LEBENS- UND BEDARFSLAGEN IM ALTER

Herausforderungen für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie

Michael Vogt (Hrsg.)

ziel

LEBENS- UND BEDARFSLAGEN IM ALTER

Herausforderungen für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie

Michael Vogt (Hrsg.)

ziel

Herausgegeben von
Prof. Dr. Michael Vogt

Wichtiger Hinweis des Verlags: Der Verlag hat sich bemüht, die Copyright-Inhaber aller verwendeten Zitate, Texte, Bilder, Abbildungen und Illustrationen zu ermitteln. Leider gelang dies nicht in allen Fällen. Sollten wir jemanden übergangen haben, so bitten wir die Copyright-Inhaber, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Inhalt und Form des vorliegenden Bandes liegen in der Verantwortung der Autoren.

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 brufbar.

Printed in Germany

ISBN 978-3-944708-00-3

Verlag ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH
Zeuggasse 7–9, 86150 Augsburg, www.ziel-verlag.de
1. Auflage 2014

Gesamtherstellung Friends Media Group GmbH
www.friends-media-group.de

© Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Einleitung 4

I. Individualisierung und Sozialraumorientierung in der Altenhilfe 7
Alfons Maurer

II. Beratung älterer Menschen – Grundlagen, Erfordernisse, Praxis 37
Meinolf Peters (Marburg)

III. Beratung mit älteren Migrantinnen und Migranten 53
Norbert Kunze

IV. Partnerschaft und Partnerschaftsberatung im Alter 81
Michael Vogt

V. Bio-Psycho-Soziale Einflüsse auf die Sexualität im Alter 111
Yasmin Schunk

VI. Personenzentrierte Gesundheitsförderung im Alter 157
Wolfgang Rutz

VII. Altern und Intergenerationenbeziehungen in ländlichen Regionen 175
Hans Goldbrunner

VIII. Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation 195
Johannes Kraft

Personenregister 230

Einleitung

Alter und Altern erfordert permanente Anpassungsprozesse, nicht nur von den Menschen, die älter werden, sondern ebenfalls von den unterstützenden Institutionen und Einrichtungen der Altenhilfe, Beratung wie der Geriatrie.

In diesem Kontext stellen sich für professionelle Helfer neue Aufgaben der Begleitung und Unterstützung, die sich nicht selbstverständlich erschließen, vor allem dann nicht, wenn die Angehörigen der Helfersysteme selber noch ein gehöriges Stück von der Selbst- und Fremdzuschreibung der „Lebenserfahrenheit" entfernt sind.

Das vorliegende Buch, an dem namhafte Autoren beteiligt sind, die sich seit langem mit besonderen Herausforderungen im Alter auseinandersetzen, will einen Beitrag für die Ausgestaltung von Lehre an Hochschulen, insbesondere in den Bereichen der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung, leisten, zugleich aber auch erfahrene Praktiker in der Beratungsarbeit, der Altenhilfe und der Geriatrie für neue Ansatzpunkte in ihrer Arbeit sensibilisieren. Die Beiträge legen allesamt eine bio-psycho-soziale Betrachtung von Alterungsprozessen zugrunde, die notwendige und sinnvolle Unterstützung folgerichtig als einen ganzheitlichen und salutogenetischen Prozess definiert.

Ein besonderes Gewicht liegt insoweit auf die Betonung der Beziehungsdimensionen älterer Menschen, sowohl in der Interaktion professioneller Helfer und älterer Menschen, wie auf die bestehenden partnerschaftlichen wie familiären Bindungen, die für die subjektive Lebensqualität des Menschen besonders relevant sind. In einer interdisziplinären Akzentuierung kommt den gewachsenen Anforderungen an Netzwerkarbeit eine besondere Bedeutung zu; schließlich suchen gerade Menschen an Schnittstellen ihres Lebens besonders „nach einem erkennbaren roten Faden" von Unterstützung und Begleitung. Für Fachkräfte selber stehen immer umfangreichere Beratungsaufgaben in verschiedenen Lebenslagen an, die sich nicht unmittelbar durch reine Informationsvermittlung lösen lassen, sondern eine sensible „Begegnungsarbeit" erfordern. Dies ist ohne entsprechende selbstreflektive Auseinandersetzung und einrichtungsspezifischer Entwicklung der miteinander arbeitenden Menschen kaum möglich, so dass hier vor allem Aspekte der Beratung thematisiert werden, die sowohl in der Praxis wie in bisherigen Veröffentlichungen eher zu kurz gekommen sind.

In der Tradition der Klinischen Sozialarbeit begründet richtet sich ein zweiter Fokus auf die soziale Dimension von Alterungsprozessen und seiner strukturellen Auf- und Annahme in der Gesellschaft. Nach wie vor existiert kein tradiertes Wissen um einen angemessenen Umgang mit Altern und Alter, da keine Generation zuvor eine so lange fernere Lebenserwartung hatte, wie die heute Hochbetagten. Die Folge sind zahllose Unsicherheiten im Umgang mit Alterungsprozessen, sowohl mit eigenen wie mit denen, die Sozialarbeiter, Berater oder Pflegende in ihren beruflichen Kontexten erleben. Unsicherheiten zählen jedoch mit zu den vorrangigen Motiven, die Stigmatisierungsprozesse begünstigen, gerade dann, wenn Menschen über die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit gleichermaßen und berechtigt Inklusion und Integration im soziokulturellen Umfeld beanspruchen. Insoweit kann eine bifokale Betrachtungsweise, die auch diese strukturellen Rahmenbedingungen mit in den Blick nimmt, zu einer erhöhten Sensibilität im Umgang mit älteren Menschen führen, die den gemeinschaftlichen Umgang auf Augenhöhe konstruktiv beeinflussen kann. Dazu zählt eine Abkehr von defizitären Betrachtungsweisen des Alters und eine stärker an bestehende Ressourcen älterer Menschen orientierte Vorgehensweise in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit und der Pflege.

I. Individualisierung und Sozialraumorientierung in der Altenhilfe

Alfons Maurer

„Das Alter wird nur dann respektiert werden, wenn es um seine Rechte kämpft und sich seine Unabhängigkeit und Kontrolle über das eigene Leben bis zum letzten Atemzug bewahrt.“

Cicero [1]

Einführung

Im Januar 2007 strahlte das ZDF einen Film mit dem Titel „2030 – Aufstand der Alten“ aus. Nach dieser so genannten Doku-Fiction zeichnet sich ein eher düsteres Bild für die Zukunft unserer Gesellschaft ab. Das Szenario dieser Doku-Fiction sieht folgendermaßen aus: Im Jahr 2030 ist das Renteneintrittsalter auf 70 Jahre angehoben. Da es immer mehr Rentenempfänger und alte Menschen gibt und zugleich immer weniger erwerbstätige Menschen, die der Verpflichtung des Generationenvertrages nachkommen können, hat die Regierung eine Einheitsrente in Höhe von 560 € beschlossen. Von dieser Einheitsrente müssen Miete, Lebensunterhalt, Medikamente und ärztliche Versorgung bezahlt werden, da die Kranken und Pflegekassen – im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht – kaum noch Kosten übernehmen. Wem es gelungen ist, noch rechtzeitig Zusatzversicherungen abzuschließen, der hat das große Los gezogen. Diejenigen, die keine Zusatzversicherung haben und keine zusätzlichen Einnahmen und niemanden zur Last fallen möchten, lassen sich einschläfern. Eine Verarmung und Verelendung breiter, insbesondere älterer Bevölkerungsschichten, kennzeichnet im Jahr 2030 die deutsche Gesellschaft. Großkonzerne und Regierung gehen einen Pakt ein, um zu verhindern, dass diese veramte ältere Bevölkerungsgruppe einen Zugang zu den Gütern und dem Wohlstand der Gesellschaft erhält. Eine Gettoisierung der neuen Art hat stattgefunden.

1 Zitiert nach: Thane P. (Hrsg.), Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt 2005, 5.

Mit dieser Doku-Fiction wollte das ZDF das Szenario einer Gesellschaft beschreiben, in der die Überalterung und der Mangel an jungen und erwerbstätigen Menschen die zentralen Probleme geworden sind.

