

Simone Mikeler

Soziale Arbeit mit Hochbetagten in der stationären Altenhilfe

Rahmenbedingungen und Möglichkeiten



disserta
Verlag

Mikeler, Simone: Soziale Arbeit mit Hochbetagten in der stationären Altenhilfe: Rahmenbedingungen und Möglichkeiten, Hamburg, disserta Verlag, 2015

Buch-ISBN: 978-3-95425-876-5

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95425-877-2

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2015

Covermotiv: © laurine45 – Fotolia.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2015
Printed in Germany

„Solange wir unsere Einstellung zu den psychisch Kranken von der Angst um *unsere* seelisch-geistige Gesundheit bestimmen lassen, wird sich nie etwas ändern, und wir werden die gestörten Menschen weiterhin dem Inferno der typischen ‘Anstalt für Geisteskranke’ überantworten und gelegentlich einen Entrüstungsschrei von uns geben, weil er dort in völligem Elend vegetiert.“¹

¹ Bettelheim 1978; S. 10. Zit. in: Hummel 1991; S. 64

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	9
Einleitung	11
1 Das vierte Lebensalter.....	15
2 Die Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit.....	24
2.1 Die Pflegeversicherung	24
2.2 Die Funktion der Sozialhilfe.....	29
2.3 Die Zukunft der Pflegeversicherung	30
3 Arbeiten und Leben im Alten- und Pflegeheim	33
3.1 Die Qualitätssicherung in der Altenpflege	33
3.2 Die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen	35
3.3 Die Anforderungen an die Pflege	38
3.4 Die Pflege zwischen Anspruch und Möglichkeiten	41
3.5 Das Leben im Alten- und Pflegeheim	44
3.6 Alternative Heimkonzepte.....	47
3.6.1 Lebensweltorientierte Heimkonzepte	49
3.6.2 Wohngruppen/ Hausgemeinschaften.....	51
3.6.3 Die besondere stationäre Dementenbetreuung	54
3.6.4 Das 'Drei-Welten-Modell'	56
4 Die Soziale Arbeit in der stationären Altenhilfe	59
4.1 Die Bewohnerzentrierte Ebene.....	60
4.2 Die Gemeinwesenorientierte Ebene.....	69
4.3 Die Institutions- und Mitarbeiterbezogene Ebene.....	76
4.4 Die rechtliche Verankerung Sozialer Arbeit im Heim.....	79
5 Konzeptentwicklung für das Aufgabenfeld Sozialer Arbeit im Seniorenheim Nordstadt	83
5.1 Das Seniorenheim Nordstadt	84
5.1.1 Die Bewohner.....	86
5.1.2 Die Personalausstattung im September 2003.....	88
5.1.3 Der Alltag der Heimbewohner	89
5.2 Die Aufgabenbereiche Sozialer Arbeit im Seniorenheim Nordstadt	89

5.2.1	Die Bewohnerzentrierten Aufgaben	91
5.2.1.1	Biographiearbeit.....	91
5.2.1.2	Einzelförderung für gerontopsychiatrisch veränderte alte Menschen	91
5.2.1.2.1	Erinnerungsarbeit.....	91
5.2.1.2.2	‘Snoezelen’ (Basale Stimulation)	92
5.2.1.3	Vorfeld- und Integrationsarbeit mit neuen Heimbewohnern	93
5.2.1.4	Psychosoziale Begleitung/ Krisenintervention	94
5.2.1.5	Die Stärkung des Heimbeirats	95
5.2.1.6	Zeitstrukturierende Angebote	96
5.2.1.6.1	Teilhabe der Bewohner am Heimalltag	96
5.2.1.6.2	Struktur für Menschen mit Demenz.....	97
5.2.1.6.3	Sozialpädagogische Gruppenangebote	98
5.2.1.6.4	Hausinterne Veranstaltungen.....	99
5.2.2.1	Die Stadtteilarbeit	100
5.2.2.2	Die Angehörigenarbeit.....	101
5.2.2.3	Bürgerschaftliches Engagement.....	102
5.2.2.4	Die Öffentlichkeitsarbeit.....	103
5.2.3	Die Milieugestaltung.....	104
5.2.3.1	Die Mitwirkung an der Organisationsentwicklung	105
5.2.3.2	Die Einführung von ‘Fingerfood’	106
5.2.3.3	Die Kooperation mit den Altenpflegern	106
5.2.3.4	Die Begleitung von Altenpflegeschülern, Praktikanten, FSJ-, Honorarkräften.....	107
6	Resümee	109
7	Literaturverzeichnis	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wohlfahrtspositionen	18
Abbildung 2 Das Mäeutische Konzept - Phasen der Krankheit	56
Abbildung 3 Phasen der Krankheit nach Feill.....	57
Abbildung 4 Phasen der Krankheit nach Held	57
Abbildung 5 Pflegesätze im Seniorenheim Nordstadt 09.03-08.05)	86
Abbildung 6 Anonymisierte Bewohnerliste Seniorenheim Nordstadt.....	87

