

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege  
Studiendepartment Soziale Arbeit  
Studiengang Sozialpädagogik**

**„Soziale Netze wirken!?  
Ein Perspektivwechsel zur Sozialraumorientierung  
in stationären Einrichtungen der Altenhilfe.“**

**Diplomarbeit**

Tag der Abgabe: 22.03.2007  
Vorgelegt von: Claudia Goldau

Betreuende Prüferin: Frau Prof. Mary Schmoecker  
Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Harald Ansen

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Berufspolitische und handlungsorientierte Ansätze zur Sozialen Arbeit und Sozialraumorientierung</b> .....	<b>6</b>
2.1	Einleitung .....	6
2.2	Systemtheorie und Aspekte Soziale Arbeit .....	6
2.3	Sozialökologische Interventionen - ein Perspektivenwechsel .....	9
2.4	Die Gemeinwesenarbeit als ein Arbeitsprinzip Sozialer Arbeit .....	11
2.5	Fazit .....	13
<b>3</b>	<b>Die Zielgruppen im Blickfeld - Adressaten und Akteure im Arbeitsfeld Sozialer Arbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe</b> .....	<b>14</b>
3.1	Einleitung .....	14
3.2	Aspekte zur Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen .....	14
3.2.1	Demographische Merkmale .....	14
3.2.2	Inanspruchnahme von stationären Einrichtungen und Dauer des Aufenthalts .....	16
3.2.3	Einschränkungen, Hilfe und Pflegebedarf .....	18
3.2.4	Lebensbedingungen und soziale Kontakte von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen .....	23
3.2.5	Erkrankungen im Alter .....	28
3.3	Die anderen Akteure .....	33
3.3.1	Angehörigen als Akteure im sozialen Netz .....	33
3.3.2	Die MitarbeiterInnen in der Lebens- und Arbeitswelt stationärer Einrichtungen .....	36
3.4	Fazit .....	38
<b>4</b>	<b>Theorien und Aspekte zum Handlungsfeld</b> .....	<b>40</b>
4.1	Einleitung .....	40
4.2	Aspekte zum Alter .....	40
4.2.1	Lebenslagen und kritische Lebensereignisse .....	40
4.2.2	Soziale Netze und Beziehungen im Alter .....	41
4.3	Lernen als ein lebenslanger Prozess .....	44

4.4 Coping .....	46
4.5 Fazit.....	48
<b>5 Betrachtungen und Grundlagen zum Arbeitsfeld.....</b>	<b>50</b>
5.1 Einleitung.....	50
5.2 Aspekte zum Heimsystem .....	50
5.3 Die Institution als Soziale Organisation.....	52
5.4 Konzept und Leitbild in der stationären Altenhilfe .....	56
5.4.1 Das ganzheitliche Leitbild und sein Menschenbild .....	56
5.4.2 Das gemeinwesenorientierte Konzept .....	57
5.5 Fazit.....	59
<b>6 Soziale Netzwerkarbeit und ihre Bedeutung für Institutionen der stationären Altenhilfe - betrachtet am Beispiel des Partizipationsprojektes „Sehbehinderten-Gruppe“.....</b>	<b>61</b>
6.1 Einleitung.....	61
6.2 Bedeutung und Funktion von sozialen Netzwerken .....	61
6.3 Konzepte der Sozialen Netzwerkarbeit.....	63
6.4 Exemplarische Betrachtung .....	67
6.5 Fazit.....	76
<b>7 Fazit .....</b>	<b>78</b>
<b>8 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>81</b>
<b>9 Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>82</b>
<b>10 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>84</b>
<b>11 Erklärung zur Diplomarbeit.....</b>	<b>88</b>

## 1 Einleitung

Unter den Aspekten demographischer Entwicklung, gesellschaftlichem Wandel und strukturellen Mängeln in den Versorgungssystemen, zeichnen sich stark veränderte Bedarfe im Umgang mit Pflegebedürftigkeit, Recht und Anspruch auf selbstbestimmte und autonome Lebensgestaltung und soziale Integration im Alter ab. Der Anteil der über 65-jährigen Personen, die in einer stationären Wohnform wohnen müssen oder wohnen wollen ist zwar zurzeit weiterhin eine Minderheit, die aber entsprechend der demographischen Entwicklung und bei fehlenden Alternativen stetig ansteigt. Vor allem die Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten bedarf unserer höchsten Aufmerksamkeit, da es sich bei dieser Zielgruppe um einen Personenkreis handelt, der aufgrund körperlicher und/oder psychischer Krankheiten oder fortgeschrittenem Abbau der körperlichen Kräfte einen besonderen Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf aufweist, der zu einer Gefährdung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit führen kann.

Einhergehend mit dem Abbau sozialer Netze kann eine entsprechende Lebenssituation zur Vereinsamung und sozialen Isolation führen, die wiederum psychische, geistige und körperliche Folgeerscheinungen und Verschlechterung im chronischen Krankheitsverlauf zur Folge haben können.

Der Bedarf nach Integration in ein lebendiges, soziales Gefüge, Teilhabe, Wahl- und Gestaltungsfreiheit sowie die Förderung, Stärkung und Kompetenzerhaltung im Sinne von Rehabilitation sind Ansprüche, dem das derzeitige stationäre Versorgungssystem nicht adäquat begegnet und unter dem Druck nach ökonomischer Effizienz mögliche Entwicklungschancen verpasst.

Das nachfolgende Kapitel ist im Sinne einer fachtheoretischen Verortung zu verstehen und beschreibt drei wesentliche, theoretische Ansätze die für den Perspektivwechsel Sozialer Arbeit, von der Einzelfallorientierung hin zur Erfassung des Menschen in seiner Komplexität und individuellen Einzigartigkeit innerhalb seiner gesamten Lebensbezüge und Einbindungen, von großer Bedeutung sind. Die BewohnerInnen, ihre Angehörigen und die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen der Altenhilfe sind, als die wichtigsten Akteure in den Einrichtungen, Gegenstand der Betrachtung im dritten Kapitel. Dabei liegt der Focus auf den erfahrbaren Bedingungen, Anforderungen und Bedarfen der Zielgruppen und den Beziehungen untereinander.

Das vierte Kapitel beleuchtet einzelne Aspekte der Lebensumstände zur Lebensphase Alter, aber auch die Ressourcen und Potenziale zur Bewältigung von Veränderungen, Belastungen und einschneidender Lebensereignisse. Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe, als Teil der gesamten Versorgungsstruktur, sind unter den Aspekten von Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, dem Anspruch auf individuelle Lebensgestaltung und dem Recht auf Selbstbestimmung der BewohnerInnen in ihrer Entwicklungsfähigkeit gefordert. Im fünften Kapitel sind in diesem Zusammenhang, die Organisationen der Gegenstand theoretischer und konzeptioneller Betrachtung.

Das Kapitel zur sozialen Netzwerkarbeit stellt die theoretische Ausführung des Handlungsmodells als methodische Orientierung der Praxisbetrachtung gegenüber. Die Praxisbetrachtung orientiert sich am Praxisprojekt ‚Sehbehinderten-Gruppe‘ und wird ergänzt durch weitere Vorschläge im Bereich der Interventionen und Maßnahmen für stationäre Einrichtungen.

Das Praxisprojekt, das sich im Rahmen meiner Praxisarbeit entwickelt und von mir begleitet wurde, hat sich über die erste Evaluationsphase hinaus etabliert und erweitert. Es umfasst den Aufbau eines selbsthilfeorientierten, ergänzenden Netzwerkes sowie den Aufbau von internen und externen Kooperationsstrukturen wodurch es möglich war eine kontinuierliche und nachhaltige Fortführung zu sichern. Das Projekt ist die Basis meiner exemplarischen Praxisbetrachtung und als persönliche Erfahrung eine wichtige Grundlage für meine fachliche Orientierung.

Welche Ressourcen und Perspektiven die Arbeit an und mit sozialen Netzen, dem Aufbau von ergänzenden, informellen sozialen Netzen, netzwerkfördernder Bedingungen in Institutionen und der Vernetzung professioneller Dienste für die Einrichtungen stationärer Altenhilfe bietet, soll in der vorliegenden Arbeit verdeutlicht werden.

Zur Vereinfachung der Schreibweise habe ich anstatt der geschlechtsspezifischen Begriffsformen überwiegend das große ‚I‘ verwendet, beispielsweise BewohnerInnen für ‚Bewohner und Bewohnerinnen‘.

## 2 Berufspolitische und handlungsorientierte Ansätze zur Sozialen Arbeit und Sozialraumorientierung

### 2.1 Einleitung

„Soziale Arbeit hat im Vergleich mit anderen, auch älteren Professionen, ein überdurchschnittliches Spektrum von Problematiken, Zielsetzungen, Tätigkeiten und sozialen Systemen, in die sie direkt oder indirekt eingebunden ist.“ ( Staub-Bernasconi, 1995: 95)

Das nachfolgende Kapitel beschreibt drei theoretische Ansätze, die durch ihren Einfluss die handlungstheoretische und berufspolitische Orientierung Sozialer Arbeit geprägt haben.

Diese Ansätze Sozialer Arbeit haben einen Perspektivenwechsel „vom weitgehend isolierten ‚Einzelfall‘ hin zum Klienten in seinen sozialen Beziehungsnetzen und in seinem sozialen Nahraum“ (Galuske, 2005: 285) bewirkt.

Die soziale Netzwerkarbeit stellt basierend auf diesen Grundlagen eine „fachliche Weiterentwicklung dar“ (Galuske, 2005: 293).

### 2.2 Systemtheorie und Aspekte Soziale Arbeit

Die Komplexität des Problem- und Arbeitsfeldes der Sozialarbeit bzw.

Sozialpädagogik fordert eine theoretische Grundlage die den Anspruch an eine „ganzheitliche Betrachtung von Mensch und Gesellschaft“ (Staub-Bernasconi, 1995: 117) ermöglicht.

*Die systemische Theorie der Sozialen Arbeit* betrachtet das System und seine Prozesse ausgehend von der systemischen Ontologie, die sich als philosophische Disziplin mit dem „Seienden und Werdenden“ (Staub-Bernasconi, 1995: 120) beschäftigt, als eine Zusammensetzung und Wechselwirkung von Komponenten, die in unterschiedlichen Verbindungen stehen und sich verbinden oder abgrenzen. Die verschiedenen Systeme können physikalischer, chemischer, biologischer, psychischer, sozialer und kultureller Natur sein und unterscheiden sich entsprechend ihrer Eigenschaften und Gesetzmäßigkeiten. Diese Systeme stehen im Rahmen evolutionärer Entwicklung sowie in gegenwärtiger Existenz in einem direkten Zusammenhang und bedingen sich gegenseitig. (vgl. Staub-Bernasconi, 1995: 127f.)

Diese Wechselwirkung beim menschlichen Individuum, das ein lern- und selbstwissensfähiges Biosystem ist, beeinflusst den menschlichen Werdensprozess. Die Plastizität und Lernfähigkeit des menschlichen Gehirns als psychobiologisches Subsystem ermöglicht menschlichen Individuen, mit ihren biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen, die Erfahrung kognitiver Prozesse zu erfassen. Es befähigt damit zum Denken und ermöglicht, beispielsweise in Verbindung mit emotionalen Empfinden als kognitive Fähigkeit, die Wahrnehmungsfähigkeit, die Erkenntnisfähigkeit, die Lernfähigkeit und Kreativität. (vgl. Staub-Bernasconi, 1995: 128f.)

Die menschlichen Bedürfnisse unterliegen internen Prozessen und einer inneren Ordnung, die sozialkulturell vermittelt und erlernt worden ist. Ein Mangel wird durch äußeres Kompensationsverhalten ausgeglichen. (vgl. Staub-Bernasconi, 1995: 129f.)

Soziale Systeme sind demnach Systeme mit menschlichen Individuen mit ihrem Biosystem als Komponenten. Soziale Systeme haben wiederum Struktureigenschaften mit Mustern und Regeln, die sich beispielsweise in Form von Interaktions- bzw. Austauschregeln, als Verteilungsmuster von Gütern bzw. Ressourcen oder als Differenzierung, gemeint im Sinne der Teilung von Arbeit, einer Teilung zwischen den Geschlechtern und als räumliche Komponente zwischen Stadt und Land, zeigen. Menschen als Mitglieder sozialer Systeme unterliegen einem „Prozess, innerhalb dessen sie lernen, ihre Mitgliedschaften, ihre Rollen und Positionen zu ändern und - wo unumgänglich - auch ihre Präferenzen zu modifizieren“ (Staub-Bernasconi, 1995: 131f.)

Eine „systemisch konzipierte Handlungstheorie“ (Staub-Bernasconi; 1995: 133) sieht somit die Individuen und ihre soziale Umwelt sowie die sozialen Systemstrukturen selbst als ihren Gegenstand. Dabei hinterfragt sie die potenziellen Konflikte und Kooperationsformen sowie „Vernetzungs-, Macht- und Durchsetzungschancen“ (Staub-Bernasconi, 1995: 133) innerhalb des systemischen Konstruktes.

Die „professionelle Soziale Arbeit“ (Obrecht, 2001: 94) lässt sich aus systemtheoretischer Sicht in fünf Charakteristika unterteilen, den Gegenstand, die zu bearbeitenden Probleme und das Ziel sowie die methodische und ethische Orientierung Sozialer Arbeit. Diese Merkmale definieren die handlungswissenschaftlichen Rahmenbedingungen.

*Der Gegenstand Sozialer Arbeit* ist sowohl das menschliche Individuum als Teil sozialer Systeme sowie das soziale System an sich bestehend aus menschlichen Individuen in Form von „Familien, Gruppen, Gemeinwesen, Organisationen oder sozialen Netzwerken wie Verwandtschaften oder Nachbarschaften“ (Obrecht, 2001: 94).

*Die zu bearbeitenden Probleme Sozialer Arbeit* im systemtheoretischen Sinn sind sowohl Probleme von Individuen, als auch Probleme innerhalb einer Struktur sozialer Systeme. Individuelle Probleme zeigen sich „als momentanes oder anhaltendes Unvermögen der Individuen, ihre biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse innerhalb ihrer sozialen Umgebung in einem für ihre nachhaltige Entwicklung“ (Obrecht, 2001: 94) ausreichend und angemessen aus eigener Kraft zu befriedigen.

*Das Ziel Sozialer Arbeit* kann allgemein als „die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse und damit bio-physischer, psychischer und sozialer Werte“ (Staub-Bernasconi, 1995: 99) sowie der „Aufbau oder die Erhaltung menschengerechter Sozialstrukturen“ (ebd., S. 99) bezeichnet werden.

