

SOZIALE ARBEIT UND DEMENZ

Manfred Schnabel

Zusammenfassung | Ziel des Aufsatzes ist es, die Relevanz der Methoden und Ansätze Sozialer Arbeit für die Beratung, Begleitung und Integration demenzbetroffener Menschen aufzuzeigen und davon ausgehend die Randständigkeit der mit Demenzbetroffenen arbeitenden Fachkräfte als Berufsgruppe in diesem Bereich zu problematisieren. Zunächst werden Anwendungsgebiete und Wirkungen des Case Managements und anderer Methoden dargestellt. Der Text stützt sich dabei auf Studien und Praxisberichte. Abschließend werden Gründe für die Marginalisierung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen aufgeführt.

Abstract | The aim of this essay is to highlight the importance of methods employed by social workers in counselling, support and integration of dementia-affected individuals. Starting from this, the marginal position of social work in this area is problematised. First, the effects of case management and further methods will be depicted. Here the text is based on studies and practical reports. Finally reasons for the underappreciation of social workers in health care are cited.

Schlüsselwörter ► alter Mensch ► Demenz
► Altenpflegeberuf ► Case Management ► Methode

1 Einleitung | Das Thema der Demenz gewinnt in den öffentlichen Debatten zunehmend an Raum, da die Zahl der Betroffenen im Zuge des demografischen Wandels steigt und die Anforderungen zunehmen, die mit ihrer Betreuung verbunden sind. Demenz gilt als die bedeutendste soziale, wirtschaftliche und humanitäre Herausforderung der kommenden Jahrzehnte (Wißmann; Gronemeyer 2008, S. 81).

Demenz wird nach wie vor meist als biomedizinisches Phänomen gewertet und bearbeitet. Im Fokus stehen Diagnostik, Behandlung und die Suche nach wirksamen Therapien. Dieser Deutungschoke zum Trotz gewinnt eine nicht medizinische Expertise, über die unter anderem die Soziale Arbeit verfügt, in den Versorgungskontexten an Bedeutung (Philipp-Metzen

Dornes, Martin: Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt am Main 2000

Fraser, Nancy: Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht. Frankfurt am Main 1994

Goffman, Erving: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main 1972

Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main 2016

Habermas, Jürgen: Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main 1981

Kupper, Zeno; Ramseyer, Fabian; Hoffmann, Holger; Tscharner, Wolfgang: Nonverbal Synchrony in Social Interactions of Patients with Schizophrenia Indicates Socio-Communicative Deficits. In: PLoS one 12/2015, pp. e0145882

Lorenzer, Alfred: Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie. Frankfurt am Main 1972

Luhmann, Niklas: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Frankfurt am Main 1993

Rochat, Philippe: The self in infancy. Theory and research. Amsterdam and New York 1995

Scherr, Albert: Was nutzt die soziologische Systemtheorie für eine Theorie der Sozialen Arbeit? In: Widersprüche 77/2000, S. 63-80

Slade, Mike: Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge and New York 2011

Stern, Daniel N.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart 1992

Stern, Daniel N.: Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt am Main 2005

Stern, Daniel N.; Brusweiler-Stern, Nadia; Lyons-Ruth, Karlen; Morgan, Alexander C.; Nahum, Jeremy P.; Sander, Louis W.: Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma. Frankfurt am Main 2012

Stewart, Ian; Joines, Vann: Die Transaktionsanalyse. Eine neue Einführung in die TA. Freiburg im Breisgau 1990

Stichweh, Rudolf: Inklusion und Exklusion. Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. Wiesbaden 2009

Streeck, Ulrich: Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess. Göttingen 2000

2015). Grund dafür ist wohl vor allem der deutlich gedämpfte Optimismus der biomedizinischen Forschung bezüglich der baldigen Verfügbarkeit eines Heilmittels. Die Alzheimer-Krankheit und andere primäre Demenzerkrankungen sind aktuell und wohl auch in naher Zukunft nicht kausal therapierbar (Müller u.a. 2017).¹ Damit werden Fragen der Begleitung, Versorgung und Integration einer wachsenden Zahl demenzbetroffener Menschen dringender. Die Betroffenen müssen ihr Selbstkonzept trotz schwerer Beeinträchtigungen behaupten; im Gemeinwesen stellt sich die Frage nach tragfähigen Versorgungsstrukturen und nach notwendigen Anpassungen für „demenzgerechtere“ Quartiere und Kommunen.

Damit verschiebt sich der Fokus der Herausforderungen in das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Welche Rolle ihre Ansätze und Methoden in der Beratung und Begleitung von demenzbetroffenen Menschen schon heute spielen, wird zunächst dargestellt. In Anlehnung an die klassische Methoden-Trias werden Beispiele aus dem Feld der Einzelfallhilfe, der Gruppenarbeit und der sozialraumorientierten Sozialen Arbeit beschrieben. In einem zweiten Schritt wird die Relevanz von Ansätzen und Arbeitsprinzipien Sozialer Arbeit für die spezifischen Problemstellungen rund um Demenz erläutert. Weil die Sozialarbeit aber trotz des hier postulierten Bedeutungszuwachses als Berufsgruppe gegenüber therapeutischen Berufen randständig bleibt, schließt ein kritisches Fazit und ein Plädoyer für mehr Selbstbewusstsein den Text ab.