Einleitung

Das Streben der Menschheit nach einem langen Leben bei guter Gesundheit scheint in den relativ reichen westlichen Industrieländern zunehmend erfüllbar. Die demographische Alterung der bundesdeutschen Gesellschaft schreitet weiter voran, immer weniger Menschen im arbeitsfähigem Alter müssen für die Versorgung von immer mehr älteren Menschen aufkommen. In der Sozialpolitik ist diese Entwicklung bereits eines der beherrschenden Themen. Um die prognostizierte Entwicklung bewältigen zu können wird die nationale Altenberichterstattung als Instrument der Politikberatung herangezogen. Alter und Altern muss nicht gleich Pflegebedürftigkeit bedeuten, doch auch der medizinische Fortschritt kann das mit dem Alter zunehmende Risiko, auf Hilfe und Pflege angewiesen zu sein, nicht ausschalten. Die ständig steigende Lebenserwartung bedeutet oftmals nur eine Verschiebung des Eintrittsalters in die Pflegebedürftigkeit. Jenseits des 80. bis 85. Lebensjahres steigt die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität², Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen deutlich an.³

Seit Inkrafttreten im Jahr 1995 mindert die Pflegeversicherung die finanziellen Risiken bzw. Folgen der Pflegebedürftigkeit, insbesondere im Alter. Zu den pflegepolitisch wichtigsten Grundsätzen gehört der Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber allen Formen stationärer Unterbringung und Betreuung. Durch die Pflegeversicherung mit ihren geschaffenen Leistungen zur häuslichen Pflege ist es möglich geworden, dass ältere Menschen heute wesentlich länger in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und von Angehörigen, Nachbarn und ambulanten Pflegediensten unterstützt werden. Als eine wesentliche Orientierung in der Lebensperspektive von alten und von betagten Menschen kann diese Unterstützung dennoch oft nicht den Umzug in ein Altenpflegeheim verhindern.

In den Alten- und Pflegeheimen hat eine dramatische Veränderung stattgefunden: Das Durchschnittsalter der Menschen, die heute in ein Heim aufgenommen werden, ist deutlich gestiegen. Die Bewohner haben einen wesentlich höheren Hilfebedarf, dennoch werden die Pflegedienstleistungen von immer weniger und schlechter ausgebildetem Personal erbracht. Die Prämissen der Gesetzgebung, nämlich Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Wettbewerbs- und Leistungsorientierung, stehen den

² eine Vielzahl von Erkrankungen, an denen eine Person gleichzeitig leidet

³ vgl. BMFSFJ 2002; S. 54f

aktuellen Forderungen nach einer Verbesserung der Pflegequalität entgegen und führen zu einer Zuspitzung der Diskussion um Inhalte und Kriterien von Qualität in der Pflege. Insbesondere Prinzipien wie Rationalisierung und Effektivierung des Behandlungs- und Pflegeprozesses stehen im Widerspruch zu Zielen wie Humanisierung und Ganzheitlichkeit der Pflege.