Sozialer Arbeit dient der Verhinderung, Verminderung und Lösung möglicher oder drohender sowie existierender bio-psycho-sozialer Probleme die immer im wechselseitigen Zusammenhang zueinander stehen. (vgl. Obrecht, 2001: 95)

*Die methodische Orientierung von Sozialer Arbeit* ist gekennzeichnet durch rational, zielorientiertes Handeln in Verbindung mit analytischen Verfahren. Die speziellen Arbeitsweisen dienen unter anderem der Erschließung, Bildung und Förderung von Ressourcen und Kompetenzen und zielen auf soziale Vernetzung und Teilhabe sowie auf Ermächtigung und Veränderung der Machtstrukturen ab. (vgl. Obrecht, 2001: 95)

*Die Ethik in der systemischen Sozialer Arbeit* beruhend auf dem „moralischen Respekt“ (Obrecht, 2001: 95) vor den AdressatInnen und Interessengruppen Sozialer Arbeit, bedingt die Einbeziehung und den würdevollen Umgang innerhalb der Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und Klientin oder Klientensystem.

Beteiligung als professionelle Rationalität optimiert Effektivität und Effizienz und ist auch „moralisches Gebot“ (Obrecht, 2001: 95).

*Die Werte im Rahmen Sozialer Arbeit* beschreiben gemäß Staub-Bernasconi die menschlichen Bedürfnisse in den Bereichen körperlicher Unversehrtheit, psychischen Wohlbefindens, sozialer Wohlfahrt und kultureller Angemessenheit (vgl. Staub-Bernasconi, 1995: 99). Sie formuliert damit unter anderem das Recht auf Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Unversehrtheit, dem Anspruch auf Lernen und Sinnerfüllung, Freiheit und Autonomie.

Die von ihr geforderte Erfüllung des Anspruchs auf „soziale Austausch- und Verteilungsgerechtigkeit“ (ebd., S. 99) der die Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen, soziale Vernetzung und erfahrene Solidarität ermöglicht, sowie die Werte der Gleichheit, Demokratie und Gewaltlosigkeit als auch der Wahrhaftigkeit im Umgang mit kulturellen Gütern und interkultureller Verständigung bezieht sich auf die Kooperation und den Austausch zwischen den Menschen in Verbindung mit den sozialen Systemen, den vorherrschenden Machtstrukturen und den verrechtlichten und vergesellschafteten Normen und Werten. (vgl. Staub-Bernasconi, 1995: 99)

### 2.3 Sozialökologische Interventionen - ein Perspektivenwechsel

Die „ökologische Intervention“ (Pankoke, 1986: 9) ist als ein „gezielter Eingriff in die Entwicklung von Lebensräumen“ (ebd., S.9) zu verstehen. Für diese Eingriffe mit einem bewussten Bezug zu den Handlungsfeldern „sozialer Aktion“ (ebd., S.9) ist ein Perspektivenwechsel bei der Problemorientierung sowie eine Veränderung sozialpolitischer Zielsetzungen von Bedeutung.

Durch die Einbindung und Beteiligung der Betroffenen verändert sich das Rollenverständnis der Betroffenen der Klient wird zum „Akteur“ (ebd., S.9) in eigener Sache. Die Förderung von „Aktivität, Solidarität und Produktivität“ (ebd., S. 9) in Form von „sozialer Aktion“ (ebd., S.9) erfordert eine Veränderung in der Sicht auf die gesellschaftlichen Lebensbedingungen.

Die Entwicklung eines „sozialen Lebensraumes“ (ebd., S. 10) ist nicht allein durch die strukturelle Ausstattung in Form von sozialen oder kulturellen Dienstleistungen zu erreichen, sondern braucht die Berücksichtigung der „sozialen Kräfte, die

positiv oder negativ, belebend oder blockierend“ (ebd., S.11) in diesem sozialen Raum wirken.

Die sozialökologischer Orientierung findet sich in ihrer Auslegung auch in der Bedeutung von sozialer Vernetzung wieder. Die soziale Mikrostruktur als zwischenmenschlichen Beziehungen zeigt sich in Form von Kontakt, Kommunikation und Kooperation. Pankoke unterscheidet in seiner Beschreibung zwischen den „natural networks“ (ebd., S.11), den durch Verwandtschaft oder Nachbarschaft entstandenen bzw. gewachsenen Netzwerken, und den „künstlichen Vernetzungen durch soziodynamisches Arrangement“ (ebd., S.11). Bei der künstlichen Vernetzung entsteht die soziale Dynamik durch gemeinsame Betroffenheit und wird entsprechend der spezifischen Anforderungen und Probleme bewusst und gezielt initiiert und organisiert. Diese „bewusst geknüpften Gruppenbeziehungen“ (ebd., S.12) haben hinsichtlich ihrer „Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungsfunktion“ (ebd., S.12) an Bedeutung gewonnen.

Die Ausrichtung in der Orientierung an Netzwerken und Lebenszusammenhängen ist somit auch ein Perspektivenwechsel „vom individualisierten und isolierten ‚Fallbezug‘ zur ‚Feldorientierung‘“ (ebd., S. 12) Sozialer Arbeit.

Unter dem Aspekt, dass in unserer modernen Gesellschaft die natürlich gewachsenen sozialen Netze immer öfter „gestört und geschwächt“ (ebd., S. 17) sind, ist der Bedarf danach durch künstlich zu stiftende und zu entwickelnde soziale Netze zu stillen.

„Die Praxis sozialarbeiterischer Feldorientierung zielt dahin, geschwächte Netzwerke des Alltags zu stabilisieren und zu aktivieren und der Selbstverantwortung eine Chance zu geben“. (Pankoke, 1986, S. 18)

Die ‚Feldorientierung‘ steht für eine Handlungsorientierung sozialer Arbeit, die auf das Feld und nicht auf den Einzelfall ausgelegt ist. Das professionelle Handeln ist auf die Aktivierung der Stärken lebensweltlicher, sozialräumlicher und soziokultureller Felder ausgerichtet. SozialarbeiterInnen werden hier als MittlerIn tätig um den Störungen und Spannungen im Feld zu begegnen.

Die „Vernetzung der Handlungsebenen“ (ebd., S. 39), mit ihren unterschiedlichen Reichweiten, im sozialen Nahraum - dem direkten Lebensumfeld, im Gemeinwesen oder auf politisch-administrativer Ebene, weist damit Parallelen zur Gemeinwesenarbeit auf. (vgl. Pankoke, 1986: 9-39)

## 2.4 Die Gemeinwesenarbeit als ein Arbeitsprinzip Sozialer Arbeit

Die Gemeinwesenarbeit, mit ihren Wurzeln in England und den USA, wurde in Deutschland durch die politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen sowie durch unterschiedliche theoretische Einflüsse in ihrem Entwicklungsverlauf geprägt.

Ich möchte hier Bezug nehmen auf die Ansätze von Oelschlägel zur „Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip“ (Oelschlägel, 2001: 198) und zum Ansatz „Lebensweltorientierte Gemeinwesenarbeit“ (ebd., S.198).

Die Gemeinwesenarbeit als „eine sozialräumliche Strategie“ (ebd., S.198) richtet sich auf den Stadtteil und nicht auf das einzelne Individuum dabei wird der Stadtteil „als eine Ressource zur Lebensbewältigung“ (ebd., S.198) verstanden. Oelschlägel definiert das Arbeitsprinzip der Gemeinwesenarbeit als „eine zu entwickelnde, zu entfaltende Grundorientierung, Haltung, Sichtweise professionellen Handelns, eine grundsätzliche Herangehensweise an soziale Probleme, wo auch immer im Bereich Sozialer Berufsarbeit im weitesten Sinne“ (Oelschlägel, 1985: 16).

Er definiert den Begriff Gemeinwesenarbeit nach Merkmalen, die sich in der nachfolgenden Ausführung wieder finden.

- Gemeinwesenarbeit begreift die Probleme eines Stadtteils in ihrem weitgehenden Verursachungszusammenhang. Dabei werden die ökonomischen und politischen Bedingungen als Ursache sozialer Benachteiligung begriffen.
- Gemeinwesenarbeit kann dabei territorial, funktional oder kategorial sein. Das bedeutet, dass Gemeinwesenarbeit auf die Lebensbedingungen innerhalb eines räumlich begrenzten Gebietes (einem Quartier), einzelner Lebensbereiche (beispielsweise Wohnen) oder einzelner Gruppen (beispielsweise alte Menschen) ausgerichtet sein kann.
- Gemeinwesenarbeit ist interdisziplinär und integriert die Ansätze, Denkweisen oder Methoden aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Gemeinwesenarbeit wird durch Kooperation und Vernetzung träger- und ressourcübergreifend tätig und arbeitet zielgruppenübergreifend (beispielsweise in der Kooperation und Vernetzung ambulanter und

stationärer Strukturen der Altenhilfe und in Form generationsübergreifender Arbeit).

- Gemeinwesenarbeit möchte das Gemeinwesen handlungsfähiger machen. Es gilt die Strukturen im Stadtteil durch Öffnung, Niedrigschwelligkeit und Transparenz effektiver nutzbar zu machen und dadurch den Menschen bessere Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. Beispiele wären die Öffnung von Heimen und die Dezentralisierung psychosozialer Dienste.
- Gemeinwesenarbeit hat als zentrales Merkmal die „Aktivierung der Menschen in ihrer Lebenswelt“ (ebd., S.199) und zielt damit auf die Aktivierung der Eigenkräfte. Gemeinwesenarbeit umfasst somit präventive Maßnahmen, ansetzend an den Alltagserfahrungen der Menschen, selbsthilfeorientierte Angebote, kulturelle und politische Aktionen und Aktivitäten sowie stadtteilorientierte Bildungsarbeit. (vgl. Oelschlägel, 2001: 198f.)

Der Ansatz der lebensweltorientierten Gemeinwesenarbeit unterstreicht die „Hinwendung zum Alltag und zur Lebenswelt“ (Oelschlägel, 1991; 1994 in Kühn, 2004: 414) in der Handlungsorientierung Sozialer Arbeit.

Oelschlägel orientiert sich bezüglich der Definition von Lebenswelt an den Ausführungen von Habermas und seiner System-Lebenswelt-Theorie. In diesen Zusammenhang wird die Lebenswelt als Ort alltäglicher Handlungen von Individuen bezeichnet, die wiederum Teil der Gesellschaft und somit auch des Systems „als Ort des strategischen Handelns mit den Bestandteilen Wirtschaft, öffentlichen Verwaltung und Politik“ (Kühn, 2004: 415) ist. Die Gemeinwesenarbeit hat ihren Handlungsraum in der Lebenswelt und ist dabei in gleichzeitiger Abhängigkeit von Teilen des Systems. Das Ziel lebensweltorientierter Gemeinwesenarbeit ist dabei die Stärkung der Lebenswelt durch „eine Verbesserung der Kommunikations- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen“ (ebd., S.115) und der „Schutz der Lebenswelt vor Angriffen und Übergriffen des Systems“ (ebd., S.115).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Kühn mit den Ausführungen zu Oelschlägel und Habermas: Soziologische Aspekte der Gemeinwesenarbeit in: Soziologie - Studienbuch für soziale Berufe, 2004

Ein wesentliches Handlungselement der Gemeinwesenarbeit ist die Schaffung und Stärkung von Ressourcen. Dies kann als Dienstleistung in Form von materiellen und personellen Ressourcen, durch eine geschaffene Infrastruktur oder durch „Aufbau, Stützung und Erweiterung von sozialen Netzen und Stützsystemen“ (Oelschlägel, 2001: 199) stattfinden. Oelschlägel erachtet dabei die „Ressource Netzwerk“ (ebd., S.199) als besonders wichtig.

Hier wird emotionale Unterstützung und praktische Alltagshilfe geleistet [!], Kompetenzen und Ressourcen können ausgetauscht, Sicherheit und Selbstwertgefühl gewonnen werden.“ (Oelschlägel, 2001: 199)

## 2.5 Fazit

Durch die Einflüsse der Systemtheorie und dem sozialökologischen Ansatz sowie dem Einfluss der Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip haben sich die Sichtweisen und Vorgehensweisen in der Sozialen Arbeit verändert.

Diese theoretischen und handlungsorientierten Ansätze erfassen den Menschen in seinen direkten und indirekten Lebensbezügen.

Gegenstand Sozialer Arbeit ist somit nicht nur das Individuum, sondern auch die Lebensbedingungen und der Lebensraum.

Die Entwicklung von Lebens- und Handlungsräumen auf territorialer, funktionaler und kategorialer Ebene, die dem Individuum die Möglichkeiten zur Selbstbefähigung, Teilhabe und Selbstbestimmung gewährleisten können, dient damit auch der Erfüllung „bio-physischer, psychischer und sozialer Werte“ (Staub-Bernasconi, 1995: 99).

Die Arbeit mit und an sozialen Netzen hat dabei die Funktionen dem Individuum Schutz, Entlastung und Unterstützung zu bieten, Handlungs- und Bewältigungskompetenz zu stärken und Solidaritätserfahrungen zu ermöglichen.

### **3 Die Zielgruppen im Blickfeld - Adressaten und Akteure im Arbeitsfeld Sozialer Arbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe**

#### 3.1 Einleitung

Der Übergang in eine Einrichtung stationärer Altenhilfe ist eine einschneidende Veränderung der Lebenssituation. Die Einrichtungen sind durch institutionelle Rahmenbedingungen geprägte Orte des Lebens und Arbeitens und sind damit auch Schnittstelle zwischen der Lebenswelt der BewohnerInnen, mit ihren besonderen Bedarfen, biographisch geprägten Fähigkeiten und Gewohnheiten sowie ihren sozialen Beziehungen zu ihren Angehörigen, und der Arbeitswelt der MitarbeiterInnen der Einrichtung.

Das Kapitel beschreibt im Wesentlichen die Situation der drei wichtigsten Zielgruppen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe unter den Aspekten der Bedarfe, der Belastungen und der sozialen Beziehungen untereinander und legt den Fokus dabei auf den Anspruch an BewohnerInnenorientierung und selbstbestimmter Lebensgestaltung in der neuen Lebenswelt.