2 Methoden der Sozialen Arbeit im Feld der Demenz | Demenzerkrankungen konfrontieren die Betroffenen mit schwierigen Bewältigungs- und Entwicklungsaufgaben. Studien zufolge sind ihre Ängste und Wünsche allerdings weniger „demenzspezifisch“ als vielmehr typisch für Menschen in Grenzsituationen (Stechl u.a. 2012). Die Gedanken der Betroffenen kreisen um die erlebten Verluste, um eine unsichere Zukunft und den drohenden Verlust an Kontrolle. Zentrale Anliegen sind der Wunsch nach Fortsetzung des gewohnten Lebens, nach Anerkennung und Respekt, sozialer Teilhabe und politischer Beteiligung (Demenz Support Stuttgart 2010, Wißmann 2012).

¹ Diskutiert wird derzeit auch, ob es überhaupt eine Heilung geben kann oder ob die Demenz im Alter nicht als Ausdruck der Begrenztheit des menschlichen Lebens und damit letztlich als zur *conditio humana* gehörend anzuerkennen ist (Wißmann; Gronemeyer 2008).

Im Verlauf der Demenz verändern sich die Bedarfslagen. Fortschreitende Einschränkungen in der räumlichen und zeitlichen Orientierung und im Bereich der manuellen Fertigkeiten führen schrittweise zu einem Verlust der Alltagskompetenz. Auch alltägliche Arbeiten wie Kochen oder Einkaufen werden zunehmend schwierig. Außerhalb eines vertrauten Wohnumfelds finden sich die Betroffenen nicht mehr zurecht. Das Gedächtnis kann so stark beeinträchtigt werden, dass Lebenspartner oder die eigenen Kinder nicht mehr erkannt werden (Stechl u.a. 2012). Häufig treten sogenannte „herausfordernde Verhaltensweisen“ auf, zum Beispiel enthemmtes und distanzloses Verhalten, psychotische Wahnideen oder aggressive Schübe. Sie tragen wesentlich zur Erschöpfung der Angehörigen und damit zum Scheitern der häuslichen Versorgung bei (Philipp-Metzen 2015). Fortschreitende geistige und motorische Störungen führen schließlich zu einer umfassenden Pflegebedürftigkeit.

Die Bedarfslagen im Kontext der Demenz sind also vielfältig und dynamisch veränderlich. Sie reichen von psychosozialer Unterstützung im Frühstadium bis zur Organisation von Betreuung und Pflege in späteren Phasen. Unterstützungsleistungen adressieren neben unmittelbar Betroffenen auch Angehörige und das Gemeinwesen als Raum für soziale Partizipation. Welche spezifischen Angebote die Soziale Arbeit hier unterbreiten kann, wird im Folgenden dargestellt.

2-1 Case Management | Die Anliegen von Demenzbetroffenen und Angehörigen können die Klärung von Leistungsansprüchen und die Organisation von Versorgungsleistungen umfassen, aber auch Fragen der Sinnfindung oder der sozialen Partizipation einschließen. Antworten zu finden, kann für die betroffenen Familien aus verschiedenen Gründen schwierig sein. Häufig fehlt es an Zeit und Energie, um neben der kräftezehrenden und zeitaufwendigen Versorgung externe Unterstützungsangebote zu erschließen. Hinzu kommen ein für Laien schwer zu durchschauendes, weil leistungsrechtlich und organisatorisch fragmentiertes Gesundheitswesen und ein unübersichtliches Angebot an Beratungsstellen (Kuhlmann 2005, Şahin u.a. 2018).

Das Case Management kann hier als passender Ansatz gelten. In seiner Funktion als zentrale Steuerungsinstanz kann es über die inneren Systemgrenzen des Gesundheitswesens hinweg einen Hilfeplan aus

einem Guss anbieten (Remmel-Faßbender 2011). Dabei zählen Betroffene ebenso wie Angehörige zu seiner Klientel. Erstere benötigen im frühen Stadium gegebenenfalls psychosoziale Unterstützung oder identitätsstiftende Angebote, später vielleicht die konkrete Hilfestellung durch Pflege- und Betreuungsdienste. Angehörige benötigen in der Regel Informationen zu Verlauf und Prognose der Demenz, zu pflegeentlastenden Angeboten oder zur Krisenbewältigung (Dörr 2010).