Nun gibt es sicherlich auch andere Vorstellungen und Entwürfe des Älterwerdens. Viele Zeitgenossen erwarten gerade vom Alter und Ruhestand ein sorgenfreies Leben, in dem viel von dem möglich wird, was auf Grund von Arbeit und sonstigen Verpflichtungen zu kurz gekommen ist. Der populäre Bremer Bürgermeister Henning Scherf schrieb nach Eintritt in seinen Ruhestand: „Ich fühle mich alles andere als alt. Ich erlebe derzeit eine Phase voller Lebenslust, mit regem Interesse an Neuem und großer Freude über Hausforderungen. Und so wie mir geht es vielen in meiner Altersgruppe. Wir erfahren uns als eine begünstigte Generation, die älter werden darf als alle, die vor ihr gelebt haben. Wir können mit Mitte siebzig, manche sogar noch mit achtzig, neue Lebensentwürfe ausprobieren. Durch unsere längere Lebenserwartung bei guter Gesundheit hat sich eine neue Lebensspanne zwischen das mittlere und das hohe Alter geschoben. Wir sind die jungen Alten – und so wollen wir auch leben. Wir ziehen mit sechzig noch in eine Wohngemeinschaft. Wir laufen mit siebzig noch Marathon. Wir beraten mit achtzig noch Firmen im Ausland. Wir probieren aus, was noch geht. Und es gibt noch einiges“ [2].

Ist das Alter nun eine Phase der zusätzlichen Möglichkeiten und der Vielfalt oder eine Phase der Verelendung und Armut? Spätestens mit dem Buch von Frank Schirrmacher mit dem Titel „Methusalem-Komplott“ beschäftigt sich die öffentliche Diskussion in Deutschland intensiv mit den möglichen Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland [3].

Schirrmacher prophezeit gesellschaftliche Veränderungen, deren Ausmaß uns bisher nicht bewusst war. Er prognostiziert eine „neue Phase der Weltgeschichte“, die „die ganze westliche Welt in einen Ausnahmezustand“ versetzen wird [4]. Neben allen sich schon jetzt abzeichnenden ökonomischen Versorgungs- und Umverteilungsproblemen steht uns auch die Erschütterung unserer psychischen Welt bevor. Wir sind auf das Alter und die Überalterung unserer Gesellschaft nicht vorbereitet. Jede und jeder in unserer Gesellschaft muss in den nächsten dreißig Jahren neu lernen zu altern, oder er wird finanziell, sozial und seelisch gestraft. Gegen diese Bedrohung hilft nur, sich zu verbünden, einen Komplott zu schmieden: „Das Methusalem-Komplott“. Schirrmacher fordert ein neues politisches Selbstbild der älteren Menschen in Deutschland.

2 Scherf H., Grau ist bunt. was im Alter möglich ist, Freiburg 2006, 23f.
3 Schirrmacher F., Das Methusalem-Komplott, München 2004.
4 Ebda.

Eine solche Streitschrift provoziert Gegenreaktionen. Nicholas Strange, geboren in England, in Deutschland als Unternehmensberater tätig, hält die Grundthese von Schirrmacher, die er variierend Methusalem-Gespenst, Methusalem-Mythos oder Methusalem-Märchen nennt, für ein typisch deutsches Katastrophen-Szenario [5]. Strange widerspricht nicht der Demografie und der Entwicklung einer älter werdenden deutschen Gesellschaft, sondern dass mit diesen Älterwerden eine Renten- oder gar grundsätzliche Wirtschaftskatastrophe verbunden ist. Kern seiner Betrachtung ist die Frage der Produktivität und der Produktivitätsreserven in der deutschen Gesellschaft. Nach seiner Hochrechnung stehen im Jahr 2050 ca. 5,5 Millionen Menschen als Arbeitsmarktreserve zur Verfügung, die unter bestimmten Bedingungen genutzt werden können: wenn kürzere Ausbildungszeiten eingeführt werden, wenn die Jahresarbeitszeit erhöht wird, wenn Frauen nach der Familienphase verstärkt in den Beruf zurückkehren, wenn die Teilzeitarbeitserhältnisse im Umfang erhöht werden, wenn die Arbeitslosigkeit auf 3 % gedrückt wird. Es hänge von der Politik ab, ob sie die Weichen hierfür stellen wird. Bei einer Nutzung dieser Arbeitsmarktsreserve ist es leicht möglich, den Wohlstand für alle Bevölkerungsschichten in den nächsten fünfzig Jahren zu erhalten. Strange macht damit die Arbeitsmarktpolitik und die Verteilung von Arbeit in der deutschen Gesellschaft zur Schlüsselfrage [6].

Andere Autoren [7] liegen mit ihrer Diagnose zwischen Strange und Schirrmacher. Gronemeyer befürchtet insbesondere eine Zunahme der sozialen Unsicherheit und sieht die Gefahr, dass sich größere Teile der Bevölkerung eine ausreichende Vorsorge nicht leisten können wird. Nur wer in der Lage ist, seine Risiken gut abzusichern, hat ausgesorgt [8]. Miegel geht von einem immensen politischen Reformbedarf [9] aus. Dieser wird erst angegangen werden können, wenn die Deutschen aufhören, die Wirklichkeit zu verdrängen. In seinem neuen Buch „Epochenwende“ fordert er entschieden eine Rückbesinnung auf geistig-sittliche Kräfte [10].

5 Strange N., Keine Angst vor Methusalem! Warum wir mit dem Altern unserer Bevölkerung gut leben können, Springe 2006.

6 Strange (2006, 132) hält die Probleme für lösbar: „Die Sorgen und Ängste um die Veralterung unserer Gesellschaft verstellen uns den Blick auf andere dringendere und nebenbei gesagt viel leichter lösbar Probleme unserer Gesellschaft“. Ganz ohne Arbeit und Zeitdruck geht es aber nicht: „Es wird aber Zeit, die Dinge in Angriff zu nehmen, denn im Gegensatz zu Methusalem bleiben uns dafür keine 969 Jahre.“

7 Gronemeyer R.2004, Miegel M, 2002 und 2007.

8 Gronemeyer R., 2004 86ff.

9 Miegel 2002, bes 265ff.

10 Miegel 2007, 11.

Die Sichtweisen des zukünftigen Alters hängen offensichtlich in hohem Maße von impliziten oder expliziten politischen Annahmen ab, wie es der deutschen Gesellschaft gelingt, anstehende Fragen und Aufgaben im Bereich der Sozial- und Wirtschaftspolitik zu lösen. In den folgenden Ausführungen soll es jedoch nicht darum gehen, ob zukünftig der Wohlstand für die deutsche Gesellschaft gesichert ist, der Sozialstaat in der jetzigen Form weiterexistieren kann oder Transformationen nötig sind, sondern vielmehr darum, wie denn eine Versorgung und Betreuung der Hochaltrigen, der hilfebedürftigen älteren Menschen und der pflegebedürftigen Personen in Deutschland mit angemessenen Formen und Angeboten sichergestellt werden kann. Vielfältige Studien zur Frage des zukünftigen Pflege- und Betreuungsbedarfes für die derzeit rasch anwachsende ältere Gesellschaft zeigen auf: Für die Sozial- und Gesellschaftspolitik in Deutschland, vermutlich sogar in Europa, liegt die wohl größte soziale, gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung in der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Anliegen der nächsten Kapitel ist es, in der Analyse der Veränderungen der älterwerdenden Gesellschaft und der sich daraus abzeichnenden Bedarfe die hierfür relevanten Wirkfaktoren zu identifizieren. Die Herausarbeitung der Wirkfaktoren dient zugleich dem Versuch, Perspektiven der Altenhilfe zu benennen, die eine Entwicklung einer möglichst bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungsstruktur befördern.

Der Begriff Altenhilfe ist eingeführt und gebräuchlich; genaue Definitionen des Begriffs sind demgegenüber kaum auszumachen. Im Folgenden sind unter Altenhilfe Maßnahmen und Initiativen zur Förderung und Unterstützung alter und hochbetagter Menschen gemeint. Altenpflege ist ein Teil von Altenhilfe [11]. Im Unterschied zur generellen Seniorenarbeit setzt Altenhilfe hilfebedürftige ältere Menschen voraus. Darum ist Altenhilfe abzugrenzen von Freizeit- und Wellnessangeboten für Ältere sowie Bildungsarbeit mit Senioren. Freilich gibt es hier fließende Übergänge [12].