Die Zunahme an Hochbetagten führt in stationären Einrichtungen zu einer stetig wachsenden Zahl von Bewohnern mit psychischen Störungen und gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten. Demenzen und andere hirnormanische Störungen sind im höheren Lebensalter die häufigste Ursache für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Hauptgründe für die Unterbringung in Pflegeheimen sind neurodegenerative Erkrankungen (Demenzen), Depressionen und Schlaganfälle.⁴ Somit kommen ihnen rein quantitativ unter ökonomischen Aspekten eine immense Bedeutung zu. Altersheime mit 30 bis 50 Prozent Bewohnern, die an hirnormanischen Leistungsstörungen leiden, sind heute keine Seltenheit mehr.⁵ Auch alt gewordene psychisch Kranke werden aus Kostengründen in Pflegeheimen untergebracht. Eine kontinuierliche qualifizierte Behandlung kann jedoch nicht gewährleistet werden, da - im Unterschied zu gerontopsychiatrischen Fachabteilungen - die benötigten therapeutischen, fachpflegerischen und ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten nicht verfügbar sind. Die Mitarbeiter, die für diese speziellen Anforderungen nicht qualifiziert wurden, fühlen sich durch den Umgang mit aggressiven, verwirrten und depressiven Bewohnern stark belastet.⁶

Die einseitige Orientierung der Pflegeversicherung und die ausschließliche Begutachtung der körperbezogenen Funktionen und Verrichtungen wirkt sich negativ auf die Versorgungsstruktur der Bewohner aus. Die Lebensbedingungen von alten Menschen und vor allem von Menschen mit Demenz entsprechen dadurch oft einem 'Verwahrungsumfeld', es fehlt an angemessener psychosozialer Betreuung und deren Finanzierung.

Wenn die Grundwerte einer humanen Begleitung von alten Menschen, ihre Individualität, ihre Selbständigkeit und ihre Eigenverantwortung auch im Altersheim gefördert und realisiert werden sollen, stellt sich die Frage, welche spezifischen Kompetenzen und Inhalte die Soziale Arbeit angesichts der derzeitigen Rahmenbedingungen in der

⁴ vgl. Schneekloth 1997. Zit. in: Karst 2002; S. 45

⁵ vgl. Schröder 1996; S. 18

⁶ vgl. Zimber 1997. Zit. in: Braun/ Kühnert 1998; S. 65

stationären Altenhilfe beitragen kann, um die Lebensqualität und die Autonomie hochaltriger Menschen zu erhalten bzw. zu verbessern.

Dieser Fragestellung widmet sich die vorliegende Arbeit.

Ausgehend von der demographischen Alterung der Bevölkerung, beschäftigt sich das erste Kapitel mit der individuellen Planung der Wohnsituation bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, was Lebensqualität im Alter bedeutet und führt zu den Auswirkungen gesundheitlicher Probleme im Alter, dabei speziell zu der Frage nach der Versorgung von Menschen mit Demenz oder anderen hirnorganischer Störungen.

Im Zweiten Kapitel werden die Voraussetzungen für den gesetzlichen Leistungsanspruch des SGB XI erläutert und kritisch dargestellt und die teils widersprüchlichen Aussagen gesetzlicher Grundlagen zum Leistungsanspruch 'Soziale Betreuung' gegenübergestellt. Anschließend wird die ergänzende Funktion der Sozialhilfe erklärt, die finanzielle Lage der Pflegeversicherung dargestellt und mögliche zukünftige Entwicklungen in Bezug auf die Pflegeversicherung beschrieben.

Im dritten Kapitel werden ausgehend von der Veränderung der Bewohnerstruktur in Alten- und Pflegeheimen durch Hochaltrigkeit und einhergehenden gerontopsychiatrischen Veränderungen die gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung durch stationäre Einrichtungen aufgezeigt und die bestehenden und demnächst anstehenden gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung der Heime erläutert. Dabei werden die Probleme der Finanzierung durch leistungsgerechte Entgelte näher beleuchtet und die daraus resultierenden Anforderungen an die Arbeitsrealität der Pflegenden ausgearbeitet. Im zweiten Teil des Kapitels werden die psychische Belastung der alten Menschen beim Heimeinzug und der Alltag von Bewohnern in Heimen beschrieben, die ohne eine speziell dafür eingerichtete Soziale Betreuung auskommen müssen. Darauf werden alternative Heimkonzepte, die aus der Kritik an Institutionen entwickelt wurden, und verschiedene besondere Wohnformen für dementiell veränderte Bewohner vorgestellt.