Aufgabe des Case Managements ist es einmal, Ratsuchende bei der Erschließung von Hilfen zu unterstützen und die involvierten Leistungserbringer und Leistungsträger zu vernetzen (Hillewaere u.a. 2005). Wegen des progredienten Verlaufs der Demenz sind zudem Anpassung der Hilfen an eine sich beständig verändernde Versorgungssituation vorzunehmen (Kuhlmann 2005). Bei alleinstehenden Menschen mit Demenz ist es gegebenenfalls erforderlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienstleister bei den Betroffenen einzuführen und für Vertrauen zu werben. Sollten die Betroffenen aufgrund ihrer Einschränkungen nicht für sich selbst sprechen können, zählt zudem ihre anwaltschaftliche Vertretung gegenüber der eigenen Einrichtung, den Kostenträgern oder auch kommunalen Gremien wie einer Pflegekonferenz zu seinen Aufgaben. Weil Case Managerinnen und Manager das Versorgungssystem als Ganzes überblicken, liegt außerdem die Aufdeckung von Versorgungslücken im Einzugsgebiet in ihrer Verantwortung (Hillewaere u.a. 2005, Lukas u.a. 2012).

Rahmen und Wirkungen des Case Managements bei Demenz

Im Gesundheitssystem findet Case Management sowohl in stationären als auch in ambulanten Sektoren Anwendung. Je nach Schwerpunkt, Sektor und Organisation sind dabei neben Fachkräften aus der Sozialen Arbeit auch andere Berufsgruppen für seine Durchführung verantwortlich (Wendt 2015). Während im klinischen Bereich häufig Pflegekräfte, Ärzte oder auch Verwaltungsfachkräfte mit Aufgaben der Fallsteuerung betraut sind, findet man in kommunalen Anlaufstellen wie den Seniorenberatungsstellen oder den Pflegestützpunkten vermehrt Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit (Kirchen-Peters u.a. 2016, Tebest; Stock 2013). Viele Studien verzeichnen einen positiven Effekt des Case Managements im Feld der Demenz. Er besteht in der Reduktion von Belastun-

gen bei den Angehörigen, dem Erhalt von Kompetenzen bei Betroffenen und der Stabilisierung der häuslichen Pflege (Hillewaere u.a. 2005, Kuhlmann 2005, Şahin u.a. 2018). Anderen Studien zufolge ist der Effekt dagegen gering beziehungsweise nicht messbar (Lukas u.a. 2012, Mostardt u.a. 2012). Ein Grund für das Auseinanderklaffen der Ergebnisse liegt möglicherweise in der großen Heterogenität des Kreises der involvierten Adressatinnen und Adressaten und im Variantenreichtum der jeweils angewandten Formen des Case Managements. Insgesamt erscheinen vor allem solche Ansätze Erfolg versprechend zu sein, die auf eine aktive Mitarbeit der betroffenen Familien setzen und zudem eine kontinuierliche Begleitung während des Pflegeprozesses vorsehen (Lukas u.a. 2012).

2-2 Psychosoziale Beratung | Psychosoziale Beratung² ist im Kontext der Demenz traditionell ein Angebot für Angehörige, seltener für Betroffene (Franke 2014, Lipinska 2010). Lange Zeit herrschte eine defizitorientierte Sicht auf Demenzpatienten vor, so dass sie nicht als handlungsfähig und von Beratung profitierend eingeschätzt wurden (Stechl u.a. 2012). Dies ändert sich seit einigen Jahren und auch Demenzpatienten und -patientinnen werden zunehmend mit Beratungsangeboten adressiert. In den frühen Stadien der Demenz können Betroffene nicht nur von Beratung profitieren, ihr Beratungsbedarf ist hier sogar besonders hoch. Die Diagnose und ihre Implikationen – zum Beispiel der drohende Verlust der Autonomie – müssen bewältigt werden. Anpassungen im Alltag sind zu vollziehen, Vorbereitungen auf kommende Entwicklungen sind zu treffen (Hauser; Weber 2017).

Je nach individueller Situation der Ratsuchenden stehen unterschiedliche Beratungsinhalte im Vordergrund. Beratung kann sich auf eher technische Fragen zu den Angeboten und Finanzierungsmöglichkeiten der Pflegedienstleister beschränken oder Informationen zu Krankheitsbildern, Prognosen und Therapiemöglichkeiten vermitteln (Tebest; Stock 2013). Unmittelbar nach der Diagnose kann die neue Situation

2 Der Begriff „psychosoziale Beratung“ wird hier im weitesten Sinne als Ansatz zur Bearbeitung problematischer Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt betrachtet. Nicht alle der hier zitierten Publikationen verwenden den Begriff. Inhaltlich geht es aber stets um die Bewältigung der Demenz im Kontext von Familie und Gemeinschaft.

geklärt und bearbeitet werden, Hilfsbedarfe können ermittelt und gemeinsam mit den Ratsuchenden kann nach biografisch verankerten Ressourcen zu ihrer Bewältigung gesucht werden. Kontraproduktive oder bereits gescheiterte Bewältigungsstrategien können identifiziert und kritisch reflektiert, neue Wege der Kompensation erschlossen werden (*Hauser; Weber 2017*). Zentrale Fluchtpunkte sind die konstruktive Bewältigung der erlebten Krise, die Stabilisierung des Alltags und die Unterstützung bei einem eigenständigen, den persönlichen Vorstellungen weitgehend entsprechenden Leben. Wo dies nicht mehr möglich ist, sind Alternativen zu erörtern (*Hauser; Weber 2017, Lipinska 2010*).