#### 3.2 Aspekte zur Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen

##### 3.2.1 Demographische Merkmale

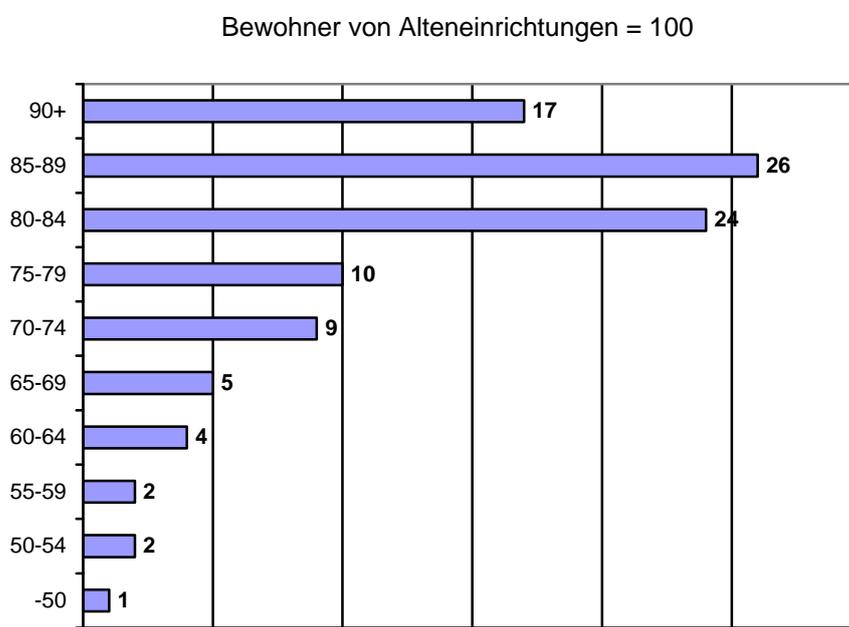
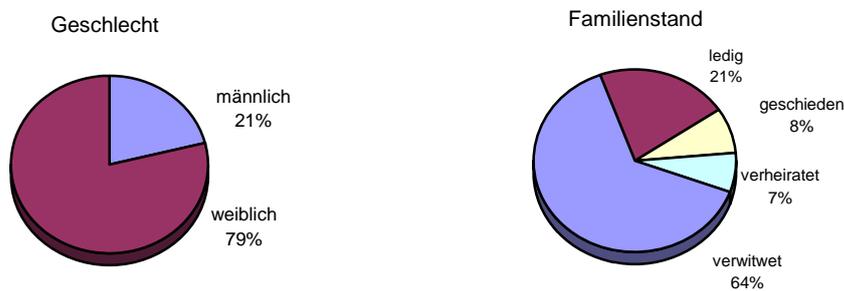
Die demographische Struktur von Bewohnerinnen und Bewohnern in Alteneinrichtungen ist vorrangig gekennzeichnet durch Hochaltrigkeit, Verwitwung und einem hohen Frauenanteil.

Die Altersstruktur ergibt gemäß der Infratest-Heimerhebung von 1994 einen Anteil von 67 v.H. der BewohnerInnen die 80 Jahre und älter sind. (Schneekloth,; Müller, BMFSFJ, 1998: 37)

Im Vergleich steigt diese Zahl gemäß der Erhebung des Altenheimsurveys von 1997 auf einen Anteil von 71,2 v.H. der BewohnerInnen in dieser Altersgruppe. Das Durchschnittsalter lag 1998 nach Angaben der Untersuchung von Schneekloth und Müller, 2000 bei einem Alter von 81 Jahren und ein weiterer Anstieg im Durchschnittsalter ist beobachtbar. (3. Altenbericht, BMFSFJ, 2001: 128)

Die nachfolgende Abbildung der Infratest-Heimerhebung gibt eine Übersicht zu den benannten demographischen Merkmalen.

Abb. 1: Demographische Merkmale der Bewohner von Alteneinrichtungen



Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth, Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998

Bei der Gruppe der unter 60 jährigen handelt es sich um Personen mit Behinderungen oder psychischen Störungen die aufgrund fehlender Alternativen in einer Alteneinrichtung leben.

Der Anteil der BewohnerInnen von Alteneinrichtungen an der Gesamtbevölkerung liegt bei einem Anteil von 5% bezogen auf die über 65 jährigen Senioren. (vgl. Schneekloth; Müller, BMFSFJ,1998: 37)

Diese Zahlen verteilen sich entsprechend des Bedarfs auf die verschiedenen Formen von Alteneinrichtungen, die als Altenwohnheime, Altenheime und Pflegeheime sowie Mehrgliedrige Einrichtungen ausgewiesen sind und nachfolgend unter dem Themenpunkt Lebensbedingungen und soziale Kontakte

von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen genauer definiert werden. Die Kategorisierung bezieht sich auf Zielrichtung und Funktion der Organisationen.

### 3.2.2 Inanspruchnahme von stationären Einrichtungen und Dauer des Aufenthalts

Der Umzug in eine institutionelle Wohnform stellt eine sehr einschneidende Veränderung der Lebenssituation dar.

Die nachfolgend aufgeführten Gründe für den Umzug in ein Heim beruhen auf Fremdauskünften des Pflegepersonals im Rahmen einer querschnittsbezogenen Erhebung, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 1: Gründe für eine Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen

<b>Aufnahmegründe</b>	Bewohner insgesamt	Altenpflegebereich	Altenheimbereich	Altenwohnbereich
Gesundheitszustand	62,7%	74,0%	52,3%	37,0%
Nicht genügend Pflegepersonen / Überlastung / Spannungen	43,1%	53,3%	35,7%	14,3%
Wohnung ungeeignet	15,1%	18,9%	11,2%	7,4%
Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen	10,9%	10,2%	13,3%	7,9%
Der Wunsch nach geeigneter Betreuung.	35,3%	31,4%	38,4%	45,6%
Der Wunsch nach besserer sozialer Einbindung.	15,4%	10,3%	18,6%	30,8%
Sonstiges	9,6%	5,6%	11,1%	24,3%

Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.135

Weitere Ergebnisse im Rahmen der Infratest-Heimerhebung 1994 weisen, bezüglich des Übergangs in eine institutionelle Wohnform, auf „die Bedeutung des ‚Life-Events‘ Verlust des Ehepartners hin, der in der alltäglichen Lebensführung von den Betroffenen häufig nicht kompensiert werden kann“ (Schneekloth; Müller, BMFSFJ, 1998:42). Für die Entscheidung zwischen Heimeintritt und dem Verbleib im eigenen Haushalt sind neben dem Gesundheitszustand die jeweiligen sozialen Gegebenheiten und die Wohnsituation von Bedeutung. (vgl. ebd., 41f.)

Die nachfolgende Übersicht soll die durchschnittliche Verweildauer in Alteneinrichtungen annähernd abbilden. Dafür ist im Rahmen der Infratest-Heimerhebung die Querschnitterhebung rückblickend ausgeführt worden, dabei wurde die Verweildauer der beiden zuletzt verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner erhoben.

Tabelle 2: Durchschnittliche Verweildauer in Alteneinrichtungen vom Heimeintritt bis zum Ableben der Bewohner

<b>Verweildauer</b>	Pflegeorientierte Einrichtung	Wohnorientierung/ Pflegeplätze
Unter 6 Monaten	17,6%	16,4%
6 bis unter 12 Monate	19,8%	5,4%
1 bis unter 2 Jahre	10,9%	10,4%
2 bis unter 3 Jahre	13,2%	8,8%
3 bis unter 5 Jahre	20,4%	21,9%
5 bis unter 7 Jahre	8,0%	8,8%
7 bis unter 10 Jahre	4,5%	6,6%
10 Jahre und mehr	5,6%	21,7%
Durchschnittlich (in Monaten)	36%	73%

Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.137

Der Unterschied zwischen pflege- und wohnorientierten Einrichtungen wird im Durchschnitt sichtbar. Im Rahmen der Auswertung wird auf „die Bedeutung der Phase des unmittelbaren Heimübergangs“ (ebd., S. 45) hingewiesen und damit der Bedarf an Eingewöhnungshilfen und Orientierungsfördernden Maßnahmen sowie bedarfsorientierte Betreuung mit dem Ziel Vertrautheit zur neuen Umgebung aufzubauen deutlich gemacht. (vgl. ebd., S. 43ff.)

Parallel dazu wird hervorgehoben, dass beide Heimtypen im Vergleich dennoch einen deutlichen Anteil von Bewohnerinnen und Bewohner aufweisen, die fünf Jahre oder sogar mehr als zehn Jahre in der Einrichtung verbleiben. (vgl. ebd., S. 45)

### 3.2.3 Einschränkungen, Hilfe und Pflegebedarf

Für die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen sind Einschränkungen „bei alltäglichen Verrichtungen, die zu einem Kompetenzverlust im Bereich der selbstständigen Lebensgestaltung führen“ (Schneekloth; Müller, 1998: 47) charakteristisch. Beeinträchtigungen sind in den Bereichen Stoffwechsel und Ernährung, Mobilität und Motorik, Hygiene, hauswirtschaftliche Versorgung und sozial-kommunikative Alltagsverrichtungen zu finden. (vgl. ebd., S. 47)

Die Einschränkungen zeigen sich in zwei Ausprägungen und werden bezüglich der Ursächlichkeit nach zwei grundlegenden Profilmertkmalen in Mobilitätseinschränkungen und psychischen Veränderungen unterschieden.

Die Mobilitätseinschränkungen sind dem körperlich-funktionalen Bereich zugeordnet die psychischen Veränderungen zeigen sich durch Auffälligkeiten in den Bereichen der Orientierung, Gedächtnis und Verhalten. Mit Blick auf bedarfsorientierte Betreuung und auch der Gestaltung des Wohnumfelds kommt den psychischen Veränderungen eine besondere Bedeutung zu. Neben den pflegerischen Hilfen im Bereich der körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen sind sozialpflegerische und therapeutische Betreuung erforderlich.

Die Gestaltung der Umgebung muss Barrierefreiheit gewährleisten und im Rahmen der architektonischen Gegebenheiten antriebs- und orientierungsfördernd wirken. (vgl. ebd., S. 48f.)

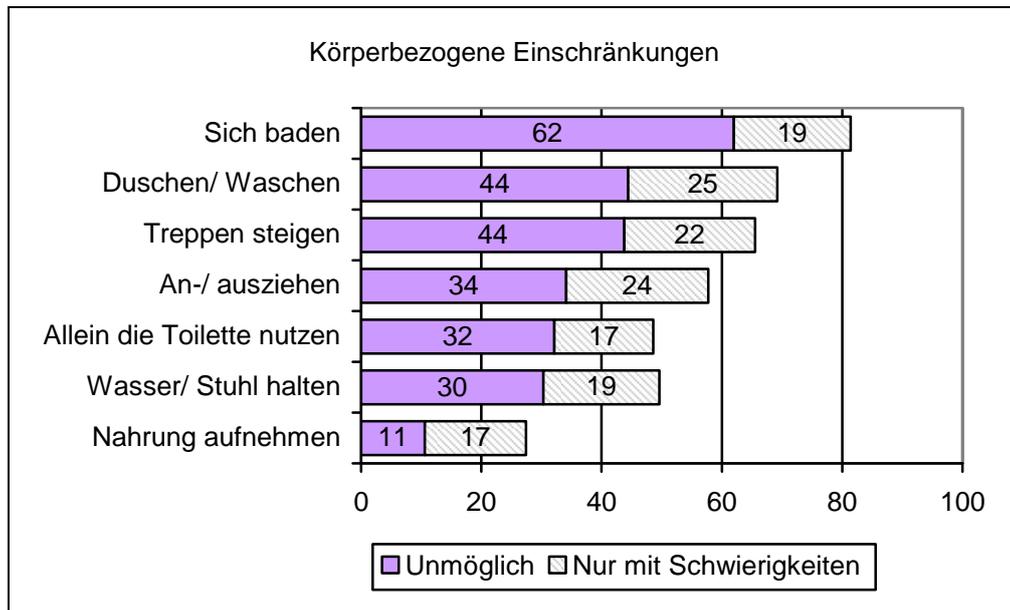
Im Rahmen der für dieses Kapitel zu Grunde liegenden Repräsentativerhebung wurden durch die Auskünfte der Mitarbeiter von Alteneinrichtungen die nachfolgenden Einschränkungen konkret benannt.

Die Beurteilungen waren im Rahmen der Befragung eingeschränkt wie es aus der Abbildung ersichtlich ist, dennoch waren Mehrfachnennungen möglich. <sup>2</sup>

---

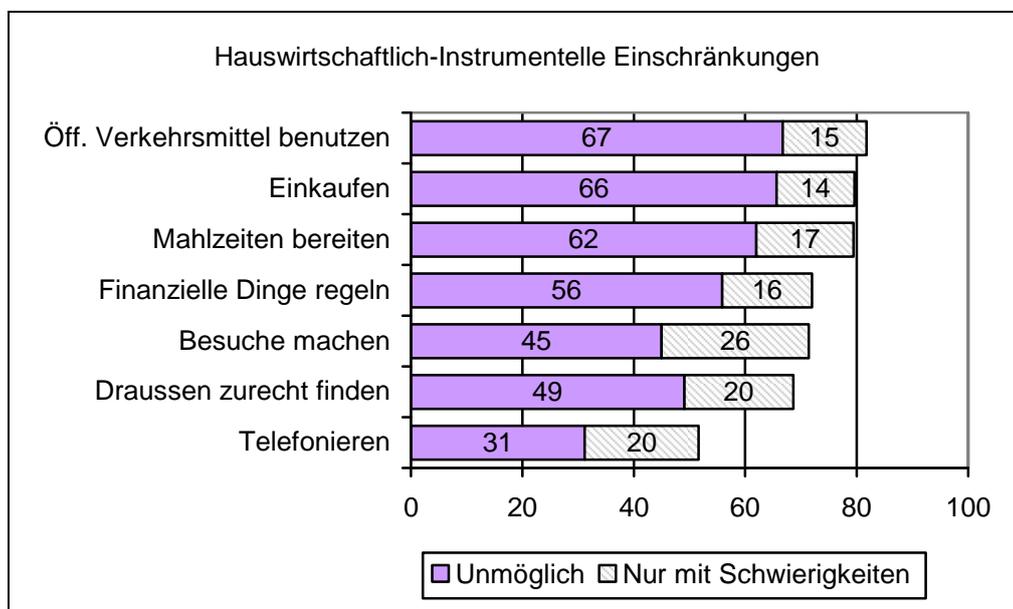
<sup>2</sup> Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998

Abb. 2: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen nach Einschränkungen bei alltäglichen körperbezogenen Verrichtungen