11 Einrichtungen der Altenhilfe sind demnach betreute Wohnanlagen, ambulante, stationäre und teilstationäre Pflegeinrichtungen, Wohngemeinschaften für Ältere, etc. auch gerontopsychiatrische Angebote gehören hierzu.

12 Auch in stationären Pflegeinrichtungen gibt es Angebote von Wellness und Bildung sowie die Durchführung von Urlaubsmaßnahmen.

1. Gesellschaftlicher Umbruch und die Altenhilfe

Wer nach den Perspektiven der Altenhilfe in Deutschland fragt, muss bei den Antriebsmotoren einer sich verändernden deutschen Gesellschaft ansetzen: Was sind die Wirkfaktoren, die einen unmittelbaren oder auch mittelbaren Einfluss auf den Wandel sowohl der Strukturen der Gesellschaft als auch der Bedarfs- und Bedürfnislagen der Gesellschaft haben? Was beeinflusst das Denken, Fühlen und Verhalten der älteren Menschen?

Die älterwerdende Gesellschaft in Deutschland wird – und das ist unstrittig – von der demografischen Entwicklung geprägt. Problematisch scheint, dass die Demografie derzeit zur Totalerklärung avanciert. Aber allein aus der Zunahme von älteren und irgendwann hilfe- und pflegebedürftigen Menschen lässt sich weder die gegenwärtige noch die zukünftige Situation ausreichend aufklären. So lässt sich festhalten, dass die demografische Entwicklung lediglich einer von mehreren Wirkfaktoren ist.

Die moderne Gesellschaft im 21. Jahrhundert wandelt sich zur post- oder „mehrmodernen" Gesellschaft. Im Verhältnis zur industriellen Produktion gewinnen die Dienstleistungen immer mehr an Bedeutung. Die Auflösung traditioneller Denk- und Lebensbilder bringt eine Dynamik der Individualisierung hervor, die als wirkmächtige Grundkraft Strukturen, Menschen und Gemeinwesen verändert und noch mehr verändern wird, so dass als zweiter Wirkfaktor die Individualisierung festzuhalten ist. Letztendlich wirkt sich die Entgrenzung des wirtschaftlichen Denken und Handelns grundlegend auf die Altenhilfe aus. Wirtschaftliche Regeln sind nicht mehr an nationale Grenzen gebunden und es kommt zu einer Ökonomisierung von Lebenswelten, die einer übergeordneten wirtschaftlichen Betrachtungsweise Vorschub leistet. Globalisierung und Ökonomisierung von Lebenswelten sind als dritter Wirkfaktor zu nennen.

Als Konsequenzen dieser Wirkfaktoren gilt es zwei weitere wirkmächtige Tendenzen zu betrachten, die Sozialraumorientierung einerseits und der Umgang mit Risiken andererseits. So wird die fachlich und fachpolitisch geforderte Sozialraumorientierung der Altenhilfe hier als ein Reflex und durchaus auch als eine Gegenbewegung zur Individualisierung verstanden. Dies schmälert nicht ihr Anliegen und ihre Berechtigung. Die Frage wird sein, ob der damit verbundene Mythos von Gemeinschaft kräftig genug ist, den Verlust an familiärer Bindung und Geborgenheit auszugleichen. Globalisierung und Individualisierung schaffen eine Risikogesellschaft. Dies hat für jeden Einzelnen Auswirkungen. Aber dies hat auch weitgehende Konsequenzen für die Möglichkeit und Überlebensfähigkeit von Institutionen in einer solchen Gesellschaft. Es stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten und Risiken für institutionalisierte Angebote und Dienstleistungen bestehen, gewissermaßen in der Dynamik der Veränderungen eine ausreichende Basis für Konstanz und Kontinuität zu finden.

So soll im Folgenden drei[13] der hier genannten Aspekte nachgegangen werden, wobei die Themen „Individualisierung“ und „Sozialraumorientierung“ ausführlich erörtert werden[14]:

1. Demografische Entwicklung
2. Individualisierung (Bedürfnisorientierung; Kundenorientierung)
3. Wiederentdeckung des Dorfprinzips – Von der Familienorientierung zum Nachbarschaftsmythos (Sozialraumorientierung).

2. Demografische Entwicklung

Um 1900 lag die Lebenserwartung der Frauen bei 44 und bei den Männern bei 40,6 Jahren, hundert Jahre später um 2000 betrug die Lebenserwartung bei den Frauen 81,2 und bei den Männern bei 75,4 Jahre[15]. Brachten Frauen im Jahr 1960 durchschnittlich 2,5 Kinder zur Welt, waren es 2000 lediglich noch 1,3 Kinder. Etwa 2,2 wären notwendig für eine gleich bleibende Bevölkerung.

Die Alterspyramide von 1900 wurde 2000 zu einer Raute und wird 2050 zu einem Pils. Es wird also in Deutschland in den nächsten 30 bis 40 Jahren eine Zunahme an alten und älteren Menschen geben, für die dann auch quantitativ ausreichend Versorgungs- und Unterstützungsangebote vorhanden sein müssen. Der Anteil der über 60-Jährigen nimmt in den nächsten Jahren kontinuierlich zu. Der Altersquotient (Anteil der über 60-Jährigen zu den 20-60-Jährigen) lag im Jahr 2010 bei 46 % und er wird bis zum Jahr 2020 auf 55 % und im Jahr 2030 auf 71 % steigen. Im Jahr 2050 machen die über 60-Jährigen zahlenmäßig etwa 80 % des Anteils der Bevölkerung zwischen 20 und 60 Jahren aus. Insbesondere die Zahl der Hochaltrigen zwischen 80 und 100 Jahren wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erheblich zunehmen. Während 2000 etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung unter 40

13 Das Thema der „Ökonomisierung“ habe ich ausführlicher an anderer Stelle diskutiert. Vgl. Maurer A., Versehrte Identität im Kontext einer Ökonomisierung des Sozialen, in: G. Droesser, R. Lutz und J. Sautermeister (Hg.), Konkrete Identität. Vergewisserungen des individuellen Selbst, Frankfurt 2009, S. 193 – 211. und in: Ökonomisierung und Humanität. Konzept einer ganzheitlichen Altenpflege, in Fromm Forum 2010. Auch das Thema „Risikogesellschaft“ kann hier nicht vertieft werden; es hier auf die Publikationen von U. Beck, 1986, 193 und 2007 hingewiesen.

14 Im Kontext der hier benannten Aspekte zeigen sich weitere relevante Themen, die hier nur angezeigt, aber nicht vertieft werden können: Wie gelingt es eine kultursensible Versorgungsstruktur in der Altenhilfe aufzubauen? Welche Ansätze und Interventionen sind nötig, um zu einer nachhaltigen Gewaltprävention gegenüber Pflegebedürftigen sowohl im häuslichen wie auch stationären Bereich zu gelangen? Wie kann einer latenten und offenkundigen Diskriminierung von Alter und Hilfebedürftigkeit im Alter begegnet werden? Welche neuen Möglichkeiten ergeben sich aus Fortschritten der Technologie und Informationsverarbeitung für die hilfebedürftigen Älteren?

15 2006 lag die Lebenserwartung schon wieder um etwa 2 – 3 Jahre höher; dann gibt es regionale Unterschiede: in Baden-Württemberg und Bayern liegt die Lebenserwartung über dem Bundesdurchschnitt.

Jahre alt war und die andere Hälfte über 40 Jahre, wird es 2050 in etwa eine Drittelung der Gesellschaft geben: ein Drittel unter 40 Jahre, ein Drittel zwischen 40 und 65 Jahre und ein Drittel über 65 Jahre (die Hochaltrigen ab 80 Jahre machen dann 11 % der Bevölkerung aus). Laut statistischem Bundesamt ist im Jahre 2020 mit rund einer Million mehr Pflegebedürftigen zu rechnen als heute (Zunahme von ca. 50 %; im Jahr 2010waren es ca. 2,3 Millionen). Linear hochgerechnet würde dies eine Zunahme von mindestens 100.000 in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen und von mindestens 300.000 stationären Pflegeplätzen mit sich bringen. Die Erfahrung zeigt, dass solche linearen Prognosen sehr fragwürdig sind. Die „Kunden“ suchen ihre eigenen Hilfearrangements.