Im Vierten Kapitel wird der mögliche Beitrag Sozialer Arbeit zur Qualität der Versorgung von hochaltrigen Menschen in Alten- und Pflegeheimen deutlich gemacht. Die Aufgabenfelder werden in bewohnerzentrierte, gemeinwesenorientierte und institutionsbezogene Ebene gegliedert und herausgearbeitet.

Im fünften Kapitel wurde in Kooperation mit der Pflegedienst-/ Heimleitung des Seniorenheims Nordstadt (Frau Maïke Stöver) eine konkrete Konzeptentwicklung für das Aufgabenfeld Sozialer Arbeit erstellt, darin enthalten ist die Beschreibung des Seniorenheims, die Bewohnerstruktur und das Mitarbeiterteam. Als Grundlage für die

möglichen Handlungsfelder eines beschäftigten Sozialarbeiters soll das Konzept der Weiterentwicklung der Dienstleistungen für die Bewohner und ihrer Zufriedenheit dienen. Zum anderen soll durch die Darstellung der Arbeitsbereiche und Arbeitsabläufe eine wichtige Voraussetzung für eine koordinierte Zusammenarbeit mit allen Arbeitsbereichen der Einrichtung, insbesondere der Pflege geschaffen werden.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich ausschließlich auf den vollstationären Bereich der Altenhilfe, wobei die Auseinandersetzung mit den überaus wichtigen Themen Sterbebegleitung der Bewohner und der Angehörigen, Sterben im Altersheim, lebensverlängernde Zwangsmaßnahmen und Patientenverfügungen nicht bearbeitet wurde.

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit nur die männliche Geschlechtsform verwendet. Außerdem habe ich den Begriff Sozialarbeit benutzt, der jedoch immer auch die Fächerkombination Sozialarbeit/Sozialpädagogik beinhaltet.

Um die Nutzung des Konzeptes (Kap. 5), das im Prinzip separat verwendbar ist, zu vereinfachen, wurde die Numerierung dieses Kapitel geändert.

1 Das vierte Lebensalter

Die Betrachtung des Alters als defizitäre Lebensphase hat sich zugunsten einer umfassenden Sichtweise verändert. Die dritte Lebensphase nach Abschluss der Berufs- und Kinderphase wird heute in drei Abschnitte aufgeteilt, denn sie kann 30 Jahre und mehr betragen. Durch das frühere Ausscheiden aus dem Berufsleben und die gestiegene Lebenserwartung hat sich der Zeitraum zwischen dem Beginn des Erwerbs-Ruhestandes und dem eigentlichen 'Altsein' (der Hochaltrigkeit) für viele Menschen erheblich ausgeweitet. Das Rentenalter wird deshalb auch nicht mehr als eine einheitliche Lebensphase angesehen, sondern man spricht vom 'dritten' und 'vierten' Alter.⁷ Unterschieden wird zwischen den 'jungen' Alten im Alter zwischen 50-60 Jahren, die frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden (müssen) und in den Vorruhestand treten, der dritten Lebensphase zwischen 60-80 Jahren und den Hochbetagten ab 80 Jahren.