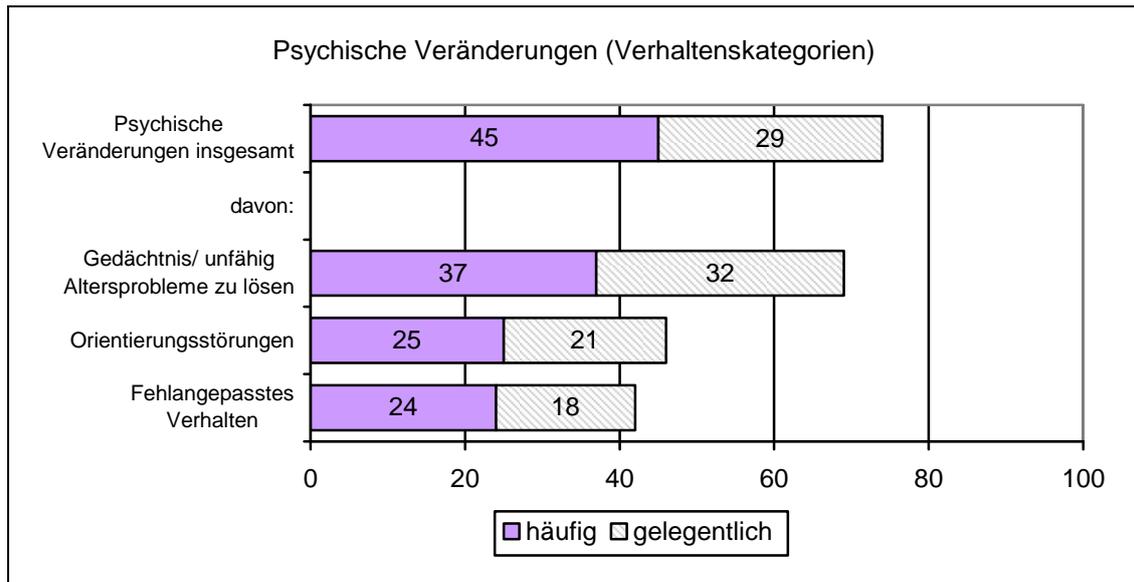
Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46

Abb. 3: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteinrichtungen nach Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen und sozial-kommunikativen alltäglichen Verrichtungen



Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46

Abb. 4: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit psychischen Veränderungen (Verhaltenskategorie)



Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46

Der Hilfe- und Pflegebedarf ist dementsprechend durch unterschiedliche Faktoren geprägt. Die Hilfeleistungen, die standardmäßig zum Angebot der Einrichtungen gehören, beziehen sich zum einen auf den Bereich der Grundpflege, der Versorgung und Hilfe im Bereich körperlicher Einschränkungen und im Rahmen medizinischer Versorgung, die medizinische Behandlungspflege.

Die medizinische Versorgung stellt die Versorgung mit Medikamenten, Spritzen sowie die Wundversorgung sicher. (vgl. Schneekloth; Müller, BMFSFJ, 1998: 52) Weitere Standardangebote sind die hauswirtschaftlichen Hilfen in Form von Reinigen der Wohnung und der Zubereitung von Mahlzeiten. Gerade in diesem „Bereich der alltäglichen Lebensführung“ (ebd., S. 52) kann durch „Aktivierung und Förderung“ (ebd., S.53) mehr Selbstständigkeit aufrechterhalten werden.

Die nachfolgende Übersicht, an Hand der Repräsentativerhebung, gibt einen Überblick über die erhaltenen Pflege- und Versorgungsleistungen und über die selbstständig ausgeführten hauswirtschaftlichen Verrichtungen. Dabei zeigt sich bei genauerer Betrachtung das ein Ungleichgewicht zwischen der ausgeprägten Versorgung im Bereich der „klassischen Pflege und der hauswirtschaftlichen Hilfen“ (ebd., S.53) und der erhaltenen Hilfen im Bereich psycho-sozialer Unterstützung besteht. Die Hilfen durch „Verhaltensanleitung“ (ebd., S. 53), bei der „Tagesgestaltung“ (ebd., S. 53) und durch „Anleitung zur Kommunikation“ (ebd., S. 53), sowie in Form von Förderung und Unterstützung bei

„außerhäuslichen Aktivitäten“ (Schneekloth; Müller, 1998: 53) sind auch angesichts des hohen Anteils psychisch veränderter Menschen in den Einrichtung von besonderer Bedeutung.<sup>3</sup>

Tabelle 3: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach erhaltenen Pflege- und Versorgungsleistungen

	Täglich	(Mehrfach) wöchentlich	Seltener
<b>Altenpflegebereich</b>			
Körperpflege	81,2	6,4	2,1
Behandlungspflege	65,6	6,4	13,6
Nahrungsaufnahme	50,1	1,9	8,1
Putzen/Einkaufen	59,8	22,9	1,8
Kochen	92,1	-	0,7
Besuche machen	7,7	8,1	26,0
Verhaltensanleitung	42,1	9,6	9,6
Betreuung in der Nacht	79,2	2,7	8,1
<b>Altenheimbereich</b>			
Körperpflege	39,6	12,1	5,4
Behandlungspflege	34,3	7,8	15,7
Nahrungsaufnahme	23,3	0,1	8,9
Putzen/Einkaufen	47,0	32,7	1,5
Kochen	72,0	12,3	1,8
Besuche machen	6,6	7,4	22,8
Verhaltensanleitung	25,7	10,8	10,2
Betreuung in der Nacht	34,8	2,2	18,5
<b>Altenwohnbereich</b>			
Körperpflege	31,7	11,0	2,0
Behandlungspflege	26,5	15,8	17,7
Nahrungsaufnahme	15,9	1,7	5,7
Putzen/Einkaufen	29,4	32,2	4,9
Kochen	36,5	16,0	2,0
Besuche machen	1,9	10,1	16,2
Verhaltensanleitung	6,9	12,5	4,7
Betreuung in der Nacht	24,9	1,6	5,3

Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 142

<sup>3</sup> Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998

Tabelle 4: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach selbstständiger Ausführung von hauswirtschaftlichen Verrichtungen

	Übernimmt die Person	Könnte sie übernehmen	Könnte sie nicht übernehmen
<b>Altenpflegebereich</b>			
Essen zubereiten	6,6	17,0	76,4
Einkaufen	5,1	10,2	84,7
Zimmer/Wohnung säubern	2,0	9,2	88,8
Anderen Bewohnern helfen	7,2	12,6	80,2
Aufgaben f. d. Gemeinschaft übernehmen	6,3	13,4	80,3
<b>Altenheimbereich</b>			
Essen zubereiten	14,3	27,7	58,0
Einkaufen	18,4	20,7	60,9
Zimmer/Wohnung säubern	9,2	20,1	70,7
Anderen Bewohnern helfen	13,9	21,2	64,9
Aufgaben f. d. Gemeinschaft übernehmen	11,4	29,2	59,4
<b>Altenwohnbereich</b>			
Essen zubereiten	45,9	21,4	32,7
Einkaufen	47,	14,9	37,4
Zimmer/Wohnung säubern	32,5	22,4	45,1
Anderen Bewohnern helfen	24,8	31,4	43,8
Aufgaben f. d. Gemeinschaft übernehmen	18,2	39,7	42,1

Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 143

Nach den Ergebnissen der Erhebung findet sich die Verhaltensanleitung als erhaltene Leistung zwar täglich bei einem Anteil von 42,1% der Bewohnerinnen und Bewohner wieder, dennoch ist gemessen am Anteil derer die, wie aus Abbildung 4 ersichtlich wird, vorhandene psychische Veränderungen aufweisen ein Rückschluss auf eine nicht gedeckte Bedarfslage nahe liegend. (vgl., Schneekloth; Müller, 1998: 53)

### 3.2.4 Lebensbedingungen und soziale Kontakte von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteinrichtungen

Die Wohneinrichtungen für alte Menschen werden nach bestimmten Merkmalen in unterschiedliche Formen des institutionalisierten Wohnens kategorisiert.

Die nachfolgende Typisierung ist an den Angaben des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge orientiert.

*Alterwohnheime* bieten ein der Zielgruppen gerechtes Wohnen in kleinen Wohnungen mit einem im Umfang unterschiedliches Angebot von Betreuung und Versorgung nach Bedarf.

*Alterheime* bieten eine Wohnform, die Ein- bis Zweibettzimmer oder kleine Appartements vorhält. Die angebotene Versorgung und Betreuung soll den Bedarf für Personen decken die einen eigenen Haushalt nicht mehr versorgen können.

*Pflegeheime* bieten Ein- oder Zweibettzimmer in denen dauernd pflegebedürftige Menschen neben Betreuung und Versorgung eine medizinische Grundversorgung erhalten. Der Heimtyp wird sowohl für Personen mit physischen und psychischen Behinderungen als auch für unheilbar Schwerstkranke und vorwiegend bettlägerige Personen vorgehalten.

*Mehrgliedrige Einrichtungen* weisen eine Kombination der genannten Einrichtungsformen auf um „einen problematischen Milieuwechsel im Krankheits- und Behinderungsfall zu vermeiden“ (Backes, 2003: 244 und vgl. Witterstädter, 2003: 154)

„In der Heimstatistik wird fast die Hälfte der Einrichtung unter der Rubrik ‚Mehrgliedrige Einrichtungen‘ ausgewiesen.“ (Schneekloth; Müller, 1998: 25)

Ergänzend möchte ich zwei weitere Möglichkeiten benennen die in der Literatur gesondert beschrieben werden.

*Seniorenstifte oder Wohnstifte* auch in Form von Seniorenresidenzen sind privat finanziert und nur für die einkommensstarken BewohnerInnen geeignet.

Diese Einrichtungen wollen individuelle Wohnsphäre, Hotelleistungen auf gehobene Niveau und Pflegeleistungen miteinander verbinden und bieten.(vgl., Backes, 2003: 244)

*Das Servicehaus*, das sowohl selbstständiges Wohnen sowie betreutes Wohnen bietet, mit Pflegerufbereitschaft, haustechnischem und sozialem Basisdienst

sowie kommunikativer Einbindung, und Pflegepflegewohnungen für pflegebedürftige BewohnerInnen. (vgl., Witterstädter, 2003: 155)

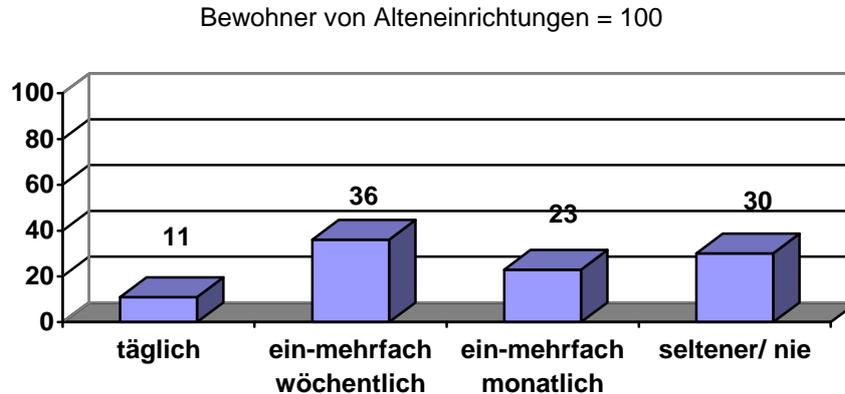
„Ausstattungsbezogene, bauliche und architektonische Gestaltung der Heime bestimmen ganz zentral die psychosozialen Voraussetzungen der Lebenslage älterer Menschen im Heim.“ (Backes, 2003: 247)

Die Lebensbedingungen werden stark durch die wohnlichen Voraussetzungen geprägt. Dabei ist von Bedeutung, dass es einen eigenen verfügbaren und nutzbaren privaten Raum gibt. Die eigene Gestaltung der Räumlichkeiten sowie die „Zugangskontrolle“ (Backes, 2003: 247) durch einen eigenen Schlüssel sind Voraussetzungen für die Entstehung von „Privatheit“ (ebd., S. 247) im Wohnbereich. Die Handlungsspielräume der Bewohner und Bewohnerinnen sind aber bezüglich der „Kontrolle über den eigenen Nahbereich“ (Schneekloth; Müller, 1998: 68) auch in weiteren Bereichen von Bedeutung. Die freie Verfügung über Bargeld, die Haltung kleinerer Haustiere, flexible Essenszeiten oder der Aufenthalt von Besuchern während der Nacht sind in der Regel nur eingeschränkt möglich. Die Gründe dafür liegen zum einen bei den „psychischen Veränderungen bei einem Teil der Bewohnerinnen und Bewohner“ (ebd., S. 69) zum anderen bei den professionellen Versorgungsabläufen innerhalb der Einrichtung. (vgl., ebd., S. 68f.) Eine wichtige „Voraussetzung der Lebenslage“ (Backes, 2003: 252) ist der selbstbestimmte und freiwillige Übergang in eine institutionalisierte Wohnform und damit die Voraussetzung für das Einleben in die neue Lebensumgebung. (vgl. ebd., S. 252)

Die sozialen Beziehungen im Heim sind durch verschiedene Aspekte geprägt. Viele Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen sind schon vor dem Übergang in eine Einrichtung „von eingeschränkten Sozialbeziehungen“ (Schneekloth; Müller, 1998: 71) betroffen.

Nach den Fremdauskünften zur Heimerhebung wird aus den zur Verfügung stehenden Informationen sichtbar, dass 30% der BewohnerInnen und somit „fast jeder dritte Heimbewohner seltener oder sogar nie von Verwandten oder Bekannten“ (Schneekloth; Müller, 1998: 71) in der Einrichtung Besuch erhalten.