Besonders hinzuweisen gilt es auf die Zunahme der Menschen mit Demenz: Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Demenz steigt kontinuierlich mit dem Fortschreiten des Alters.

3. Die Versorgung von hilfebedürftigen Älteren als qualitative und individuelle Aufgabe

3.1 Von der Freiheit und der Riskanz des Lebens, den Optionen und dem Zwang zur Selbstinszenierung

Der einzelne Mensch, das Individuum, verdrängte seit dem 18. Jahrhundert zunehmend die Familie und die Gruppe (z. B. Zünfte, Parteien, Vereine, etc.) und wurde in der Moderne zur sozialen und ökonomischen Grundeinheit der Gesellschaft: „Es gibt in der westlichen Welt und darüber hinaus wohl kaum einen verbreiterten Wunsch, als den, ein ‚eigenes Leben’ zu führen“ [16]. Dies schafft auf der einen Seite ungeahnte neue Möglichkeiten und Optionen: Die „freie Auswahl aus einer möglichst hohen Anzahl von Wahlmöglichkeiten bildet den geheimen Lehrplan des fortschrittlichen Denkens. Der globale Supermarkt an Möglichkeiten, an realisierbaren Möglichkeiten, ist das erstrebte Endziel, wo wir auch hinschauen“ [17]. Auf der anderen Seite schafft dies auch hohe Unsicherheit und Anfälligkeiten. Nach Beck ist das „tägliche Ringen um die Autonomie des eigenen Lebens“ zur „Kollektiverfahrung der Welt geworden, in ihm drückt sich die neuartige Restgemeinschaft aus“ [18].

16 Beck U., Weltrisikogesellschaft, Frankfurt 2007, 388.
17 Gross Peter, Die Multioptionsgesellschaft, Frankfurt 1994, 41.
18 Beck U., 2007, 388.

Aufgrund der verlorenen gegangenen Gewissheiten und der Auflösung von sozialen und lebensweltlichen Selbstverständlichkeiten (durch die man in der Regel wusste, wie man sich zu verhalten hat) hat das Individuum im Umkehrschluss seine Lebenswelt und seine Lebensform selbst zu erfinden, zu wählen und zu managen. Die daraus resultierende Verpflichtung zum Selbstmanagement trifft jedoch auf eine natürliche Begrenzung der Verarbeitungskapazität des Individuums. Der Prozess, viele und divergierende Ansprüche in ein zeitliches Nacheinander zu bringen, schafft eine Atmosphäre der Selbsterzeugung. Das Individuum hat sich mit seinen Organisations- und Lebensentscheidungen gewissermaßen selbst herzustellen. Dieser in der Soziologie als „Individualisierung“ [19] bezeichnete Vorgang beruht nun keineswegs auf einer freien Entscheidung der Menschen, sondern stellt das Ergebnis einer langen, der Geschichte innewohnenden Emanzipationsdynamik dar. Jeder Mensch unterliegt der Individualisierung, d. h. dem Zwang zur Gestaltung und „Selbstinszenierung“ [20] seiner Biographie und seiner lebensweltlichen Vernetzung im Alltag. Individualisierung meint also nicht Vereinsamung oder Beziehungslosigkeit, sondern die Auflösung von industriegesellschaftlichen Lebensformen mit dem Zwang, sein Leben selbst gestalten und hervorbringen zu müssen.

Das Paradox liegt darin: Vorhandene Selbstverständlichkeiten zerfallen und lösen sich auf bzw. auf sie kann nicht fraglos zurückgegriffen werden, zugleich besteht der Zwang für sich selbst und miteinander, neue Selbstverständlichkeiten zu finden, ggf. zu erfinden. Und dies allem in dem Bewusstsein, der Erzeuger der eigenen Selbstverständlichkeit zu sein, d. h. im Falle der Brüchigkeit oder des Scheiterns der gewählten Lebensform liegt die Verantwortung ausschließlich beim Individuum selbst. Die Dynamik der Individualisierung hat nun im 21. Jahrhundert mit aller Vehemenz auch das Alter erreicht.

19 Vgl. hier vor allem die bahnbrechenden Arbeiten von Beck. U., Risikogesellschaft, Frankfurt 1986.; Gross P., Die Multioptionsgesellschaft, Frankfurt 1994.

20 Beck U., Die Erfindung des Politischen, Frankfurt 1993,152.

3.2 Individualisierung in der Altenhilfe

Der Aufbau der Versorgungsstrukturen in der ambulanten und stationären Altenhilfe in Deutschland basiert auf der Annahme eines wachsenden Bedarfes von Hilfe und Pflegebedürftige bei hochbetagten Menschen. Demgegenüber verhalten sich jedoch die älteren und hochbetagten Menschen offensichtlich anders als erwartet und nicht automatisch so wie es der Bedarf vermuten lässt. So entspricht die Nachfrage im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe längst nicht linear dem prognostizierten Bedarf. Womit hängt dies zusammen?

Die frühere und wohl auch die heutige Generation von Hochbetagten haben einen hohen Anspruch an Sicherheit und Geborgenheit. Zugleich spielt für sie bereits heute eine Abwägung zwischen den Kosten und dem Standard der Versorgung eine große Rolle. Dies führt dazu, dass in der Relation von Kosten und Nutzen nicht selten eine suboptimale Lösung gewählt wird. Auch scheint der Verbleib im eigenen häuslichen Bereich von allergrößter Bedeutung, so dass dafür tendenziell auch weniger professionelle und qualifizierte Hilfen in Pflege und Betreuung akzeptiert werden. Ferner scheint bedeutsam, dass Bedürfnisse nie eindimensional zu betrachten sind, sondern miteinander in Konkurrenz stehen. So treffen Wünsche nach Geborgenheit und Sicherheit auf Werte wie Bedürfnisorientierung, Freiheit, Autonomie, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, etc. und bringen einen Abwägungsprozess in Gang.

Vermutlich geht es auch gar nicht so sehr darum, die Bedürfnisse der zukünftigen Hochbetagten gut zu kennen. Bedeutsamer scheint es zu wissen, wie die Hochbetagten mit ihrer Bedürfnislage umgehen. Es werden Kenntnisse benötigt, die wenigstens ansatzweise Antworten auf folgende Fragen ermöglichen: Wie verändern sich die zukünftigen Lebenslagen? Wie sind die Lebensmilieus und welche Altersbilder werden darin transportiert? Wie gehen die zukünftigen Alten mit ihren persönlichen Erwartungen, Bedürfnissen und Interessen um?

Der Trend- und Zukunftsforscher Matthias Horx zeichnet ein bestimmtes Bild der zukünftigen Gesellschaft und der älteren Menschen in ihr. Dabei stellt er folgende Thesen auf[21]:

1. Als Folge der steigenden Lebenserwartung entsteht eine Kultur der bewussten Lebensführung. „Fragen der richtigen Lebensführung nehmen im öffentlichen Diskurs einen breiten Raum ein und bilden einen riesigen medial-therapeutischen Sektor aus“[22].
2. Eine Konsequenz der fortschreitenden Individualkultur ist eine Biografisierung des Lebens: In diesem Sinne kann Lebenskunst auch als die gelungene Moderation der „biografischen Komplexität“ verstandenen werden. Der Einzelne moderiert und managt seine unterschiedlichen Bedürfnisse und seine Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppierungen so gut er kann.
3. „Kontrolliertes lebensverlängerndes Vorsorgeverhalten wird zu einem gesellschaftlichen Grundkodex“[23]. Das heißt, wer sich ungesund verhält oder risikoreiche Dinge tut, der zahlt deutlich höhere Versicherungsprämien.
4. „Ein dichtes Netz von Life-Coaches, biografischen Therapeuten und Lebensgestaltern hilft Menschen bei der Selbstverbesserung und im Krisenmanagement“[24]. Horx geht davon aus, dass diese Dienstleistungen auch den nicht vermögenden Bürgern zur Verfügung stehen.
5. Ab einem Lebensalter von 80 Jahren stehen den Menschen alle Drogen frei zur Verfügung[25].