Ein weiteres zentrales Thema ist das emotionale Erleben der Demenz und ihre Auswirkungen auf das System der sozialen Beziehungen in Partnerschaften und Familien. Zu nennen sind hier einmal demenzbedingte Rollenverschiebungen zwischen Eheleuten oder zwischen Eltern und ihren Kindern. Erwachsene Kinder empfinden die Pflege ihrer dementen Eltern häufig als Tabubruch und geraten dadurch in Konflikte. Auch Trauer über den schleichenden Verlust eines geliebten Menschen ist ein bedeutsames Thema, ebenso der Umgang mit herausforderndem Verhalten (*Franke 2014, Golmann 2013*).

Rahmungen und Wirkung psychosozialer Beratung bei Demenz

Anlaufstellen für Demenzberatung sind die Seniorenbüros der Kommunen, die Pflegestützpunkte oder, wo vorhanden, spezielle Demenzberatungsstellen in Trägerschaft von Kommunen, Wohlfahrtsverbänden oder lokalen Alzheimergesellschaften. Beraten werden meist Angehörige, häufig auch Mitarbeitende anderer, nicht auf Demenz fokussierte Beratungsstellen (*Golmann 2013, S. 135*). Neben dem Standardmodell einer lokalen Anlaufstelle wird in manchen Regionen eine mobile Variante praktiziert. Hier beraten gemischte Teams von einem Beratungsfahrzeug aus, das zyklisch an unterschiedlicher Stelle positioniert wird (*Reichert u.a. 2015*). Die personelle Besetzung der Beratungsangebote richtet sich nach dem Schwerpunkt des Angebotes. Stehen klinische Testungen zur Früherkennung im Vordergrund, wird vor allem therapeutisches Personal eingesetzt. Bei allen anderen Angeboten sind neben anderen Berufsgruppen auch Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Arbeit involviert (*Tebest; Stock 2013*).

Die Beratungslandschaft im Altenhilfebereich ist bezüglich der personellen Besetzung, der organisatorischen Anbindung und des Beratungskonzeptes uneinheitlich organisiert. Belastbare Zahlen zur Beratungsinfrastruktur fehlen (*Franke 2014, Tebest; Stock 2013*). Bezogen auf die Wirkung von Beratung sind positive Effekte auf pflegende Angehörige gut belegt. Auch zu den Vorteilen von Beratung für Demenzbetroffene liegen mittlerweile einige Studien und Projektberichte vor. Eine aktuelle Studie der Alzheimergesellschaft Baden Württemberg e.V. hat ergeben, dass Betroffene in der Frühphase neben Gruppenangeboten und Mobilitätshilfen vor allem Beratung als hilfreich zur Bewältigung ihrer Situation betrachten (*Piest; Haag 2012*). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Forschungsprojekt DYADEM konnte zudem zeigen, dass die positive Wirkung auf demenzbelastete Familien größer ist, wenn psychosoziale Beratung nicht isoliert, sondern kombiniert mit psychotherapeutischen Maßnahmen angeboten wird. Dann lassen sich Verbesserungen im Bereich des Stresserlebens und der Krankheitsbewältigung erzielen (*Nordheim; Rapp 2016*).

Grundsätzlich ist bei jeder Maßnahme zu bedenken, dass das Prinzip professioneller Sozialer Arbeit – Selbstermächtigung der Ratsuchenden und schrittweise Entpflichtung der Beratenden – nur bedingt als Zielpunkt geeignet ist, wenn Demenzbetroffene und Angehörige beraten werden. Wegen des steten Voranschreitens des demenzbedingten Abbauprozesses ist im Gegenteil eher zu erwarten, dass immer wieder neue Angelegenheiten besprochen und geregelt werden müssen (*Hauser; Weber 2017*).

2-3 Soziale Gruppenarbeit | Ebenso wie psychosoziale Beratung sind soziale Gruppenangebote³ im Kontext der Demenz für pflegende Angehörige gut etabliert, als Angebot für Betroffene aber noch relativ neu (*Piest; Haag 2012*). Die vorhandenen Angebote kann man grob unterscheiden in eher die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen fokussierende Maßnahmen und solche, die auf die Bearbeitung der individuellen und sozialen Begleiterscheinungen der Demenz abzielen. Letztere finden oft im Format der Selbsthilfegruppe statt. Die Übergänge sind aber gewiss fließend. Initiiert und moderiert werden Gruppen für Demenzbetroffene häufig von Fachkräften der Sozialen Arbeit (*Kapalneck 2012*).

³ Die Rede von „Sozialer Gruppenarbeit“ ist angesichts der starken Ausdifferenzierung der Methode freilich eine Vereinfachung.

Wegen der Besonderheiten der Demenz sind auch Selbsthilfegruppen in der Regel nicht vollständig selbstorganisiert, sondern auf dauerhafte Unterstützung angewiesen.