Abb. 5: Erhaltene Besuche von Verwandten oder Bekannten



Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 70

„Sofern Angehörige existieren, wird das Verhältnis der Bewohnerinnen und Bewohner zu diesen von der gemeinsamen Beziehungsgeschichte und der aktuellen Beziehung geprägt.“ (Backes, 2003: 251)

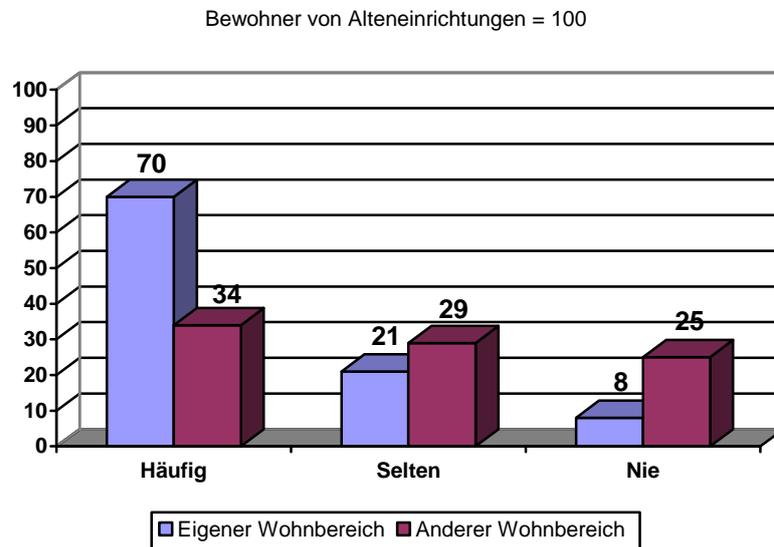
Der Kontakt und das Verhältnis zwischen den BewohnerInnen und ihren Angehörigen können durch Konflikte beeinflusst sein, die für die Entscheidung zum Umzug in ein Heim und für „den Abschied vom privaten Wohnen“ (ebd., S. 251) von entscheidender Bedeutung sind. Die Auslöser dafür können Streitigkeiten um Erbschaftsangelegenheiten oder Wohnungsaufösungen sein, aber auch die Enttäuschung darüber, dass die Kinder „die Betreuung nicht mehr tragen können oder wollen“ (ebd., S.251). Die aktuelle Beziehung zwischen BewohnerInnen und Angehörigen ist auch immer geprägt durch die Beziehungsgeschichte und den „nicht bearbeiteten Konflikten aus früheren Lebensphasen“ (ebd., S. 251).

Aufgrund eingeschränkter Sozialbeziehungen sind entsprechend „weniger informelle Hilfen“ (ebd., S. 248) verfügbar. Dieses Defizit an Unterstützung und emotionalen Zuwendungen kann durch das Pflegepersonal nicht ausgeglichen werden. (vgl.ebd., S. 248f.)

Da die sozialen Kontakte der BewohnerInnen, nach den Angaben zur Heimerhebung, „mit 70% mehr als zwei Drittel ... innerhalb der Station oder des jeweiligen Wohnbereichs“ (Schneekloth; Müller, 1998: 71ebd., S. 71) stattfinden

wird der Wohnbereich zum „wichtigsten sozialen Bezugspunkt“ (Schneekloth; Müller, 1998: 71). innerhalb einer Einrichtung

Abb. 6: Kontakte zu Bewohnern innerhalb der Einrichtung



Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 70

Die Untersuchungen im Rahmen der Erhebung zeigen, dass soziale Kontakte zu anderen BewohnerInnen außerhalb des Wohnbereichs eher von „Personen mit geringerem Pflegebedarf“ (ebd., S. 72) unterhalten werden.

Viele BewohnerInnen haben vor dem Eintritt in eine stationäre Wohnform lange allein gelebt, worunter auch ihre „Kommunikations- und Kontaktfähigkeit“ (Backes, 2003: 250) gelitten hat. In dem neuen Lebensumfeld neue Kontakte zu knüpfen ist für viele schwer und im Verhalten als Rückzug und Initiativlosigkeit zu beobachten. (vgl. ebd., S.250)

Die sozialen Beziehungen innerhalb der Einrichtung sind entsprechend der Wohnform und der spezifischen Sozialstruktur der Organisation geprägt. Die sozialen Verhältnisse werden durch die „jeweiligen räumlich-organisatorischen Bedingungen der Einrichtung“ (ebd., S. 250) beeinflusst und zeigen sich im „Verhältnis der Bewohner zu den Mitbewohnern, zum Personal und zu den Angehörigen“ (ebd., S. 250).

Die Merkmale der Sozialstruktur einer Organisation werden in den Bereichen der Personalstruktur, der Dienststrukturen und der „räumlich-organisatorischen

Bedingungen“ (Backes, 2003: 250) sichtbar. Die negativen Auswirkungen dieser Bereiche zeigen sich in Form von „Personalmangel und hohe Fluktuation“ (ebd., S. 250), „starr festgelegten Weck-, Wasch-, Essens-, Pflege- und Schlafenszeiten“ (ebd., S. 250) sowie durch fehlenden Privatraum und gestörter Intimsphäre aber auch durch „fehlende Aufenthalts- und Freizeiträume“ (ebd., S. 250). Diese Bedingungen schaffen Gefühle von „Abhängigkeit und Ausgeliefertsein“ (ebd., S. 250), engen die Handlungsspielräume der BewohnerInnen ein und erschweren ihre sozialen Beziehungen. Diese Auswirkungen können zur sozialen Deprivation führen, die als ein Zustand der Entbehrung, eines Verlustes oder der Benachteiligung empfunden werden und sich in Form von Resignation oder schwere Depressionen zeigen können. (vgl. ebd., S. 250f.)

Das Verhältnis zwischen BewohnerInnen und dem Pflegepersonal sowie den weiteren MitarbeiterInnen ist durch die Sozialstruktur der Einrichtung ausgeformt und wird individuell „durch den Grad der Abhängigkeit bestimmt“ (Backes, 2003: 251). Die zum größten Teil begrenzten „Möglichkeiten von sozialen Kontakten, Gesprächen und emotionaler Zuwendung“ (ebd., S. 251) in Verbindung mit mangelnder beruflicher Qualifikation und hoher Fluktuation des Personals sowie dem bestehenden Altersunterschied können zwischen den BewohnerInnen und dem Personal zu Konflikten und Aggressionen mit Folgen von „Gewalttätigkeiten in der Beziehung“ (ebd., S.251).

Die Lebenslagen von Bewohnerinnen und Bewohnern der Altenhilfeeinrichtungen sind demnach von vielen Faktoren abhängig. In welche Einrichtung ein alter Mensch im Bedarfsfall kommt hängt von „materiellen und gesundheitlichen, aber auch regionalen Gegebenheiten“ (ebd., S. 252) ab.

Im Fall eines selbstbestimmten Überganges in eine Einrichtung und bei „ausreichender Intimität und Eigenständigkeit“ (ebd., S. 250) kann, bei einem „gutem oder ausreichendem Gesundheitszustand“ (ebd., S. 250) es gute Möglichkeiten in dieser neuen Lebenssituation geben, „neue soziale Kontakte zu schließen, Aufgaben und Verantwortung zu Übernehmen (z.B. im Heimbeirat, bei organisierten Aktivitäten, in der Betreuung kranker Mitbewohner) oder an Veranstaltungen teilzunehmen“ (ebd., 2003: 251).

### 3.2.5 Erkrankungen im Alter

Im Zusammenhang von Alter und Krankheit richtet sich die Aufmerksamkeit auf mehrere Faktoren.

Die Bedeutung der biologischen Alterungsvorgänge und der „Zusammenhang von Alterungs- und Krankheitsprozessen“ (Backes, 2003: 97) ist ein Themenfeld, das in der Forschung noch nicht zu eindeutigen exakten wissenschaftlichen Erkenntnissen geführt hat. Dennoch ist ersichtlich, dass aus „einer rein körper- und funktionsbezogenen Sicht...eine herabgesetzte Anpassungsfähigkeit, abnehmende Reservekapazitäten und Strukturveränderungen die Entstehung von Krankheit auf der Basis von Altersveränderungen“ (ebd., S. 97) fördern können.

Für die Funktion oder „Dysfunktion des gesamten Organismus“ (ebd., S. 93) sind vier Organe von wesentlicher Bedeutung. Die Funktionen des zentralen Nervensystems (Integration, Koordination und Regulation von Reizen, motorischen Eigenleistungen und innerorganischen Abstimmungsvorgängen), des Immunsystems (das Abwehrsystem), des endokrinen Systems (der Gesamtheit aller Hormonbildenden Organe und Zellen) und des cardio-vaskulären Systems (Blutkreislauf und Blutgefäße mit dem Ziel Stoffwechsel und Körperabwehr zu ermöglichen) werden von Vömel (1991) in diesem Zusammenhang benannt. (vgl., ebd., S. 93ff.)

Daneben sind vor allem die sogenannten mit-alternden Krankheiten, „die in frühen Jahren erworben wurden und sich z.T. chronifiziert haben“, sowie die primären Alterskrankheiten, die im Alter zum ersten Mal auftreten, von Bedeutung.

„Als ‚alternde Krankheiten‘ werden diejenigen bezeichnet, die den Menschen bereits in früheren Lebensabschnitten treffen und ihn bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen begleiten.“ (ebd., S. 109)

Die primären Alterskrankheiten „treten im Alter erstmals auf und sind in ihrer Qualität eng an das höhere Lebensalter gebunden“ (ebd., S.109).

Diese primären Alterskrankheiten zeigen sich in Form von beispielsweise „Altersdiabetes, Arteriosklerose, degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparats“ (ebd., S. 202), aber auch durch degenerative Erkrankungen der Sinnesorgane. Sie führen in Verbindung mit dem Alterungsprozess, der sich auf akute Erkrankungen bezüglich ihres Verlaufs und ihrer Bewältigung im Alter

auswirkt, zu einer höheren „Morbidity im Alter“ (Backes, 2003: 97), dem Vorkommen von Krankheit im Alter. Besonders im hohen Alter ist das Auftreten von mehreren gleichzeitigen Erkrankungen, die Multimorbidität, festzustellen. „Die Berliner Altersstudie ergab, dass bei 96 Prozent der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine und bei 30 Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostiziert wurden.“ (Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation: Alter und Gesellschaft, BMFSFJ, 2001: 73)

Im Rahmen der Infratest-Heimerhebung (1994) wurde anhand „einer standardisierten Abfrage einer vorgegebenen Liste“ (Schneekloth; Müller, 1998:55) Art und Umfang von „lang andauernden Behinderungen oder chronischen Krankheiten“ (ebd., S. 55) erfasst. Danach wird zwischen drei Bereichen unterschieden und nachfolgend exemplarisch für die Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen im hohen Alter beschrieben.

Unter einer Beeinträchtigung der Sinnesorgane leiden in der Gruppe der ab 90jährigen 37% an „Blindheit/starke Sehbehinderung“ (ebd., S.55) und 44% an „Schwerhörigkeit oder Taubheit“ (ebd., S. 55).

Unter einer Beeinträchtigung der Bewegungsorgane leiden 63% der ab 90jährigen wobei ergänzend auch die jüngeren Altersgruppen

„Bewegungseinschränkungen“ (ebd., S.56) in einem höheren Maße aufweisen.

Unter Krankheiten und Funktionsstörungen innerer Organe leiden 50% der ab 80jährigen und speziell Inkontinenz ist bei ebenfalls der Hälfte aller BewohnerInnen im Alter ab 90 Jahren vertreten. (vgl. ebd., S. 56)

Die unterschiedlichen „Behinderungen und chronischen Erkrankungen treten bei einer Vielzahl der Bewohnerinnen und Bewohner parallel bzw. in Kombination auf“ (ebd., S. 57) und korrelieren mit dem Alter.

Tabelle 5: Übersicht zur Krankheitshäufigkeit im Durchschnitt für die einzelnen Altersgruppen der Bewohnerinnen und Bewohner.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>2,8 Krankheiten/Behinderungen bei den unter 60jährigen;</b></li><li>• <b>2,7 Krankheiten/Behinderungen bei den 60- bis 79jährigen;</b></li><li>• <b>3,4 Krankheiten/Behinderungen bei den 80- bis 89jährigen;</b></li><li>• <b>3,4 Krankheiten/Behinderungen bei den ab 90jährigen.</b></li></ul> |
|--|

Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 57

Die psychischen Erkrankungen im Alter nehmen durch ihre Auswirkungen auf die persönliche Befindlichkeit und die sozialen Beziehungen einen starken Einfluss auf „die Lebenslage alter Menschen und ihrer Angehörigen“ (Backes, 2003: 170), im Sinne von Ausstattung, Möglichkeiten und subjektiver „Bedingungen des Lebens im Alter“ (ebd., S.170). Bruder (1999) unterscheidet in der Literatur zwischen altgewordenen psychisch Kranken und den psychisch Alterskranken, deren Erkrankung zum ersten Mal erstmals nach dem 60. bzw. 65. Lebensjahr aufgetreten ist, dabei überwiegen die depressiven und dementiellen Erkrankungen. (vgl. ebd., S. 204)

Die Erfassung zu den geistig / seelischen Beeinträchtigungen im Rahmen der Infratest-Heimerhebung ist durch fünf Vorgaben charakterisiert worden und wird in der nachfolgenden Übersicht abgebildet. Es waren bei der Befragung Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 6: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach geistig/seelischen Beeinträchtigungen und Altersgruppen

	Gesamt	bis 59 Jahre	60-79 Jahre	80-89 Jahre	ab 90 Jahre
Dementielle Erkrankungen	29,6	12,4	22,1	33,3	35,7
Geistige Behinderungen	7,3	20,8	12,0	4,3	4,7
Sonstige psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, schwere Depressionen)	17,2	26,7	22,2	16,4	8,1
Verhaltensauffälligkeiten (z.B. besondere Unruhe oder Gewalttätigkeit)	11,8	15,4	12,8	10,2	13,7
Sucht (z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente)	6,3	21,7	11,4	3,4	2,3
Nichts davon	47,2	29,3	43,2	50,6	49,9

Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 145

In der Auswertung wird bezüglich einer geistig-seelischen Beeinträchtigung eine Prävalenzrate von zum Teil mehr als 50% der BewohnerInnen hingewiesen sowie auf die Dominanz von dementiellen Erkrankungen bei denen die Prävalenz mit dem Alter korreliert.

Die sonstigen psychischen Erkrankungen, unter ihnen auch die Depression, bilden die zweitgrößte Gruppe der Beeinträchtigungen. Gemäß den Angaben im Rahmen der Erhebung wird dort eine Abnahme mit steigendem Alter sichtbar. (vgl. Schneekloth; Müller, 1995: 57f.)

Die Gruppe der hochbetagten BewohnerInnen von Alteneinrichtungen ist mit der Selbstwahrnehmung von Depressionen und die Beschreibung des Krankheitsbildes noch nicht immer vertraut, was wiederum indirekt Einfluss auf die Prävalenzrate nimmt. (vgl. Ernst, 1990. 99f.)

Bei den psychischen Krankheiten alter Menschen sind sehr häufig „biogenetische, somatische und psychoreaktive Ursachen“ (nach Radebold, 1994 aus Backes, 2003: 205) übergreifend oder gleichzeitig vor zu finden sind. Als psychoreaktiven Ursachen sind beispielsweise „unbewusste Konflikte und Traumatisierungen aus früheren Lebensabschnitten“(ebd., S. 205) zu verstehen.