Die Individualisierung setzt sich fort in der Biografisierung der Lebenswelten: Selfness, Gesundheitskult, Erlebniskultur. An die Stelle linearer Entwicklungsphasen im Leben treten zyklische Lebensmodelle. Der Horizont der Lebensmöglichkeiten weitet sich: Festgelegte Rollen verlieren an Bedeutung, die Suche nach Identität führt zur „Multiidentität“[26]. Dies bedeutet, dass der Mensch in jeder Phase seines Lebens versucht, seine eigene Sichtweise in sein Leben hineinzubringen. Er wird immer weniger von vorgegebenen Bilder, Normen und Verhaltenserwartungen im Alter gesteuert.

Provokant gesagt: Es entwickelt sich ein neues Leitbild mit folgender Botschaft: Es ist dein Leben und du hast die Verantwortung, es richtig zu leben. Es ist deine Biografie. Die dabei auftretende Spannung zwischen Anspruch einerseits und ökonomischen Möglichkeiten zur realen Umsetzung auf der anderen Seite führt aller Voraussicht nicht zu einer Abschwächung der zu erreichenden „Messlatte“, sondern eher zu Verstärkungen der Bemühungen.

21 Horx M., Wie wir leben werden. Unsere Zukunft beginnt jetzt, Frankfurt 3. Aufl. 2006.
22 Ebda 308.
23 Ebda.
24 Ebda.
25 Ebda.
26 Ebda 301ff.

Über viele Generationen und Jahrhunderte hinweg war das Alter so etwas wie eine Rest – und Nischenkategorie. Nun entwickelt das Alter sein eigenes Profil und bringt seine Kultur hervor. Alter ist kein Anhängsel anderer Lebensphasen und –modelle mehr, das oft im Unterschied zu biologisch früheren Phasen defizitorientiert bestimmt wurde. Vielmehr ist das Alter nunmehr ein eigenes Lebensmodell, das mehr Freiheit und weniger Fremdbestimmtheit verheißt. Ein solches Modell kann hingegen Krankheit und Schwäche nur wenig integrieren, von daher gilt es, die „gewonnene" Freiheit auch zu gestalten. Mit anderen Worten, Elemente der Hinfälligkeit werden wiederum individualisiert, das heißt, der Einzelne hat die Pflicht für Gesundheitsprävention. Wenn die hier formulierte Hypothese zutrifft, werden die Themen von Gesundheitserhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention die Themen der Zukunft – auch in der Altenhilfe.

Für die individualisierte Perspektive ist der Tod der eigentliche Skandal. Dieser Skandal lässt sich für die Menschen auch zukünftig kaum mehr durch Hinweise auf die Transzendenz besänftigen. Andere Bewältigungsversuche treten an deren Stelle: Es wird zum einen alles daran gesetzt, das Leben zu verlängern. Gleichzeitig wird versucht den Gesundheitsstatus zu erhalten. Zum anderen wird – so die Hypothese von Horx – das Sterben, wo eben unabwendbar, durch Medikamente erleichtert.

3.3 Bedürfnismanagement als Aufgabe der Altenhilfe

Elisabeth Reitinger fordert ein Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe[27], gerade weil die Systematik einer Organisation (wie eben eine stationäre Pflegeeinrichtung) es verunmöglicht, die Bedürfnisse des Einzelnen priorisiert zu betrachten. Reitinger geht nicht pflegewissenschaftlich an das Thema heran, sondern thematisiert die Altenhilfe aus betriebswirtschaftlicher und systemtheoretischer Sicht[28]. Der Umgang mit Bedürfnissen ist das Grundthema des betriebswirtschaftlichen Marketings[29] und führt zu einer konsequenten Kundenorientierung. Die Systemtheorie ist für Reitinger das Modell zur Beschreibung der Funktionsweise von Organisationen. Organisationen schaffen einen Konformitätsdruck, dem psychologisch gesehen die Prozesse der institutionellen Sozialisation und Hospitalisierung korrespondieren. Organisationen dienen einer Aufgabenerfüllung, sie verfolgen aber immer auch das Ziel der Selbsterhaltung und Selbsterzeugung. Darum fokussieren Organisationen auf das, was beidem dient, der Aufgabenerfüllung und der Selbsterhaltung. Die Erwartungen an die Organisation sind aufgrund der Vielzahl der

27 Reitinger E., Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe. Systemtheoretische Analyse empirischer Evidenzen, Heidelberg 2006.
28 Dies bedeutet an dieser Stelle kein Defizit, sondern bringt eine zusätzliche Erkenntnisperspektive.
29 Ebda 44.

Akteure (Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter, Freiwillige, Kirchengemeinden, Gemeinden, Fachplaner, Pflegewissenschaft, Heimaufsicht, MDK, usw.) prinzipiell unendlich. Die Organisation schafft es, diese über Strukturierung in ein mehr oder weniger vernünftiges Nacheinander oder Ineinander zu bringen. So gesehen gibt es schon systembedingt immer mehr zu tun als getan werden kann. Der Zeitdruck ist also gewissermaßen eine systemimmanente Komponente und kann auch als ein Indiz dafür verstanden werden, alles für das Wohlbefinden der Bewohner zu versuchen (der Umkehrschluss ist hier allerdings nicht zulässig). Systemtheoretisch ist es sogar relativ einfach zu erklären, warum die Bedürfnisse der Bewohnerinnen nur schwerlich ausreichend gesehen werden. Die Bewohner sind demnach mehr Mitglieder und Teile der Organisation als ihr Gegenüber, ihre Umwelt[30]. Damit ergeben sich für die stationäre Altenhilfe verschiedene Widerspruchskreise von Lebenswelt der Bewohner zu Arbeitswelt der Mitarbeiter, Bewohner als Mensch (Subjekt) und als Klient (Objekt der Professionalisierung) und von Person und Organisation. Die Bedürfnisse von Bewohnern finden nur dann Eingang in die Organisation, wenn zum einen Kommunikation und Verständnis für die Wahl einer Möglichkeit gegeben ist, zum andern eine Wahl und die damit verbundenen Kriterien auch akzeptiert werden[31]. Dies wiederum setzt voraus, dass die Organisation überhaupt mit der Möglichkeit von Bedürfnissen rechnet und hierfür Zugänge der Wahrnehmung und Beobachtung ermöglicht. Bedürfnismanagement meint also die Wahrnehmung und Steuerung von Bedürfnissen, und zwar auf verschiedenen Ebenen[32]: (1) Ob individuelle Bedürfnisse in der Organisation überhaupt in den Blick geraten, hängt davon ab, ob dies in den Sinn- und Leitbildern der Organisation vorgesehen ist. (2) Die Auswahl von Beobachtungsprogrammen von Bedürfnissen ist wiederum abhängig von einer Organisations- und Managemententscheidung. (3) Auch bei dem Blick auf die konkreten Bedürfnisse ist entscheidend, was gesehen wird und was nicht. (4) Die Wahrnehmung von Bedürfnissen fällt oft mit der Erfüllung von Bedürfnissen zusammen (z. B. Validation) oder lässt sich leicht herstellen. (5) Auch dort, wo bewusst, sei es aus zeitlichen, moralischen oder gesundheitlichen Grenzen eine Erfüllung eines Bedürfnisses nicht möglich ist, findet Bedürfnismanagement statt.

Zusammenfassend versteht Reitinger unter Bedürfnismanagement alle Kommunikationen in einer Organisation, „die einen Einfluss darauf haben, welche Bedürfnisse von der Organisation wahrgenommen und damit auch erfüllt werden können und welche nicht gesehen werden können und damit nicht einmal die Möglichkeit der Erfüllung erhalten“[33]. Bedürfnismanagement bedeutet aber auch Aushandlungsprozesse der Bedürfniswahrnehmung

30 Dies ist auch ein Grund, warum der Kundenbegriff nur bedingt hier funktioniert.
31 Ebda 37.
32 Zum Folgenden: Ebda 50 – 52.
33 Ebda 52f.

zuzulassen. Das setzt voraus, dass der „alte Mensch in seiner Einzigartigkeit und Eigenart miteinbezogen wird“[34]. In diesem Sinne fordert Reitinger ein ethisches Entscheidungsmanagement[35]. Allerdings ist die Funktion der Ethik genau anzusetzen: Das Ergebnis einer ethischen Reflexion kann (und wird vermutlich) sein, dass Altenhilfe individuums- und bedürfnisorientiert zu sein hat. Bedürfnisse organisationsfähig zu machen, ist allerdings keine ethische, sondern eine Aufgabe des Managements und der Organisation. Im Anschluss an die systemtheoretische Grundlegung ist sogar zu sagen, die Wahrnehmung von und die mögliche Erfüllung von Bedürfnissen in Einrichtungen der Altenhilfe muss organisatorisch unentbehrlich gemacht werden.