Seit Beginn der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts entwickeln sich Umschichtungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Der kontinuierliche Anstieg in der Lebenserwartung über einen Zeitraum von 160 Jahren ist das Ergebnis verbesserter Lebensbedingungen, gesundheitsbewussterer Lebensführung und positiver Auswirkungen der Fortschritte in Medizin, Medizintechnik und Pharmakologie.⁸ Kennzeichen des Prozesses demographischen Alterns sind die absolute Zunahme älterer Menschen ab 60 Jahren sowie der Rückgang des Anteils der jüngeren Jahrgänge bei einer gleichzeitigen Zunahme des Anteils älterer Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung. In Deutschland wird erwartet, dass der Anteil der über 60-Jährigen von derzeit 22,5% in fünfzig Jahren auf rund 36% an der Gesamtbevölkerung ansteigt. Darunter ist insbesondere ein Anstieg hochaltriger Menschen über 80 Jahre zu verzeichnen.⁹ Im Vierten Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird der Beginn der Hochaltrigkeit für die Altersspanne zwischen 80 und 85 Jahren definiert. Möglicherweise muss diese Definition aufgrund der sich dynamisch verändernden Lebenserwartung in Zukunft höher angesetzt werden. Bei Frauen ist die Lebenserwartung nach den Periodensterbetafeln im früheren Bundesgebiet seit 1960

⁷ vgl. Kremer-Preiß, Stolarz 2003; S. 8

⁸ vgl. Max-Planck-Gesellschaft. Presseinformation vom 10. Mai 2002

⁹ vgl. BMFSFJ 2002; S. 55

von 72 auf 81 Lebensjahre gestiegen, bei Männern von 67 auf 75 Jahre.¹⁰ Nichts spricht dafür, dass der Gipfel der Lebenserwartung erreicht ist. Die Ergebnisse einer Studie des Rostocker Max-Planck-Institutes für demographische Forschung und der Universität Cambridge zeigen, dass die Theorien und Prognosen über vermeintliche Obergrenzen der Lebenserwartung gravierende Folgen für die Politik und die persönliche Lebensplanung haben werden. Viele der offiziellen Prognosen, die auf der Annahme beruhen, die Obergrenze der Lebenserwartung sei bald erreicht, lenken die Gesetzgebung und diejenigen, die für ihren Ruhestand planen und vorsorgen wollen, in die falsche Richtung. Das kann zur Folge haben, dass tiefgreifende, aber notwendige Änderungen in der Arbeits-, Gesundheits- und Rentenpolitik aufgeschoben werden.¹¹ Auch die Zahl der Höchstaltrigen wird weiter wachsen. Im Jahr 1998 wurden 2948 Personen im Bundesgebiet 100 Jahre alt.¹² Dieser demographische Wandel findet nicht allein in Deutschland statt, die Tendenz ist für alle europäischen Staaten feststellbar.¹³

Nichts ist alten Menschen - abgesehen von ihrer Gesundheit – emotional so wichtig wie die eigene Wohnung. Sie wollen auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen. Mit steigendem Alter wird das vertraute Wohnumfeld immer mehr zum Lebensmittelpunkt. Alltag im Alter bedeutet vor allem Wohnalltag. Dennoch sind nach Untersuchungen der Schader-Stiftung 65% der Altershaushalte bereit, im Alter noch einmal umzuziehen, diese Bereitschaft nimmt jedoch mit steigendem Alter ab.¹⁴ Ältere Menschen leben häufig nicht in altersgerechten Wohnungen. Die Maßnahmen zur Sanierung gehen von der barrierefreien Gestaltung der Wohnung, über den Lifteinbau bis zur Anpassung der Sanitärbereiche. Auch wenn der gesamte Wohnungsbestand altengerecht ausgestattet wäre, bleibt dennoch ein Bedarf an besonderen Wohnformen für ältere Menschen, wenn ein umfassender Pflege- oder Betreuungsbedarf oder wenn psychische Probleme durch Vereinsamung (Verwahrlosung, Depressionen und Alkoholismus) ein Alleinleben nicht sinnvoll erscheinen lassen.

¹⁰ vgl. Statistisches Bundesamt 2000a; S. 9. Zit. in: Deutscher Bundestag 2002. Drucksache 14/8800; S. 15

¹¹ vgl. Max-Planck-Gesellschaft. Presseinformation vom 10. Mai 2002

¹² vgl. BMFSFJ 2002; S. 56 f

¹³ vgl. Deutscher Bundestag 2002; S. 15

¹⁴ vgl. Kremer-Preiß/ Stolarz 2003; S. 7