Die biologisch begründeten Depressionen, auch endogene Depressionen, wirken sich in der Symptomatik auf „die Stimmung, das Selbsterleben und den Selbstwert, Beziehungen zu anderen Menschen und zur Außenwelt“(ebd., S. 104) aus und bewirken durch die Veränderung der körperlichen Funktionen „Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, Antriebsminderung und Schuldgefühle“(ebd., S. 104). Bei der endogenen Depression zeigt sich das Krankheitsbild als verselbständigt und losgelöst von „Lebensereignissen und situativen Merkmalen“(ebd., S. 104).

Die „reaktiv- und neurotisch-depressiven Störungen“(ebd., S. 104) sind dagegen eher im Zusammenhang mit den Ereignissen und Bedingungen des täglichen Lebens, gekoppelt mit der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und psychischen Entwicklung eines Menschen, zu verstehen. Menschen die unter diesen Störungen leiden sind dementsprechend eher für therapeutische Maßnahmen zugänglich. (vgl. ebd., S. 104)

Depressiven Erkrankungen können bei älteren Menschen eher „zu ‚larvierten‘ (versteckten) Ausprägungen“(ebd., S. 205) führen, die sich in ihrer Symptomatik

in Form von „Unruhe, Angst und resignativem Rückzug“(Backes, 2003: 205) oder auch in nicht erklärbaren körperlichen Symptomen zeigen und auch ein Zeichen für eine bestehende Suizidgefahr sein können. (vgl. ebd., S. 205)

Die demenziellen Erkrankungen werden in zwei Hauptformen unterschieden, in die „Demenz vom Alzheimer Typ (DAT, ca. 55% der Fälle)“ und in die vaskuläre Demenz, beispielsweise die Multi Infarkt Demenz - MID, „ca. 25% der Fälle“. Die vaskuläre Demenz ist die Folge einer Funktionsstörung im Gehirn die von Durchblutungsstörungen im Gehirn ausgelöst wird. (vgl. Backes, 2003: 103) Radebold (1994, aus Backes, 2003, 205) beschreibt die Symptome demenzieller Erkrankungen in Form „einer fortschreitenden Abnahme vorhandener (besonders kognitiver) Hirnleistungen, zunehmender Gedächtnisschwäche, Beeinträchtigung von abstraktem Denken und Urteilsvermögen“(ebd., S. 206). Dieser degenerative Prozess geht mit „Funktionsstörungen der Sprache, des Erkennens und des Handelns“(ebd., S. 205) einher.

Die Abhängigkeit bzw. Sucht findet sich als „Krankheit im Alter“(ebd., S. 206) in Alten- und Pflegeheimen mit einem Anteil von „5-10% der Bewohnerinnen und Bewohner“(ebd., S. 206) wieder, wobei soziale Faktoren, bezüglich der Entstehung des Krankheitsbildes, eine wichtige Rolle spielen. „Problemlagen wie Pensionierung, Verwitwung, Isolation und Kontaktmangel erhöhen neben schweren Depressionen, demenziellen Syndromen und chronischen Schmerzzuständen das Risiko der Abhängigkeit.“ (ebd., S. 206)

Für die Befindlichkeit im Alter sind „körperliche, psychische und soziale Faktoren“(ebd., S. 206) von Bedeutung. Perrig-Chiello (1997 aus Backes, 2003: 206)) hat diesbezüglich „drei Gruppen von Ressourcen“ definiert.

Die physische Ressourcen werden, neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen, durch verhaltensbezogene Risikofaktoren nachteilig beeinflusst, wobei vor allem „Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum, Fehlernährung, Stress und Bewegungsmangel“(ebd., S. 206) eine Rolle spielen.

Die psychischen Ressourcen werden differenziert in „Persönlichkeitsvariablen (Neurotizismus, Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen) und kognitiven Variablen (Intelligenz, objektives und subjektives Gedächtnis)“(ebd., S. 206).

Die großen individuellen Unterschiede im Bereich kognitiver Leistungsverluste stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang mit den verfügbaren physischen, psychischen und sozialen Ressourcen. (vgl. S. 206)

Die sozialen Ressourcen beziehen sich auf das Lebensumfeld und zeigen sich in den unmittelbaren Lebensbedingungen, beispielsweise der finanziellen Situation und der Wohnverhältnisse aber vor allem auch in den Ressourcen sozialer Unterstützung. (vgl., S. 206)

### 3.3 Die anderen Akteure

#### 3.3.1 Angehörigen als Akteure im sozialen Netz

Der Kontakt und das Verhältnis zwischen BewohnerInnen und ihren Angehörigen wurden schon mit Blick auf die BewohnerInnen thematisiert und in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der gemeinsamen Beziehungsgeschichte sowie früherer nicht bearbeiteter Konflikte hingewiesen. Die aktuelle Beziehung kann auch, wie bereits dargestellt, von Streitigkeiten im Rahmen des Übergangs in die Einrichtung geprägt sein. Der Einzug in eine stationäre Einrichtung bedeutet für die BewohnerInnen die Integration in eine neue Lebenswelt, die immer mit „Umstellungsproblemen“ (Urlaub; Engels; Kremer-Preiß, 1996: 142) verbunden ist. Für die Bewältigung dieser Probleme spielen die Angehörigen eine bedeutende Rolle. Die Ergebnisse der Untersuchung *„Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen“* durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG) beschreiben Bedeutung und Funktion der Angehörigen. <sup>4</sup>

Die Hilfe und Mitwirkung der Angehörigen zeigt sich in vielfältiger Form und Häufigkeit. Die Angehörigen erbringen „wichtige Unterstützungsleistungen“ (ebd., S. 142) im Rahmen der Integration in die neue Lebenswelt. Die „mithelfenden Angehörigen“ (ebd., S. 142) leisten wichtige unterstützende Hilfe im Bereich hauswirtschaftlicher und pflegerischer Versorgung aber „die eigentliche Bedeutung der Angehörigen für die Bewohner liegt im psycho-sozial stabilisierenden

---

<sup>4</sup> Quelle ist der Projektabschlussbericht: *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*, durch das Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Köln: Prof. Dr. Urlaub; Dr. Engels; Kremer-Preiß, 1996, gefördert durch BMFSFJ, S. 142f.

Bereich“ (ebd., S. 142). Die Angehörigen geben wichtige Informationen für den Prozess der Pflegeplanung und können damit die Kontinuität in der Lebenswelt des Bewohners sichern. Sie sind häufig die wichtigsten, vertrauten Bezugspersonen und können dadurch Unterstützung und Mitwirkung bei der Orientierung und beim Aufbau eines sozialen Netzes im neuen Lebensumfeld leisten. Die Angehörigen sind dementsprechend eine wichtige Hilfe zur Bewältigung von „auftretenden Orientierungs-, emotionalen und Beziehungskrisen sowie bei gesundheitlichen Krisen und körperlichen Einschränkungen“ (ebd., S. 142). Die Angehörigen bringen „unterschiedliche Fähigkeiten und (...) Bereitschaften zur Mitwirkung“ (ebd., S. 142f.) mit. Diesbezüglich kann zwischen delegierenden Angehörigen, „die das Heim primär als Serviceeinrichtung wahrnehmen und lediglich in gewissem Maße Verantwortung übernehmen“ (ebd., S. 143) und den pflegenden Angehörigen, die sich der Unterstützung und Mitwirkung im Heimalltag verpflichtet fühlen unterschieden werden. Zur Übernahme einer aktiven „Gestaltungsrolle“ (ebd., S. 143) sind nach den Untersuchungsergebnissen „rund 40 % der Angehörigen“ (ebd., S. 143) bereit und damit auch „potentielle Adressaten für eine aktive Angehörigenarbeit“ (ebd., S. 143) in den Einrichtungen.

Gemäß den Angaben zur Heimerhebung erhalten, unabhängig von der Einrichtungsform, „rund 25%“ (Schneekloth; Müller, 1998: 54) der BewohnerInnen Hilfen von ihren Angehörigen. Durch Bekannte „außerhalb der Einrichtung“ (ebd., S. 54) werden 9% und von den „anderen Bewohnern der Einrichtung“ (ebd., S. 54) nur 5% des Anteils geleisteter Hilfen erbracht. Die Angehörigen sind für die Heimbewohner die wichtigsten Kontaktpersonen außerhalb des Heimes.

Tabelle 7: Einbeziehung von Angehörigen und Bekannten in die Hilfeleistungen

	Bewohner insgesamt	Altenpflegebereich	Altenheimbereich	Altenwohnbereich
Erhaltene Hilfen von...				
Mitarbeitern der Einrichtung	94,2	99,7	94,2	69,2
anderen Heimbewohnern	4,9	5,2	4,7	3,9
Familienangehörigen	24,7	25,0	24,6	24,0
Sonstigen Bekannten außerhalb der Einrichtung	9,3	9,0	7,1	16,6

Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 54

Die Besuchshäufigkeit der Angehörigen wird aber auch wesentlich von strukturellen und institutionellen Faktoren bestimmt.

Im Rahmen der Untersuchung des ISG sind in der Auswertung als Faktoren die Nähe der Einrichtung, die Infrastruktur des sozialräumlichen Umfeldes, die Größe und die Einrichtungsform benannt geworden. In der Interpretation der Ergebnisse sind mittelgroße, mehrgliedrige Einrichtungen, die im sozialräumlichen Umfeld der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen zu finden sind und die sowohl im Rahmen einer gut ausgebauten Infrastruktur z. B. in Großstädten eine gute Erreichbarkeit garantieren, als auch durch ihre konzeptionelle Ausrichtung eine Öffnung nach außen symbolisieren, förderlich für einen regelmäßigen Kontakt der Angehörigen zu den BewohnerInnen. (vgl., Urlaub; Engels; Kremer-Preiß, 1996: 72ff.)

Eine weitere strukturelle und institutionelle Voraussetzung für eine kooperative Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist die Integration professioneller, systematischer Angehörigenarbeit in den Einrichtungen.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung werden dabei die „Erwartungen und Formen der Zusammenarbeit“ (ebd., S. 145) beschrieben, Ziele, Zuständigkeiten und Arbeitsformen geregelt und in die Abläufe des Heimalltages integriert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das es zu einer „Intensivierung des Informationsaustausches“ (ebd., S. 145) kommt und damit zu einer Entwicklung und Förderung der Kommunikationskultur innerhalb der Einrichtung. Mögliche Maßnahmen können dabei Informationsveranstaltungen, eine Hauszeitung, Initiierung und Begleitung von Angehörigenbeiräten und Selbsthilfegruppen sowie die Organisation von Fortbildungsangeboten sein. (vgl. ebd., S. 145)

Zu den fördernden Faktoren gehören aber auch „beziehungsfähige soziale Strukturen der Einrichtung“ (ebd., S. 58). Repräsentiert werden diese sozialen Strukturen durch die Mitarbeiter aber auch durch die Wohnform, die durch ihre offene Struktur „gegenseitige soziale Unterstützung fördern“ (ebd., S. 58) kann. Nach den Angaben des ISG zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass die BewohnerInnen ohne familiäre Kontakte öfter regelmäßigen Besuch von Nachbarn und Freunden aber vor allem von ehrenamtlichen Betreuern und organisierten Besuchsdiensten haben. Gerade für diese Klientel haben die Einrichtungen Sorge zu tragen, dass diese Form der Unterstützung gefördert wird. (vgl. ebd., S. 68)

### 3.3.2 Die MitarbeiterInnen in der Lebens- und Arbeitswelt stationärer Einrichtungen

Das Verhältnis zwischen den BewohnerInnen und den MitarbeiterInnen des Pflegepersonals sowie den MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen wird durch das individuelle und subjektive Gefühl von Abhängigkeit geprägt.

„Ist der Umfang der Fremdversorgung stark oder gar absolut, so entstehen auf Seiten der Versorgten Gefühle von Kontrollverlust, die mit Aktivitäts- und Funktionseinbußen einhergehen.“ (Backes, 2003: 251)

Im Rahmen der Untersuchung, *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in Einrichtungen*, wurde die Lebenssituation der BewohnerInnen und die Arbeitssituation der MitarbeiterInnen aufeinander bezogen und hinsichtlich einer „Erweiterung von Gestaltungs- und Handlungsspielräumen“ (Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, 1998: 5) untersucht. In Form einer schriftlichen MitarbeiterInnenbefragung sind Belastungen in der beruflichen Situation der PflegemitarbeiterInnen erhoben worden.

Die nachfolgende Abbildung gibt eine Übersicht bezüglich der am häufigsten genannten Belastungen am Arbeitsplatz.

Tabelle 8: Erlebte Belastungen der PflegemitarbeiterInnen in Einrichtungen

Zeitdruck	21,5%
Personalmangel und Personalfuktuation	19,3%
Mangel an Zuwendungen gegenüber den Bewohnern	14,9%
Probleme der Einsatzplanung und Personalqualifizierung	12,7%

Quelle: Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*, BMFSFJ, 1998, S. 206 f.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung wurden in Verbindung mit den Informationen aus den in Gruppendiskussionen erfragten Belastungssituationen und durch Beobachtungen im Heimalltag vervollständigt und bei der Interpretation berücksichtigt. Die Ergebnisse sind gemäß den verursachenden Bedingungen differenziert worden.

In erster Linie sind die strukturellen Bedingungen, in Form von Zeitmangel und den daraus resultierenden Personalproblemen, für die Belastungen in der Altenpflege als maßgeblich benannt worden.

Eine „schlechte Arbeitsorganisation“ (Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, 1998: 210) in Form fehlender Abstimmung und mangelhafter Informationsweitergabe oder mangelnder offizieller Kommunikation führen zu Leerlaufzeiten, Doppelarbeit oder Unterlassungen und sind exemplarisch für mangelnde Mitbestimmung an der Planung für Dienst-, Urlaubs- und Arbeitszeit. (vgl. ebd., S. 210) Eine schlechte Organisation wurde auch als eine Ursache für den Mangel an rehabilitativen und aktivierenden Anteilen in der Pflege benannt. (vgl. ebd., S. 212) Eine hohe Personalfluktuation bedingt ein unterschiedliches fachliches Niveau der MitarbeiterInnen und wirkt sich in Form von zusätzlich aufzuwendender Zeit für Einarbeitung und Besprechungen aus. (vgl. ebd., S. 213) Die „baulichen Bedingungen“ (ebd., S. 215) von stationären Einrichtungen sind in ihren Auswirkungen für vermeidbare körperliche und zeitliche Belastungen verantwortlich und wirken sich durch die räumliche Gestaltung auch auf das Empfinden der Arbeitsatmosphäre aus.