Ergänzend ist anzumerken: Das Ziel von „Bedürfnismanagement“ in einer Altenhilfeeinrichtung ist es nicht, grundsätzlich den vorhandenen und subjektiv wahrgenommenen Zeitdruck abschaffen zu wollen, „sondern anhand von Prioritäten einen bestmöglichen Umgang mit den prinzipiell unendlichen Bedürfnissen zu ermöglichen“[36].

3.4 Altenhilfe in der Zukunft

Seit Jahren ist in der Altenhilfe eine konsequente Orientierung an der Lebensqualität der Kunden zu beobachten. Diese Lebensqualitätorientierung wurde dadurch möglich, dass sich auch in der Altenhilfe – möglicherweise begünstigt durch die Dimensionen von Markt und Wirtschaftlichkeit – ein Paradigmenwechsel vollzog, nämlich von der Perspektive der sicher zu stellenden Versorgungsstruktur hin zur Kundenorientierung[37].

34 Ebda 178.
35 Ebda.
36 Ebda 33.
37 Der Kundenbegriff ist in diesem Zusammenhang – wie in anderen Hilfebereichen – nicht unproblematisch, weil zu Recht gefragt werden, ob der betroffene Hilfebedürftige gleichwertiger Geschäftspartner im Markt ist. Der Kundenbegriff hat jedoch deutlich geholfen, den Wechsel von der Infrastruktur weg auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu richten. Und es ist allein der Betroffene, der bezahlt, auch wenn er eine Unterstützung durch eine soziale Pflichtversicherung bekommt. An dieser Stelle gibt es keine staatlichen Subventionen oder Zuschüsse.

In diesem Zusammenhang gewinnt das Konstrukt der Lebensqualität[38] – vermutlich das erste Instrument der Altenhilfe, welches den durch die Individualisierung ausgelösten Veränderungen und Differenzierungen theoretisch wie praktisch entsprechen kann – an Bedeutung. Lebensqualität ist ein multidimensionales, theoriegeleitetes und offenes Konstrukt. Die Vielfalt (und Widersprüchlichkeit) individueller Lebenspraxis erfordert ein Konzept, das mit dieser Vielfalt und Widersprüchlichkeit rechnet. Nicht die eine oder irgendeine Theorie (sei es Gesundheits- oder Pflegetheorie) bestimmt, was zu tun ist, sondern die Bedürfnis- und Interessenlage des Einzelnen[39].

Hier liegt die theoretische Schwäche aller Ansätze, die deduktiv grundsätzliche inhaltliche Ableitungen zur Bedürfnislage von älteren Menschen vornehmen. Selbst die entwickelten Expertenstandards wollen inhaltlich jeweils für sich genommen ein wichtiges Anliegen sicherstellen (Dekubitusprophylaxe, Sturzprävention, Nahrung- und Flüssigkeitsaufnahme, usw.), können aber die Wirklichkeit des Individuums aus dessen Perspektive nicht komplett erfassen. Alle Versuche, etwas standardisieren zu wollen, tragen angesichts von Individualisierung und Biografisierung das hohe Risiko, am eigentlichen Anliegen des Einzelnen vorbeizugehen. Selbst dann, wenn Standards die individuellen Bedürfnisse abbilden, können sie erst durch die subjektive Aneignung zu handlungsleitenden Prämissen werden. Alles andere lässt sich eher als strukturelle Entmündigung und Missachtung der Selbstbestimmung betrachten. Denn erst in der subjektiven Konstruktion oder auch Rekonstruktion von Bedürfnissen und Interessen werden die Erwartungen wirklich. Die Kriterien interner und externer Qualitätssicherung in der Altenhilfe sind damit zukünftig weniger inhaltsorientiert zu bestimmen[40] als vielmehr darauf zu beziehen, wie denn Bedingungen gegeben sind oder beschaffen sein müssen, dass der Einzelne die Möglichkeit einer individuellen Wahl hat.

38 In einem gemeinsamen Projekt der Abteilung für Psychologische Alternsforschung der Universität Heidelberg und der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung wurde ein Instrument zur „praxisnahen Messung von Lebensqualität im stationären Kontext“ entwickelt. Diesem Instrument liegen zwölf Dimensionen von Lebensqualität zugrunde, die als Basis für eine individuelle Erhebung dienen. Vgl. Abschlussbericht des Projektes, hrsg. der Abteilung für Psychologische Alternsforschung am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, unveröffentlichtes Manuskript Heidelberg 2007.

39 Dies schließt ausdrücklich mit ein, dass gerade in der Behandlung von spezifischen Störungen, Erkrankungen, Verletzungen, Beeinträchtigungen, hochspezifisches und deduktives pflegerisches und medizinisches Wissen und professionelles Handeln gefragt und dringend erforderlich ist.

40 Derzeit geht die Tendenz ja in eine völlig andere Richtung: Nicht nur die Kontrolleure (Heimaufsicht, MDK), sondern auch die Fachverbände und die Fachinstitute wollen ja immer noch mehr regeln, standardisieren, formalisieren. Dieser Weg ist weder zu finanzieren noch entspricht er einer notwendigen Kundenorientierung. Der Weg der Standardisierung dient vor allem dem Versuch, Verantwortung zu anonymisieren und die Haftungsfrage auf die Anbieterseite zu verschieben. Die starke Inanspruchnahme osteuropäischer Haushaltskräfte kann auch als ein Versuch verstanden werden, dass der Kunde nicht bereit ist, diese Entwicklung der Standardisierung mit zu gehen.

Darum wird die Altenhilfe der Zukunft eine Altenhilfe sein, die sich im Kern als eine Art „Geburtshilfe“ einer Lebenskunst im Alter bei einsetzenden und fortschreitenden Beeinträchtigungen und Handikaps verstehen wird. Altenhilfe hat sich somit konsequent (1) der Erschließung und Erhebung individueller Bedürfnisse, (2) der Vermittlung geeigneter Unterstützung und Hilfen und (3) einer integrativen Erbringung von Dienstleistungen unter der Überschrift „Lebensqualität“ zu widmen. Analog und in Erweiterung der Begrifflichkeit von Elisabeth Reitinger, die ein Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe fordert, kann hier gesagt werden: Altenhilfe ist Management von Lebensqualität (bei hilfebedürftigen Alten).

Biografisierung und die Frage nach der richtigen Lebensführung werden die Tendenz, die Lebensqualität in Mittelpunkt zu stellen, verstärken. Eben weil Lebensqualität als individualisiertes Konzept sich inhaltlich nicht auf bestimmte Bedürfnisse festlegt, sondern damit rechnet, dass sich Menschen unterschiedlich verhalten und verschiedene Bedürfnisse haben, gibt es die notwendige zentrale Öffnung. Weder die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe oder zu einem Jahrgang lassen Rückschlüsse auf die Interessens- und Bedürfnislage der Betroffenen zu. Erst in der Betrachtung seiner Biografie sowie seines soziokulturellen Lebensmilieus und – noch mehr – erst in einer individuellen Erhebung ist herauszufinden, was der Einzelne möchte. Das geht nicht ohne Befragung. Der Einzelne ist zu hören, was ihm wichtig ist. Nonverbale Zugänge sind hier ebenfalls – wenn sinnvoll oder nötig – mit einzubeziehen[41]. Auch ist zu vermuten, dass bei degenerativen Prozessen wie dem Verfall der sprach- und denkfähigen Persönlichkeit basale Bedürfnisse eher wieder an Bedeutung gewinnen[42]. Das Konzept der Lebensqualität kann diesen Vorgängen Rechnung tragen, weil es bei der Denk- und Fühlwelt des Einzelnen, des Gegenübers ansetzt und explizit dessen persönliche Sichtweise in Erfahrung bringen will.

41 Vgl. Die Einführung des personzentrierten Ansatzes in der Pflege: Kitwood T., Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 4. Aufl. 2005.