Rahmungen, Inhalte und Wirkung sozialer Gruppenarbeit bei Demenz

Gruppenangebote für demenzbetroffene Menschen gibt es in ambulanten ebenso wie in stationären Kontexten. Zu den Leistungen der Gruppe gehört die kognitive Stimulation der Teilnehmenden, vermittelt durch den Kontakt mit anderen oder durch gezielte Trainingsmaßnahmen. Ziel ist hier der Erhalt von Ressourcen und die Verlangsamung des geistigen Abbaus. Das Zusammenkommen in der Gruppe ist außerdem eine Maßnahme gegen den sozialen Rückzug, den Betroffene häufig vollziehen, und beugt dem Verlust ihrer sozialen Kompetenzen vor. Darüber hinaus soll Gruppenarbeit der Stabilisierung von Identität dienen. Identität wird dabei als Interaktionsprozess zwischen Individuum und Bezugspersonen verstanden. Wenn im Alter oder bei Demenz das Netz sozialer Kontakte dünner wird, wird auch die Konturierung von Identität durch ein Gegenüber prekärer (Petzold 2004). Die Zugehörigkeit zur Gruppe kompensiert diesen Verlust und stärkt das Identitätserleben der Teilnehmenden. Als sinnhaftes und wohlthuendes Angebot wird ihr zudem eine positive Wirkung auf die Lebensqualität zugesprochen (Manthorpe; Moniz-Cook 2010).

Studien und Praxisberichten zufolge fördern Selbsthilfegruppen für Demenzbetroffene das Selbstvertrauen und die Selbstidentität der Teilnehmenden (Stechl u.a. 2012, S. 86). Betroffene berichten, dass ihnen die Gruppe die Möglichkeit gibt, sich trotz ihrer Beeinträchtigungen als kompetente Besitzer spezifischer Erfahrungen und Lösungskompetenzen zu erleben und dafür Respekt und Anerkennung zu erfahren (Piest; Haag 2012). Wissenschaftlich belastbare Befunde zur Wirkung von Gruppen sind allerdings bislang rar. Grund ist wohl auch hier, dass Demenzbetroffene als aktiv Nutzende eines Angebotes lange nicht im Fokus des wissenschaftlichen Interesses standen (Kapalneck 2012, Manthorpe; Moniz-Cook 2010).

2-4 Sozialraumorientierte Soziale Arbeit |

Während einzelfall- und gruppenorientierte Angebote das betroffene Individuum in den Mittelpunkt stellen, fokussieren sozialraumorientierte Ansätze das soziale Umfeld potenzieller Klientinnen und Klienten (Galuske

2013). Ziel ist es, durch Investitionen in die Struktur des Gemeinwesens die Lebensbedingungen demenzbetroffener Menschen und ihrer Familien zu verbessern und der Entstehung von interventionsbedürftigen Notlagen entgegenzuwirken. Die Frage ist hier, welche Anpassungen im Quartier notwendig sind, um eine zunehmend größer werdende Gruppe von Demenzbetroffenen im Netz sozialer Bezüge zu halten und ihnen ein weitgehend selbstständiges Leben zu ermöglichen (Wißmann; Gronemeyer 2008).

Rahmungen, Inhalte und Wirkung sozialraumorientierter Ansätze zur Demenz

Sozialraumorientierte Ansätze im weitesten Sinne werden aktuell in den „Demenzfreundlichen Kommunen“ der Aktion-Demenz e.V. oder in ähnlichen Projekten der Alzheimergesellschaften erprobt. Ein zentraler Punkt ist stets die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema und der Abbau von Berührungsängsten gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen. Durch Informationskampagnen und Schulungen soll Grundwissen zur Demenz auf breiter Basis verankert und Solidarität gefördert werden. Bank- und Behördenangestellte, Gewerbetreibende und andere Akteure im öffentlichen Raum sollen in der Lage sein, das Verhalten ihrer möglicherweise von Demenz betroffenen Kundinnen und Kunden oder Nachbarinnen und Nachbarn einzuschätzen, einen möglichen Unterstützungsbedarf zu erkennen und sie gegebenenfalls bei ihren Geschäften zu unterstützen (aktion-demenz.de). Ziel ist die Ermächtigung der Bürgerinnen und Bürger, Verantwortung für beeinträchtigte Menschen in ihrer Mitte zu übernehmen. Andere Aspekte sind die Netzwerkarbeit in der Kommune oder die Förderung sozialer Teilhabe, zum Beispiel durch gezielte Integration von Betroffenen in die Vereins- und Gremienstrukturen (Wißmann 2012).

Die positive Wirkung eines „lebendigen Quartiers“ in Bezug auf die Vermeidung oder Verzögerung körperlicher und psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen ist durch Studien belegt (Wolter 2017). Mittlerweile liegen auch Begleitstudien zur Implementierung demenzfreundlicher Kommunen und ähnlicher sozialraumorientierter Konzepte vor. Sie attestieren eine bessere Versorgung demenzbetroffener Menschen, vor allem im häuslichen Bereich, und eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den involvierten Versorgungsanbietern (Brandenburg u.a. 2014).