Ein großer Teil der von den MitarbeiterInnen empfundenen Belastungen ist „im Spannungsfeld [von] Arbeitswelt und Lebenswelt“ (ebd., S. 215) angesiedelt und zeigt sich in der Gegensätzlichkeit von ablaufforientierten und zweckrationalen Arbeitsprozessen an einem Ort des Wohnen und Lebens, der größtmögliche Eigenständigkeit sowie Möglichkeiten zur sozialen Integration bieten soll. (vgl. ebd., S. 215)

Durch einen Mangel an Kompetenz bei Kommunikation und Aushandlung sind die MitarbeiterInnen den Bedürfnissen der BewohnerInnen nach zwischenmenschlichem Kontakt sehr häufig nicht gewachsen. Die MitarbeiterInnen sind sich den Qualifikationsdefiziten oft nicht bewusst und beklagen mangelnde zeitlichen Ressourcen als Interpretation ihrer Arbeitssituation. (vgl. ebd., S. 216) Mangelnde berufliche Qualifikation und die daraus resultierenden unterschiedlichen Deutungsmuster erschweren den Umgang mit den sehr unterschiedlichen Bewohnergruppen. Der Umgang mit verwirrten und dementen BewohnerInnen, aber auch das Fehlen von geeigneten Angeboten sorgt für Unzufriedenheit und wird als Belastung empfunden. (vgl. ebd., S. 216)

Als Belastungen werden auch die häufig tabuisierten Themenbereiche der Altenpflege benannt. Dem Umgang mit „Krankheit und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Sterben und Tod, Aggressionen und Gewalt und der Einsatz von Psychopharmaka, sexuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen und ekelerregende Tätigkeiten“ (ebd., S. 219) kommt bezüglich des Belastungsfaktors eine große Bedeutung zu. Als ein weiterer Faktor für die Belastungen am Arbeitsplatz sind Spannungen und Unzufriedenheiten innerhalb und zwischen den Arbeitsteams sowie zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen aber auch mit der Einrichtungsleitung. (vgl. ebd., S. 217)

Grundsätzlich müssen die „Belastung von MitarbeiterInnen (...) immer auch im Kontext der Arbeit in einem spezifischen Haus analysiert werden, mit einem spezifischen Konzept und Führungsstil, dem damit verbundenen Personaleinsatz, der Personalpflege und der Kommunikationskultur“ (ebd., S. 219) dementsprechend wird die Notwendigkeit „eines qualifizierten Personal und Pflegemanagements“ (ebd., S. 219) in den stationären Einrichtungen deutlich.

Letztendlich wirkt sich die Pflegeversicherung gemäß SGB XI durch ihre „enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit“<sup>5</sup> auf die Personalstruktur und Arbeitsgestaltung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe aus.

Die „Pflegestufeneinteilung und Leistungskataloge“ (Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, 1998: 221) beschränken die Pflegebeziehung und erschweren eine ganzheitlich pflegerische Versorgung und soziale Betreuung.

### 3.4 Fazit

Der Übergang in eine stationäre Wohnform ist durch die Merkmale der Hochaltrigkeit, Verwitwung und einem hohen Frauenanteil gekennzeichnet. Die Verweildauer in einer stationären Einrichtung beträgt für einen deutlichen Anteil der BewohnerInnen bis zu 10 Jahren und macht die Einrichtung damit zu einem für den Lebensabschnitt wichtigen Ort des Lebens und Wohnens. Für das Einleben in die neue Lebensumgebung sind Freiwilligkeit und Selbstbestimmung bezüglich des Übergangs von großer Bedeutung, aber auch die institutionellen Rahmenbedingungen und die sozialen Strukturen, die u.a.

---

<sup>5</sup> Ausführungen von Prof. Dr. Igl 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger. BMFSFJ

durch die MitarbeiterInnen repräsentiert werden und für eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen wichtig sind.

Erkrankungen, Behinderungen und psychische Veränderungen der BewohnerInnen schaffen einen besonderen Hilfe- und Pflegebedarf und die Verarbeitung kritischer Lebensereignisse wie z.B. der Verlust des Ehepartners sowie die Destabilisierung der informellen sozialen Netze machen psycho-soziale Unterstützung notwendig.

Die Beziehung zwischen den BewohnerInnen und ihren Angehörigen ist durch ihre Beziehungsgeschichte aber auch durch aktuelle Konflikte geprägt und somit häufig stark belastet. Die Unterstützung durch die Angehörigen ist dennoch für einen großen Teil der BewohnerInnen für einen guten Übergang, das Einleben in die Einrichtung und für eine ganzheitliche, lebensweltorientierte Pflegeplanung von großer Bedeutung.

Für ein Drittel der BewohnerInnen existieren fast keine Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten außerhalb der Einrichtung und der Bedarf nach Hilfen im Alltag und nach sozialer Unterstützung wird für diese Gruppe ausschließlich durch formelle Hilfen gedeckt.

In einer stationären Einrichtung steht die Lebenswelt der BewohnerInnen auch immer der Arbeitswelt der MitarbeiterInnen, mit ihren Anforderungen an „Qualität, Zeit- und Kosteneffizienz“ (Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, 1998: 14) und institutionsspezifischen Organisationsabläufen gegenüber. Die MitarbeiterInnen sind durch Zeit- und Qualifikationsmangel häufig nicht in der Lage den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechend zu handeln und Spannungen in der organisationsinternen Zusammenarbeit wirken sich belastend aus.

In diesem Zusammenhang werden die Notwendigkeit eines qualifizierten Personal- und Pflegemanagements und die Arbeit an der Kommunikationskultur einer Einrichtung in ihrer Bedeutung sichtbar.

Für den Übergang in ein Heim ist es unstrittig, dass die Förderung von Kontakten sowohl zu anderen Mitbewohnern, als auch zu Angehörigen oder Bekannten außerhalb der Einrichtung bedeutend für eine gelungene Integration in die neue Lebenswelt und damit für die Lebensqualität der BewohnerInnen ist.

Größere Einrichtungen sind hier besonders gefordert den Aufbau und Erhalt von sozialen Netzen durch gezielte Interventionen zu unterstützen.

## 4 Theorien und Aspekte zum Handlungsfeld

### 4.1 Einleitung

Im nachfolgenden Kapitel wird für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit mit alten Menschen, dass sich im Rahmen dieser Arbeit auf den Handlungsort der stationären Einrichtungen konzentriert, der Blick auf theoretische Erklärungsansätze zu verschiedenen Aspekten des Alters gerichtet.

Die Möglichkeiten und Chancen Sozialer Netzwerkarbeit mit alten und hochbetagten Menschen und ihren Bezugsgruppen in einer stationären Wohnform sind in Verbindung mit Belastungen und Einschränkungen der Lebensphase, aber auch mit individuellen Ressourcen und Potenzialen zu sehen.

### 4.2 Aspekte zum Alter

#### 4.2.1 Lebenslagen und kritische Lebensereignisse

Der Begriff der „Lebenslage“ (Hurrelmann, 1988: 163) hat in seiner Definition und Verwendung eine schon fast historische Komponente und bezieht sich auf den Spielraum der äußeren Lebensumstände, der dem Menschen zur Befriedigung „der Grundbedürfnisse seines Lebens“ (ebd., S. 163) zur Verfügung steht und den „Zugang zu Gütern und Diensten“ (ebd., S. 163) ermöglicht. Damit sind sowohl „der Grad der materiellen Versorgung“ (ebd., S. 163) gemeint als auch die Möglichkeiten „von Kontakt und Kooperation, Lernen, Bildung und Erfahrung, Regeneration und Erholung, Teilhabe und Mitentscheidung“ (ebd., S. 163) die ein Mensch unter den erfahrenen sozialen Bedingungen im Laufe seines Lebens erreichen konnte.

Die Lebensbedingungen und die daraus resultierenden Möglichkeiten beeinflussen und prägen nach Naegele (1992) die Entwicklung individueller kognitiver „Deutungs- und Verarbeitungsmuster“ (Backes, 2003: 169), die für die individuelle subjektive Wahrnehmung und die Bewältigung von Belastungen im Lebenslauf von Bedeutung sind.

Die Lebenslage als „ein Konzept zur Analyse sozialstruktureller (Verteilungs-)Ungleichheit“ (ebd., S. 169) bezieht sich auf „ökonomische, nicht-ökonomische und immaterielle Dimensionen“ (ebd., S. 169) und richtet den Blick dabei auf die sozialen Probleme, ermöglicht aber nach dem neueren,

soziologischen Ansatz auch die positiven Entwicklungen und Ausprägungen der Lebenslage zu erfassen.

Unter dem Aspekt sozialer Probleme im Alter werden neben der materiellen Ausstattung (Einkommen und Wohnqualität) auch die soziale Integration (beispielsweise Kontakte und Beschäftigung), der psychisch-physische Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung sowie subjektiv empfundene Lebensbedingungen als prägende Faktoren der Lebenslage erfasst. (vgl., ebd., S. 170)

Kritische Lebensereignisse werden in der Literatur als Ereignisse im Lebenslauf eines Menschen beschrieben, die bedeutende Veränderungen auslösen und damit eine hohe Anforderung bezüglich psychosozialer „Anpassungs- und Bewältigungsleistungen“ (ebd., S. 173) an das Individuum stellen. Sie werden auch als „Statuspassagen“ (nach Glaser/Strauss, 1971 aus Backes, 2003: 173) begriffen, die im Rahmen des biographischen Verlaufs besondere Übergänge darstellen und sind dementsprechend als „Entwicklungsaufgaben“ (Schroeter; Prahl, 1999: 63) zu verstehen, die eine „Umorientierung im Denken und Handeln der einzelnen Akteure verlangen“ (ebd., S. 63). Im Laufe des Lebens stellen diese Lebensereignisse große Herausforderungen an das Individuum dar, bieten in der Krise aber auch die Möglichkeit zur Weiterentwicklung. Aus gerontologischer Sicht sind die zu bewältigenden Lebensereignisse beispielsweise der Ausstieg aus dem Erwerbsleben, die Bewältigung von Krankheit, der Verlust des Ehepartners, aber auch der Eintritt und Übergang in eine stationäre Einrichtung.

Die durch kritische Lebensereignisse hervorgerufenen Belastungen durch die „Beeinträchtigung der Lebensgefühle und die mögliche Bedrohung der psychischen und sozialen Identität“ (Backes, 2003: 174) können beim Individuum Stress und psychische Anspannung auslösen. Zur Bewältigung kritischer Lebenssituation und der daraus resultierenden Belastungen ist die Entwicklung und Anwendung von Coping-Strategien notwendig. (vgl. ebd., S. 174)

#### 4.2.2 Soziale Netze und Beziehungen im Alter

Soziale Netzwerke werden „neben der äußeren Situation wesentlich von Persönlichkeitsfaktoren“ (Antonucci, 1985 aus Minnemann, 1994: 34) geprägt. Die individuellen Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren zeigen sich im „sozialen Lebensstil einer Person“ (ebd., S. 34) und ihrer im biographischen Verlauf gewachsener Bedürfnisse an sozialen Beziehungen. Die Veränderungen

der Lebenssituation durch beispielsweise Berufsausstieg, Wohnortwechsel oder dem Verlust nahestehender Personen hat Einfluss, durch die sich verändernden Bedürfnisse und Umstände, auf die Beschaffenheit der sozialen Netzwerke und auf die Möglichkeiten soziale Kontakte zu erhalten und neue zu knüpfen. (vgl. ebd., S 34)

Im Modell des „social convoy“ (nach Kahn & Antonucci, 1980 aus Minnemann, 1994: 35) werden soziale Beziehungen in ihrem lebensgeschichtlichen Zusammenhang betrachtet. Die Betrachtung des sozialen Netzwerks schließt unter dem Aspekt der Lebenslaufperspektive die Entwicklung und Veränderungen der sozialen Biographie mit ein.

„Besonders bei der Frage nach unterstützenden Beziehungen älterer Menschen ist es wichtig, die Geschichte einer Beziehung zu kennen („support reserve“).“ (ebd., S. 35) Die Erfahrungen, die in Beziehungen gemacht wurden und die im Laufe des Lebens „erworbenen Kontaktstile“ (ebd., S. 35) nehmen prägenden Einfluss auf das Erleben, den Umgang und die Gestaltung von gegenwärtigen sozialen Beziehungen und sozialer Unterstützung. Die Theorie berücksichtigt bei den Ansätzen der attachment- und der Rollentheorie die Erfahrungen „sozialer Unterstützung in der frühen Kindheit“ (ebd., S. 35) sowie die „Erwartungen und Anforderungen im Rahmen von Rollenveränderungen“ (ebd., S. 35), die in Verbindung mit sozialer Unterstützung bewältigt werden.

Die Ergebnisse der von Minnemann beschriebenen empirischen Forschungsarbeit zum Zusammenhang von sozialen Beziehungen und Lebenszufriedenheit im Alter, verdeutlichen, dass in Beziehungen erfahrene Unterstützung und Hilfeleistung als ein Zeichen für Wertschätzung und Zuneigung gedeutet wird und zu einer Intensivierung der aktuellen Beziehung führt. Für die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen im Alter ist weniger die Größe der Netzwerke von Bedeutung, sondern dass die sozialen Netzwerke den unterschiedlichen Bedürfnissen der älteren Menschen entsprechen. (vgl. ebd. S. 142) Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die sozialen Beziehungen dabei unterschiedlich und verschiedenartig gestaltet sein können. Ein hohes Maß an sozialer Integration wurde „sowohl bei sehr kleinen, familienzentrierten als auch bei großen, durch vielfältigere Beziehungen gekennzeichneten Netzwerken“ (ebd., S. 147) sichtbar.