42 Ebda, 121ff: Kitwood vermutet bei Menschen mit Demenz vor allem die fünf Bedürfnisse Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Möglicherweise hat die Maslowsche Bedürfnispyramide auch heute noch Anspruch auf Erkenntniswert.

4. Wiederentdeckung des Dorfprinzips – Von der Familiensolidarität zur Sozialraumorientierung

4.1 Der Mensch ist ein soziales Wesen – auch im Alter

Die meisten älteren Menschen wohnen in Einpersonenhaushalten; viele ältere Ehepaare leben zudem in der Regel nicht mit einer anderen Generation unter einem Dach zusammen. Dennoch sind diese älteren Menschen Teil eines sozialen Netzwerkes[43]. Die sozialen Netzwerke der älteren Menschen sind überwiegend durch Kontakte zu Kindern und Familienangehörigen mehrerer Generationen geprägt[44], gibt es trotz unterschiedlicher Wohnsitze doch ein hohes Maß an räumlicher Nähe zu den Kindern und Enkelkindern und Geschwistern und eine regelmäßige und hohe Kontakthäufigkeit. Über 70 % der 70- bis 85- Jährigen geben an, dass mindestens ein Kind in unmittelbarer Nähe wohne. Das Hilfe- und Unterstützungsverhältnis ist hierbei – zumindest wenn noch keine sehr ausgeprägte Pflegesituation gegeben ist – alles andere als einseitig. Untersuchungen zeigen, dass die Generation der Älteren gegenwärtig umfangreiche Unterstützungsleistungen erbringen, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in konkreter Hilfe z. B. bei der Kindesbetreuung.

Mit dem Bedürfnis nach sozialer und familiärer Einbettung geht auch der Wunsch einher, so lange wie nur möglich in der eigenen und vertrauten Häuslichkeit und damit im bestehenden sozialen Netzwerk bleiben zu können. Nach einer repräsentativen Studie, dem Deutschen Altenpflege Monitor 2005[45], wünscht sich eine deutliche Mehrheit aller Befragten im Alter von mindestens 50 Jahren, nämlich 83 %, für den Fall, dass sie pflegebedürftig werden, eine Pflege in der eigenen Wohnung durch ambulante Pflegedienste oder durch Angehörige. 33 % wünschen sich die Pflege alternativ in betreuten Wohnungen. Nur 13 Prozent aller Befragten favorisieren die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Dieser Trend, auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit zuhause leben zu wollen, hat sich nicht nur stabilisiert, sondern deutlich weiterentwickelt, wie der aktuelle Altenpflegemonitor 2010 zeigt[46]. Der Anteil derjenigen, die davon ausgehen, dass ihnen die ambulante Pflege auch weiterhin ein selbstbestimmtes Leben zuhause ermöglicht, ist noch einmal um ein Viertel gestiegen[47]. Der Wunsch, dort alt zu werden, wo man lange gelebt hat und sozial verwurzelt ist, hat für sehr viele Ältere höchste Priorität.

43 Vgl. hierzu: Kruse A., Wahl H.-W., Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Heidelberg 2010, 392 – 406.
44 Ebda 392.
45 Hrsg. von Vincentz Network Hannover 2005.
46 Siehe Care Konkret vom 03.09.10, 13. Jahrgang, Nr. 35.
47 Ebda 1.

4.2 Pflegende Angehörige und Unterstützungsnetzwerke

In einer umfassenden Untersuchung aus dem Jahre 1999 im Auftrag des Landes Baden-Württemberg zur Situation von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich[48] wurde festgestellt, dass 85 % der Pflegebedürftigen auf ein stabiles Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen können. Hingegen steht 15 % der Pflegebedürftigen ein labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk zur Verfügung steht. Das Gegebensein von stabilem oder labilem bzw. prekärem Unterstützungsnetzwerk korrelierte in hohem Maße damit, ob eine familiäre Anbindung des Pflegebedürftigen vorhanden war oder nicht.

Der größte Anteil der Hilfeleistungen wird von den Kindern und Schwiegerkindern erbracht (ca. 50 Prozent). Auch die Ehegatten sind mit etwa 20 Prozent an der pflegerischen Versorgung beteiligt. Über 70 Prozent (in anderen Studien[49] knapp 80 Prozent) der Hilfeleistungen werden von Frauen erbracht. Am Rande ergab sich hier auch noch eine interessante Information: Etwa zwei Drittel aller Helfer von pflegebedürftigen älteren Menschen erhalten hierfür Geld[50]. Das bezogene Pflegegeld scheint den Pflegebedürftigen hier in der Tat einen gewissen Spielraum zu ermöglichen. Im Blick auf die zukünftige Entwicklung prognostiziert die Studie des Landes Baden-Württemberg bereits 1999: Auch wenn es nicht in striktem Sinne vorhersagbar ist, ist doch eine Zunahme von labilen und prekären Unterstützungsnetzwerken „zumindest sehr wahrscheinlich“[51].

Auch die Enquete-Kommission des Landes Baden-Württemberg „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“ befasste sich mit der Frage nach den zukünftigen familiären Ressourcen für eine Pflege zu Hause. Der Bericht[52] hierzu aus dem Jahr 2005 formuliert eine theoretische Abnahme des Anteils von allein lebenden älteren Menschen in Anbetracht einer zunehmenden Angleichung der Lebenserwartung von Männern und Frauen. Diese Vermutung wird aber längst durch eine erhebliche Zunahme von ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden älteren Personen mehr als neutralisiert. Auch im Bereich der über 60-Jährigen und älteren Menschen wird der Anteil der Alleinlebenden zunehmen. Hinzu kommt der Rückgang der Geburtenrate. Dadurch wird folgendes Szenario wahrscheinlich: „Es kann nicht damit gerechnet werden, dass die Versorgung von pfle-

48 Blinkert B./Klie Th., Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg, Hannover 1999, 84ff.

49 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Leben mit Hilfe und Pflege zu Hause, Möglichkeiten und Grenzen (MuG III), Berlin 2005.

50 Blinkert B./Klie Th., 1999, 198f.

51 Ebda. 191

52 Vgl. zum folgenden: Bericht und Empfehlungen der Enquete-Kommission demografischer Wandel Herausforderungen an die Landespolitik 2000, 88 – 99.

gebedürftigen Menschen auch künftig in gleicher Reise und in gleichem Umfang durch die von Angehörigen geleistete häusliche Pflege erfolgen kann“ [53]. Elisabeth Niejahr spricht in diesem Zusammenhang von einem „heimlichen Pflegenotstand“ [54].

Während also auf der einen Seite mit einer Zunahme von pflegebedürftigen Personen gerechnet wird, ist auf der anderen Seite von einer Abnahme des sogenannten informellen Pflegepotenzials (z. B. Angehörige, Nachbarschaft) auszugehen.

Wenn also viele pflegebedürftige Menschen in ihrem häuslichen Bereich verbleiben wollen, die Angehörigen entweder keine Ressourcen haben oder schlichtweg nicht da sind, bedarf es anderer Möglichkeiten, um den zukünftigen Bedarf an Pflegepersonen im häuslichen Bereich sicherzustellen. Dies betrifft zum einen eine bessere, auch gesetzlich geregelte Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit (eine analog der Elternzeit geregelte Pflegezeit), zum anderen die verstärkte Zunahme von externen Personen, die im Pflegehaushalt mitarbeiten.

Auf ein gut untersuchtes Phänomen ist noch hinzuweisen: „Die pflegenden Angehörigen sind überlastet“ [55]. Ca. 60 % der pflegenden Angehörigen sind älter als 55 Jahre. Nach dieser Studie nehmen nur 16 % der pflegenden Angehörigen Beratung und fachliche Unterstützung in Anspruch. Leiterinnen von Gruppen mit pflegenden Angehörigen berichten, dass pflegende Angehörige nach lang andauernden Pflegesituationen oft selbst pflegebedürftig werden. Leider gibt es sehr wenig politische und fachliche Initiativen, die zu einer Stärkung der pflegenden Angehörigen beitragen. Möglicherweise liegt in der konsequenten Begleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen ein entscheidender Zugang [56], die Stabilität von Unterstützungsnetzwerken in der häuslichen Pflege zu erhalten.