3 Ansätze und Perspektiven Sozialer Arbeit mit demenzbetroffenen Menschen |

Abseits der geschilderten Methoden lässt sich die Relevanz der Sozialen Arbeit für den Bereich der Demenz auch aus ihrem spezifischen Zugang zu kranken und alten Menschen und ihrer Perspektive auf die Themen Krankheit und Hilfsbedürftigkeit ableiten. Im Unterschied zum eher defizitorientierten Blick medizinischer Berufe fühlt sie sich dem „Empowerment“ ihrer Adressaten verpflichtet. Auch demenzbetroffene Menschen verfügen über Fähigkeiten, Kompetenzen und Expertise in eigener Sache. In den letzten Jahren melden sich vermehrt Betroffene zu Wort und fordern Mitsprache bei der Ausgestaltung von Versorgungskonzepten (*Demenz Support Stuttgart* 2010). Dies anzuerkennen und ihren Anliegen Geltung zu verschaffen, kann Aufgabe einer Sozialen Arbeit sein, die sich auch anwaltschaftlich für die Belange ihrer Adressatinnen und Adressaten stark macht.

Leid entsteht außerdem nicht allein durch körperliche und psychische Beeinträchtigungen, sondern auch durch soziale Marginalisierung und Ausgrenzung. Aus Interviews mit Betroffenen in der Frühphase ist bekannt, dass auch die Furcht vor Ressentiments und die Angst vor Fremdbestimmung Gründe für ihren sozialen Rückzug sind (*Stechl* u.a. 2012). Soziale Arbeit kann diese sozialen Aspekte von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit konzeptionell integrieren und im Kontext des sozialen Raumes bearbeiten (*Geißler-Piltz* 2009a).

Demenzerkrankungen haben außerdem systemischen Charakter. Häufig sind die Angehörigen stärker belastet als ihre betroffenen Verwandten. Ohne Hilfen für Angehörige ist daher kein Unterstützungsangebot für Betroffene vollständig (*Stechl* u.a. 2012). Hier bedarf es der methodischen Kompetenz und der Sensibilität, innerhalb komplexer Familiensysteme zu agieren und zu unterstützen. Pflegende Angehörige von Demenzbetroffenen nehmen professionelle Hilfen außerdem oft erst spät in Anspruch. Entsprechend umfangreich sind die Erfahrungen, auf die sie im Versorgungsprozess bereits zurückblicken können. Hier ist ein berufliches Selbstverständnis hilfreich, das individuelle Problemsichten und Lösungsstrategien anerkennt, darauf aufbauend Hilfepläne entwickelt und jede Form der professionellen Unterstützung stets als Angebot an die Betroffenen begreift.

Angesichts der steten Zunahme der Zahl alter und hilfsbedürftiger Menschen, komplexer werdenden Problemkonstellationen und den erkennbaren Grenzen biomedizinischer Interventionen steigt zudem der Bedarf an koordinierenden, begleitenden und vernetzenden Aktivitäten. Neben der Krankenbehandlung steht die Implementierung tragfähiger und dem Einzelfall angemessener Verknüpfungen unterschiedlichster Dienstleistungen im Fokus (*Ansen* 2010, *Vogel* 2010). Die Bedeutung des „Case Work“ im weitesten Sinne und damit auch der Sozialen Arbeit nimmt zu.

Schließlich ist Demenz nicht nur ein Versorgungsproblem. Es stellt sich vielmehr grundsätzlich die Frage nach den notwendigen gesellschaftlichen Veränderungen, um eine wachsende Zahl an alten und beeinträchtigten Menschen nicht nur zu versorgen, sondern zu integrieren. Hier sind auch Fragen nach der Akzeptanz und Wertschätzung beeinträchtigter Menschen und nach der Tragfähigkeit solidarischer Strukturen zu stellen. Sozialer Arbeit im Gemeinwesen erwächst hier die Aufgabe, Öffentlichkeit herzustellen, Netzwerke zu knüpfen und Solidarität zu fördern.

4 Mehr Bedarf, mehr Sozialarbeit? Ein kritisches Fazit |

Wie gezeigt wurde, sind Methoden der Sozialarbeit in der Arbeit mit Demenzbetroffenen etabliert und zeigen Wirkung. Es wurden außerdem Argumente für die Relevanz einer spezifischen sozialarbeiterischen Perspektive auf die Demenz und ihre Herausforderungen dargelegt. Dessen ungeachtet bleibt die Präsenz der Sozialen Arbeit als Berufsgruppe in diesem Feld schwach. Zwar ist sie in der kommunalen Seniorenarbeit und in den Pflegestützpunkten nach wie vor gut vertreten, in den Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bleibt sie gegenüber anderen Berufsgruppen aber randständig (*Geißler-Piltz* 2009a). Im Bereich der Krankenhäuser stellen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter lediglich 0,4 Prozent der Beschäftigten (*Ansen* 2010). Vor allem in den Akutkrankenhäusern ist ihr Kontakt zu den Patientinnen und Patienten wegen der starken Beschleunigung der Krankenbehandlung zudem stark limitiert. In der stationären Pflege steigt der Anteil leicht, in der ambulanten Pflege ist dagegen eine weitere Reduktion ihrer ohnehin schwachen Präsenz zu verzeichnen (*DESTATIS* 2017). Auch in dem mit Blick auf Demenz bedeutsamen Bereich der Gerontopsychiatrie ist die Sozialarbeit auf dem Rückzug (*Dörr* 2010).

