einführung in Grundfragen der Gerontologie“.
4. Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI): Vorschriften für die soziale Pflegeversicherung in Deutschland (Inkrafttreten am 1. Jan. 1995).
5. Katz, Juli; Kolosowa, Wlada: Interview mit Prof. Ina Praetorius: „Wer hat eigentlich verdient gut zu leben?“, in: Zeit Online, 11. Feb. 2019, unter: <https://www.zeit.de/arbeit/2019-01/care-arbeit-pflege-kinder-eltern-ina-praetorius/komplettansicht> (abgerufen am: 24. Feb. 2019).
6. Hanika, Heinrich: Pflege im europäischen Vergleich, 3. BFLK-Pflegefachtagung, 09. Sep. 2010, unter: https://bflk.de/sites/default/files/doku/2011/2010_rp_hanika.pdf (abgerufen am: 3. Apr. 2019).
7. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(42): [62]: Klinkhammer, Gisela: „Demenz: Musiktherapie fördert Wohlbefinden“, unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/147823/Demenz-Musiktherapie-foerdert-Wohlbefinden> (abgerufen am: 4. Apr. 2019).
8. West, Julian; Zeilig, Hannah; van der Byl Williams, Millie: „Co-creativity: possibilities for using the arts with people with a dementia“, in: Emerald (2018), unter: https://www.researchgate.net/publication/325630017_Co-creativity_possibilities_for_using_arts_with_people_with_a_dementia (abgerufen am: 16. Apr. 2019).