Ein weiterer Beitrag für eine stabile häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen wird in dem Instrument „ präventiver Hausbesuch“ gesehen. Dies hat inhaltlich auch eine Nähe zu dem in den letzten Jahren auch praktizierten ambulant betreuten Wohnen, bei dem pflegerisch und sozialpädagogisch qualifizierte Personen in der Regel einmal in der Woche die hilfebedürftigen älteren Menschen in ihrer Wohnung aufsucht. Diese Maßnahmen sind hilfreich, können aber die fehlende Struktur von Case-Management und Beratung für ältere und hochbetagte Menschen nicht kompensieren.

53 Bericht und Empfehlungen der Enquete-Kommission demografischer Wandel Herausforderungen an die Landespolitik 2000, 98.

54 Niejahr E., Der heimliche Pflegenotstand. Sie eigenen Eltern zu pflegten und trotzdem Karriere zu machen ist in Deutschland fast unmöglich. Jetzt denken die ersten Arbeitgeber um, in: DIE ZEIT, Nr. 12/2007, 21f.

55 So eines der wichtigsten Ergebnisse der Studie MuG III im Auftrag des BMFSFJ, Berlin 2005.

56 In Baden-Württemberg gibt es hier zu erste Ansätze und Erfahrungen im Projekt Pflegebegleiter.

4.3 Von der Familienorientierung zum Dorfprinzip

Dorette Deutsch berichtet von einem Altenhilfeprojekt in Tiedoli, einem kleinen Dorf in Ligurien[57]. Bevor das Altenhilfeprojekt in Tiedoli begann, lebten dort dreißig meist alte Menschen. Mit diesem Projekt sollten verschiedene Anliegen verfolgt werden[58]: (1) Kostengünstiges Wohnen und Pflege für hilfebedürftige Ältere (als Alternative zu stationären Pflegeeinrichtungen) sowie eine würdige Art der Altenbetreuung, (2) Schaffung von Arbeitsplätzen, (3) Stoppen der Abwanderung und Wiederbesiedelung des Dorfes sowie (4) die Entwicklung eines sozialen Zusammenhaltes verschiedener Generationen, von Jung und Alt. Mitten im Ortskern bei der Kirche und dem zentralen Dorfplatz werden altengerechte und barrierefreie Häuser und ein zentraler Pflegestützpunkt errichtet. Ähnlich wie in den Konzeptionen zur Hausgemeinschaft bestimmte nun in Tiedoli der normale und tägliche Ablauf das Miteinander von Jung und Alt, von pflegebedürftigen Alten und professionell Tätigen. Das Altenhilfeprojekt in Tiedoli wurde Modellcharakter zugesprochen und in andere Regionen übertragen. Ohne den Erfolg dieses Projektes in Frage zu stellen oder zu relativieren, ist freilich anzumerken, dass es sich – quantitativ gesehen – um ein überschaubares Projekt handelt[59]. Sicherlich ist diese Form der Altenbetreuung, wie in Tiedoli, nicht für alle hilfebedürftige Ältere und nicht an allen Orten zu realisieren. Wichtig an Tiedoli ist eine zentrale Botschaft: auch der hilfebedürftige Ältere hat einen Anspruch auf eine überschaubare soziale Gemeinschaft, die seinem kulturellen Milieu entspricht. Nachdem die familiären Bindungen schwächer geworden sind, kam es in Tiedoli und andernorts zu einer Wiederentdeckung der dörflichen Gemeinschaft und ihrer Strukturen[60].

57 Deutsch D., Schöne Aussichten fürs Alter. Wie ein italienisches Dorf unser Leben veränderte, München 2006.
58 Ebda 80.
59 Ebda 77: Tiedoli hat einige Jahren nach dem Start des Projektes sechs Häuser für alte Menschen. Die Einwohnerzahl hat sich von 30 auf 78 erhöht.
60 Vgl. Kremer-Preiß U., Stolarz H., Werkstattbewerb Quartier, Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2005.

4.4 Der dritte Sozialraum (Klaus Dörner)

Einen wesentlichen -fachlich wie politisch gut begründeten- Beitrag zur Sozialraumorientierung der Altenhilfe in Deutschland hat Klaus Dörner[61] mit seinem Buch „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ vorgelegt. Die Versorgung der hilfebedürftigen Älteren überfordert sowohl den Staat und wie auch den Markt. Auch möchten hilfebedürftige Menschen nicht nur Unterstützung, sondern auch etwas geben können. Unser modernes Gesundheitssystem degradiert die Pflegedürftigen zu reinen Leistungsempfängern, mit der Folge, dass sie sich selber nicht mehr als „gebraucht zu werden“ erleben.

Die Lösung nach Dörner liegt weder im Markt noch im Staat, sondern im sogenannten „dritten Sozialraum“, einem Gemenge von Kommune, Quartier, Familie, Nachbarschaft, Kirchengemeinden, etc. Zwar zählt der familiäre Haushalt zusammen mit den anderen Sozialräumen auch zukünftig zur zentralen Ressource der Altersvorsorge[62], allerdings benötigen Familien weitergehende Unterstützung. Immerhin ist Angehörigenpflege nicht nur eine Forderung, sondern auch oft eine Überforderung. Entlastung verschaffen beispielsweise Gespräche mit dem Nachbarn über die Belastungen, Treffen von pflegenden Angehörigen, das Ausprobieren neuer Wohnmodelle, die Aktivierung von Freunden, die Beratungs- und Hilfsangebote der ambulanten Pflegedienste als eine Kombination von Haupt- und Ehrenamtlichen.

Auch die Nachbarschaft enthält Hilferessourcen, wenn diese geweckt und von Dritten angeregt werden. Als Menschen im nahen Erfahrungsraum sind Nachbarn eine niedrigschwellige Hilfsressource. Ihre Stärken sind die Erhöhung der Hilfspotenzen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sowie Grundhaltungen wie Urteilskraft aus der Distanz, Zivilcourage und Demut. Wenn aus nachbarschaftlichem Engagement Lastenausgleichsprojekte oder Wohnpflegegruppen entstehen, wächst für das Wohnquartier ein – sich allerdings der Planbarkeit entziehendes – „Herzstück der Gesellschaft“[63], das den anderen Nachbarn eine Grundsicherheit für das Alter vermittelt und belegt, dass die Integration von Hilfsbedürftigen möglich ist.

61 Klaus Dörner: Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster 2007

62 Zur Rezeption der Gedanken von Klaus Dörner verdanke ich Hans Martin Brüll, Stiftung Liebenau, wesentliche Impulse und Formulierungen.

63 Ebda 93.

Lebens- und Bedarfslagen im Alter

Herausforderungen für die Beratung, Klinische Sozialarbeit und Geriatrie

Statistische Zahlen zur Demographie vermitteln vordergründig das Bild, dass Alter und damit ältere Menschen in unserer Gesellschaft selbstverständlich geworden sind. Dabei darf jedoch nicht verkannt werden, dass Altern eine individuelle Lebensleistung darstellt, die eng mit Beziehungsdimensionen zu sich, zu Partnern und Familienangehörigen wie passgenauen Hilfen der sozialen Umwelt mit ihren Rahmenbedingungen verwoben ist. Diese entscheiden über die erlebbare Lebensqualität und über eine eher pessimistische oder optimistische Zukunftssicht im Alter.

Die Beiträge des Buches greifen von daher den Beziehungs- und damit den Beratungs- und Begleitungsbedarf älterer Menschen auf, die als Lebens- und Bedarfslagen in der sozialen Landschaft bislang nur ungenügend Beachtung gefunden haben. Spezifische Beratungsansätze, z. B. der Beratung älterer Migranten, der Paarberatung, etc. und Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit werden vorgestellt, für Probleme im ländlichen Umfeld wie in der Interaktion zwischen älteren Menschen und professionellen Helfern sensibilisiert.

Das vorliegende Buch will einen Beitrag für die Ausgestaltung von Lehre an Hochschulen, insbesondere in den Bereichen der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung leisten, zugleich aber auch erfahrene Praktiker in der Beratungsarbeit, der Altenhilfe und der Geriatrie für neue Ansatzpunkte in ihrer Arbeit öffnen.

ziel

9 783944 708003

ISBN 978-3-944708-00-3