Für die bestehende und in manchen Bereichen voranschreitende Marginalisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheits- und Pflegebereich gibt es eine Reihe von Gründen. Zu nennen ist einmal ihre fehlende rechtliche Verankerung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Betreuung und Beratung sind zwar leistungswirtschaftlich relevante Begriffe, es gibt aber keine spezifischen Vorschriften zur beruflichen Qualifikation der Beratenden (Schmidt 2010). Ein weiterer Grund ist die traditionelle Vorherrschaft einer biomedizinischen Perspektive bei der Betrachtung von körperlich bedingten Einschränkungen im Alter. Damit geht ein Vorrang von Pflege und medizinischer Versorgung gegenüber dem Bereich der sozialen Betreuung und Lebensgestaltung einher. Vor allem in Zeiten der Ressourcenverknappung sind die Letztgenannten als vermeintlich weiche und daher verzichtbare Bereiche zudem die ersten Opfer von Einsparungen (Geißler-Piltz 2009b). Neben diesen strukturellen Restriktionen können außerdem die Schwierigkeiten der Sozialen Arbeit, ihre Wissensbestände und Kompetenzen in multiprofessionellen Kontexten zu profilieren, als Grund angeführt werden (Dörr 2010). Im Gesundheitssystem mit seinen etablierten Machtstrukturen und Zuständigkeitshierarchien gilt dies sicher in besonderer Weise.

Mit dem Bedeutungszuwachs von begleitenden und koordinierenden Ansätzen ist also nicht automatisch ein Bedeutungszuwachs für die Profession der Sozialen Arbeit verbunden. Auch sind weder die beschriebenen Methoden noch eine „ganzheitliche“ Perspektive auf Mensch und Umwelt Alleinbesitz der Sozialen Arbeit. Sie benötigt deshalb neben Fachwissen auch die Fähigkeit, sich in einem multidisziplinären Team Gehör zu verschaffen und ihren spezifischen Beitrag darzulegen (Ansen 2010, Vogel 2010). Angesichts der nach wie vor bestehenden Deutungshoheit der Biomedizin im Bereich der Demenz muss sie sich meines Erachtens der Relevanz ihrer Perspektive auch in Abgrenzung zum biomedizinischen Paradigma bewusst sein. Dass Methoden und Ansätze der Sozialen Arbeit Wirkung zeigen, ist das eine; dies auch zu kommunizieren und mehr Anteile an einer multiperspektivischen Fallarbeit mit demenzbetroffenen Menschen einzuklagen, wird mit Blick auf die komplexen Bedarfslagen der Betroffenen, nicht zuletzt aber auch im beruflichen Eigeninteresse immer notwendiger.

Professor Dr. Manfred Schnabel ist examinierter Krankenpfleger, Dipl.-Sozialarbeiter und Dipl.-Sozialgerontologe. An der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg vertritt er das Fach gemeindenaher Pflege. E-Mail: m.schnabel@eh-ludwigsburg.de

Literatur

- Ansen, H.:** Soziale Arbeit im Krankenhaus. In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010, S. 139-148
- Brandenburg, H.;** Baczkiewicz, C.; Bauer, J.; Zischka, M.: Modellprojekt gemäß § 45c SGB XI. Teil 3. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. In: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_WB141218.pdf (veröffentlicht 2014, abgerufen am 19.11.2018)
- Demenz Support Stuttgart:** „Ich spreche für mich selbst.“ Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. Frankfurt am Main 2010
- DESTATIS:** Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. In: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (veröffentlicht 2017, abgerufen am 20.11.2018)
- Dörr, M.:** Soziale (Alten)Arbeit in der Gerontopsychiatrie. In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010, S. 157-164
- Franke, L.:** Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung. Eine Studie zur psychosozialen Beratung für Ehepartner von Menschen mit Demenz. Frankfurt am Main 2014
- Galuske, M.:** Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim und Basel 2013
- Geißler-Piltz, B.:** Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Geißler-Piltz, B.; Gerull, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen 2009a, S. 13-23
- Geißler-Piltz, B.:** Fazit: Glückliche Profession im fremden Land. In: Geißler-Piltz, B.; Gerull, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen 2009b, S. 155-157
- Golmann, M.:** Wissen hilft Handeln. Gerontopsychiatrische Beratung als Unterstützung psychisch kranker alter Menschen und ihrer Angehörigen. In: Blonski, H. (Hrsg.): Beratung älterer Menschen. Methoden – Konzepte – Erfahrungen. Frankfurt am Main 2013, S. 135-150
- Hauser, U.;** Weber, L.: Psychosoziale Beratung für Menschen mit Demenz in der frühen Phase. Stuttgart 2017
- Hillewaere, L.;** Moons, P.; Steeman, E.; Milisen, K.; Borgersmans, L.; Abraham, I.: Pflegerisches Case Management bei gerontopsychiatrischen Patienten: Ergebnisevaluation eines belgischen Modells. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern 2005, S. 195-217
- Kaplanek, M.:** Unterstützte Selbsthilfegruppen von Menschen mit Demenz. Anregungen für die Praxis. Frankfurt am Main 2012

- Kirchen-Peters, S.;** Nock, L.; Baumeister, P.; Mickley, B.: Pflegestützpunkte in Deutschland. Bonn 2016
- Kuhlmann, A.:** Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Münster 2005
- Lipinska, D.:** Menschen mit Demenz personenzentriert beraten. Dem Selbst eine Bedeutung geben. Bern 2010
- Lukas, A. u.a.:** Gesunderhaltung und Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch ein „initiales Case Management“: Erfahrungen aus dem Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz (ULTDEM-Studie). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 4/2012, S. 298-309
- Manthorpe, J.;** Moniz-Cook, E.: Gruppenarbeit mit Männern mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und beginnender Demenz. In: Moniz-Cook, E.; Manthorpe, J. (Hrsg.): Frühe Diagnose Demenz. Rechtzeitige evidenzbasierte psychosoziale Intervention bei Menschen mit Demenz. Bern 2010, S. 198-201
- Mostardt, S.;** Matusiewix, D.; Schroer, W.; Wasem, J.; Neumann, A.: Wirksamkeit und Kostenentwicklung eines Case-Management-Programms bei Patienten mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 7/2012, S. 642-646
- Müller, P.;** Schnicker, M.; Müller, N.: Präventionsstrategien gegen Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Sonderheft 2/2017, S. 89-95
- Nordheim, J.;** Rapp, M.: Unterstützungsprogramm für Menschen mit Demenz sowie ihre pflegenden Angehörigen. Durchführung und Evaluation eines Trainings- und Unterstützungsprogramms für Patient-Angehörigen-Dyaden bei leichter bis mittelschwerer Demenz im ländlichen Versorgungsgebiet. Hrsg. ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege. In: www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DYA_DEM.pdf (veröffentlicht 2016, abgerufen am 20.11.2018)
- Petzold, H.G.:** Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart 2004
- Philipp-Metzen, H.E.:** Soziale Arbeit mit Menschen mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. Stuttgart 2015
- Piest, F.;** Haag, D.: Nach der Diagnose – Unterstützung für Menschen mit Demenz. Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. Dess@work 1, Demenz Support Stuttgart. In: https://www.demenz-support.de/Repository/Dess_at_work_01_final.pdf (veröffentlicht 2012, abgerufen am 20.11.2018)
- Reichert, M.;** Hampel, S.; Reuter, V.: Mobile Beratung im Themenfeld Demenz. Ergebnisse der Literaturanalyse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung „Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)“. In: www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/MobiDem/Literaturbericht_final.pdf (veröffentlicht 2015, abgerufen am 20.11.2018)
- Rommel-Faßbender, R.:** Case- und Caremanagement – Bedarf und Anforderungen in der Altenhilfe. In: Zippel, C.; Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch. Frankfurt am Main 2011, S. 137-162
- Şahin, C.;** Rethmeier-Hanke, A.; Iseringhausen, O.; Liebe, C.; Wedmann, B.; Hower, K.: Geriatisches Case Management am Küchentisch: Patienten-Outcomes im Modellprojekt Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 7/2018, S. 783-788
- Schmidt, R.:** Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Auer, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010, S. 173-183
- Stechl, E.;** Knüvener, C.; Lämmle, G.: Praxishandbuch Demenz. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Frankfurt am Main 2012
- Tebest, R.;** Stock, S.: Beratung älterer und hilfsbedürftiger Menschen in Deutschland – Status Quo und Ausblick in die Zukunft. In: Blonski, H. (Hrsg.): Beratung älterer Menschen. Methoden – Konzepte – Erfahrungen. Frankfurt am Main 2013, S. 109-134
- Vogel, W.:** Soziale Arbeit in der Geriatrie. In: Auer, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010, S. 149-155
- Wendt, W.:** Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 2015
- Wißmann, P.:** Vom Kranken zum Bürger mit Demenz. Teilhabe an Sport, Kultur, Gesellschaft und Politik – das ist ein Grundrecht aller Menschen, ob mit oder ohne Demenz. In: Pflegen: Demenz 22/2012, S. 24-27
- Wißmann, P.;** Gronemeyer, R.: Demenz – eine zivilgesellschaftliche Herausforderung. Frankfurt am Main 2008
- Wolter, B.:** Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen – Herausforderungen und Barrieren. In: Fabian, C. u.a. (Hrsg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden 2017, S. 61-78