Die intergenerationellen Beziehungen bieten, am häufigsten Hilfen durch die Kinder in Form von „emotionaler Unterstützung (Trost, Zuneigung, Vertrauen),

Pflege bei Krankheit (bzw. das Wissen darum, dass diese, wenn es nötig sein sollte, gewährt wird) und Hilfe beim Haushalt“(nach Hanson & Sauer, 1985, aus Minnemann, 1994: 40), aber auch durch Unterstützungen bei Vermittlung und Beratung im Kontakt „zu Behörden und Institutionen“(ebd., S. 40). Die Autorin verweist auf ältere Untersuchungen von Brody (1977, 1978), Blenker (1965) sowie Lehr und Thomae (1977), die deutlich machen, dass die meisten Familien erst dann institutionelle Hilfen in Anspruch nehmen, wenn die alternativen Möglichkeiten erschöpft sind. (vgl. ebd., S. 41)

Auf die Hilfe der Kinder angewiesen oder sogar von ihnen Abhängig zu sein, kann als belastend empfunden werden und durch den erlebten Verlust von Unabhängigkeit negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl älterer Menschen haben. Die Rollenveränderung und Rollenverlust können als „Entmachtung“(nach Atchley, 1980, aus Minnemann, 1994: 41f.) erlebt werden. Die Bewältigung dieses Konflikts und die prozessuale Erfahrung einer neuen Entwicklung von Nähe im familiären Rahmen kann zu der Erfahrung von „Generativität“ (nach Erikson, 1959, aus Minnemann, 1994: 42) und somit „zu einer Stärkung familiärer Beziehungen beitragen“(nach Hess & Waring, 1980, aus Minnemann, 1994: 42).

„Familiäre und außerfamiliäre Beziehungen werden nach verschiedenen Normen beurteilt“(ebd., S. 55). Gegenseitige Unterstützung und Hilfeleistungen werden in familiären Beziehungen eher als Verpflichtung angesehen, während diese Unterstützung in außerfamiliären Beziehungen, aufgrund der freiwilligen Entscheidung zur Hilfeleistung, eine höhere Qualität erhält und Wertschätzung ausdrückt. (ebd., S. 55) Die außerfamiliären, informellen, sozialen Kontakte sind wesentliche Bestandteile sozialer Netzwerke älterer Menschen mit einer positiven „Wirkung auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit im Alter“ (nach Creecy & Wright, 1979 und Mancini, 1980, aus Minnemann, 1994: 53). Bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse beispielsweise dem Partnerverlust oder dem Ausstieg aus dem Berufsleben sind Freunde von großer Bedeutung. (vgl. nach Lopata, 1979 und Chown, 1981 aus Minnemann, 1994: 53)

Nach Ergebnissen der BOLSA (Bonner Längsschnittstudie des Alters; Lehr & Minnemann, 1987) geht „Zufriedenheit im Alltag“(ebd., S. 53) mit einer hohen „Aktivität in außerfamiliären Rollen (Freund, Nachbar, Vereinsmitglied)“(ebd., S. 53) einher.

Bei der Betrachtung von sozialen Beziehungen im Alter kann abschließend ein Blick in die Thematik von sozialer Isolation und dem Empfinden von Einsamkeit nicht fehlen. Wichtig dabei ist die Unterscheidung, „zwischen dem Begriff der sozialen Isolation, der die objektiven Kontaktmöglichkeiten eines Individuums beschreibt, und dem Begriff Einsamkeit, worunter das subjektive Erleben seiner sozialen Eingebundenheit verstanden wird“(ebd., S. 51f).

Eine Interpretation anhand sozialpsychologischer Konzepte beschreibt Einsamkeit als ein Ergebnis „der Diskrepanz zwischen dem Anspruchsniveau einer Person und ihrem subjektiv wahrgenommenen Beziehungsgefüge“(nach Peplau und Perlmann, 1982 aus Minnemann, 1994: 52). Durch den Austausch mit anderen und der Möglichkeit die eigenen Erfahrungen mit anderen zu vergleichen können sich Vorstellungen und Ansprüche bezüglich optimaler sozialer Beziehungen ändern. Einsamkeit und Isolation älterer Menschen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität, sondern können nachteilig Einfluss auf die körperliche Gesundheit nehmen. (vgl. Künzel-Schön, 2000: 94)

#### 4.3 Lernen als ein lebenslanger Prozess

Die Bonner Altersforschung von Thomae und Lehr hat Ende der 1970er Jahre die „Ausgangsvoraussetzungen“ für die Lernfähigkeit älterer Menschen untersucht. Die für „Wendigkeit, schnelle Neuorientierung, Umstellungsfähigkeit und Kombinationsgabe“(nach Lehr, 2000 aus Witterstätter, 2003: 115) verantwortliche „flüssige oder sogenannte fluide Intelligenz“(ebd., S. 115) ist im Alter nachlassend. Dagegen ist bei den älteren Menschen die kristalline Intelligenz die sich „in sprachlich gebundenen Fähigkeiten, bei denen es auf Aktualisierung von Erfahrung, Sprachverständnis und Assoziation ankommt“(ebd., S. 115) gleichwertig mit Jüngeren vorhanden.

Nach dem Modell der Kognitionstheorie, werden die „Fähigkeiten zur Lebens- und Problembewältigung“(orientiert an der Darstellung im Funkkolleg Altern, 1996 aus Witterstätter, 2003: 50) vor allem bei den alltagsbezogenen Aufgaben aus dem Erfahrungswissen der kristallinen Intelligenz gespeist, die sich somit als eine wichtige Ressource für eine erfolgreiche Bewältigung des Alltags, auch bei Einschränkungen im Alter, erweist. Für völlig neue Problemkonstellationen ist die im Alter abnehmende fluide Intelligenz erforderlich. In diesem Zusammenhang

können unerwartete Veränderungen für ältere Menschen zu einer Überforderung und intellektuellen Belastung werden.

Die Regenerationsfähigkeit des erwachsenen Gehirns und somit auch eine kontinuierliche „Entwicklung des Gehirns“(nach Kempermann aus Blech, 2006: 165) durch die „Neurogenese“(Blech, 2006: 165) ist lebenslang möglich. Die Neurogenese findet durch die Neubildung von Nervenzellen, den Neuronen, im Gehirn statt und kann durch den Neuronennachwuchs auch dem altersbedingten Abbau entgegenwirken. Diese Neuronenbildung wird durch die Umwelt angeregt und macht damit eine anregende Lebensführung von Menschen zur Voraussetzung. Von Bedeutung sind jede Form von Lernreizen und geistigen Herausforderungen, aber auch alle Formen von körperlicher Betätigung. (vgl. Kempermann nach Blech, 2006: 165) Ein „sozial aktives Leben“(nach Lindenberger und Lövdén, 2005 aus Blech, 2006: 170) kann durch die stimulierende „Wirkung auf Gehirn und Verhalten“(ebd., S. 170) dem altersbedingten geistigen Abbau entgegenwirken und somit als Schutz vor dem „altersbedingten Denkschwund“(ebd., S. 170) dienen.<sup>6</sup>

Die Einwirkung von Stress, wirkt sich allerdings negativ auf die Neurogenese aus indem durch die Ausschüttung von Stresshormonen ein Zellenwachstum behindert wird. (vgl. ebd., S. 173f.)

Ein wichtiger Aspekt für das Lernen im Alter ist die Bedeutung der Lernziele in dieser Lebensphase. Dabei ist die Selbstfindung im übergeordneten Sinne das Hauptziel und aus dem Blickwinkel der Gerontologie und Geragogik sollte die Altenbildung zur „Rückschau auf das Leben im Sinne einer Bilanzierung und Vorausschau auf das Lebensende“(nach Marcel und Petzold, 1976 aus Witterstätter, 2003: 117) befähigen.

---

<sup>6</sup> Die Psychologen Ulman Lindenberger und Martin Lövdén vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung haben 2005 im Fachblatt „Psychology and Aging“ über ihre Untersuchungsergebnisse berichtet.

#### 4.4 Coping

Coping oder auch Bewältigung ist das „sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühen einer Person“ (Künzel-Schön, 2000: 163), als Reaktion auf eine externe und/ oder interne Anforderung, die subjektiv als Überbelastung oder Überforderung erlebt wird. Das Coping oder die Bewältigung stellt sich als ein Prozess dar und ist der Versuch oder das Bemühen eine Veränderung zu erzielen, die Belastung abzuwenden oder ein Gleichgewicht wieder herzustellen. (vgl. ebd., S. 163f.) Für den Umgang mit gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen im Alter kann Bewältigung bedeuten „auf verschiedene Art und Weise mit sich selbst, der Belastung - z.B. einer Krankheit - und der Umwelt ein neues Alltagsarrangement“ (ebd., S. 165) zu finden.

Das Individuum kann in Form von umweltbezogenem oder personenbezogenem Coping versuchen, auf die Belastung zu reagieren. In Form des umweltbezogenen Copings versucht das Individuum auf verschiedene Arten und Weisen von Außen problemlösend auf das belastende Ereignis Einfluss zu nehmen, beispielsweise durch die Behandlung von Krankheit, oder über den Erhalt von Hilfen und Unterstützung durch die Umwelt. Möglichkeiten der Bewältigung sind sowohl das Bemühen um Information und Beratung, die emotionale und praktische Unterstützung, aber auch Konfrontation oder der Versuch sich der Situation zu entziehen. (vgl. ebd., S. 170)

Beim personenbezogenen Coping lassen sich ebenfalls verschiedene Formen der Bewältigung feststellen. Diese Form von Coping hat seine Wirkung auf der einen Seite über „Änderung der Kognition“ (ebd., S. 170) in Form von Umdeutung und Uminterpretation, Gedankenkontrolle, Ablenkung, Änderung von Zielen, Vorrang und Ansprüchen, aber auch durch die Änderung des Verhaltens in planende Vorgehensweisen und der Übernahme von Verantwortung sowie durch Vergleiche mit anderen Personen, die für das Individuum selbstwertdienlich sind. (vgl. ebd., S. 170) Auf der anderen Seite, über „Änderung der Gefühle“ (ebd., S. 170) durch Einwirkung von verschiedenen Seiten auf physiologischer, verhaltensmäßiger, kognitiver und erlebnisbezogener Ebene. Das heißt für den Bewältigungsversuch die Einflussnahme auf die gefühlsmäßigen Auswirkungen auf physiologischer Ebene, im Bereich des Verhaltens durch die Erweiterung im Ausdrucksvermögen, auf kognitiver Ebene über Veränderungen „in den Wahrnehmungs-, Erkennens-

und Verarbeitungsprozessen“(ebd., S. 170f.) und auf der Ebene des Erlebens durch körperliches Abreagieren oder Entspannung, durch Meditation oder religiöse Handlungen, aber auch durch den Konsum von Alkohol und Drogen. (vgl. ebd., S. 170f.)

Besonders „bei unkontrollierbaren Belastungssituationen und bei langdauernden Bewältigungsprozessen“(ebd., S. 171) sind eher die Formen des personenbezogenen Coping als sinnvoll anzusehen. Die Wahl der Bewältigungsstrategien ist persönlichkeitspezifisch individuell geprägt aber auch von der zu bewältigenden Situation abhängig. (vgl. ebd., S. 173f.)

Der Erfolg eines Bewältigungsversuches hängt von mehreren Faktoren ab, der Art der Belastungssituation; der Persönlichkeit, ihren Werten und Überzeugungen; den sozialen und materiellen Umweltbedingungen und den jeweilig direkten Anforderungen an die betroffene Person. (vgl. ebd., S. 188f.)

Für alte Menschen sind für die Bewältigung von Problemstellungen neben dem Einfluss des Gesundheitszustandes ein „gehobener und stets aktivierter Bildungsstand“(Witterstätter, 2003: 50), ein langfristiges „Training von Lösungsstrategien“(ebd., S. 50) im Laufe des Berufslebens, ein „aktiver und (...) offener Lebensstil“(ebd., S. 51), ein anregendes Lebensumfeld sowie ein „positives Selbstbild“(ebd., S. 51) wichtige und positive Eigenschaften für ein eine gelingende Bewältigung.

Den Blick auf Lebensbewältigung, in Verbindung mit einer Orientierung zur Gesundheitserhaltung, hat Antonovsky in seinem Ansatz zur Salutogenese gerichtet. Der salutogenetische Ansatz untersucht und beschreibt die Faktoren, die dem Menschen zur Balance zwischen Gesundheit und Krankheit sowie zur Abwehr und Bewältigung von „sozialen und biologischen Spannungen und Belastungen“(Hurrelmann, 1988: 132) zur Verfügung stehen. Als Faktoren sind „physische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, einstellungsmäßige, soziale und makrostrukturelle“(ebd. S. 132) Ressourcen zu verstehen, die in Verbindung mit den biographischen Erfahrungen einer Person und dem individuell ausgeprägten Kohärenzgefühl in einer dynamischen Interaktion sind. (vgl. ebd. 132ff.)

Das „Kohärenzgefühl“(Antonovsky, 1997: 16) ist eine allgemeine Orientierung, „die das Maß ausdrückt, indem man ein durchdringendes, andauerndes aber

dynamisches Gefühls des Vertrauens hat, daß [!] die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß [!] es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß [!] sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“. (ebd., S. 16) Im Rahmen des Konzeptes des Kohärenzgefühls auch SOC (sense of coherence) hat Antonovsky drei Komponenten als zentral bedeutsam erachtet die in ihrer Ausprägung im Vorhandensein ausschlaggebend für ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl sind. Die drei Komponenten definieren genauer in welchem Ausmaß das Individuum, unter den Gesichtspunkten von „Verstehbarkeit“ die auf es einwirkenden inneren und äußeren Reize als sinnvoll wahrnimmt, einordnet und erklärt, von „Handhabbarkeit“ die eigenen und geeigneten Ressourcen als zur Verfügung stehend wahrnimmt und von „Bedeutsamkeit“ die Anforderungen im Leben als sinnvolle Herausforderungen empfindet. (vgl. ebd., S. 34ff.)

Salutogenetisches Denken ermöglicht dem Individuum, den Stressauslösern im Leben eine andere Bedeutung zu geben und den Stressor als wegweisend zu empfinden. (vgl. ebd., S. 26f.)

#### 4.5 Fazit

Für die Lebensphase Alter sind die jeweiligen Gegebenheiten der Lebenslage sowie die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse von Bedeutung. Die Lebenslage als ein gegenwärtig individueller Lebensumstand eines Menschen, wird durch die materiellen Lebensbedingungen, dem Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung, aber auch durch das Ausmaß der sozialen Integration geprägt. Die kritischen Lebensereignisse sind dagegen eher „Statuspassagen“(Backes, 2003: 173) im Lebenslauf, die mit entscheidenden Veränderungen oder Einschränkungen einhergehen, eine besondere Anforderung an die Anpassungs- und Bewältigungsleistungen eines Menschen stellen und zu psychischen Anspannungen, Stress und auch Dauerbelastungen führen können. Obwohl beim älteren Menschen die kognitive Ressource der langfristig erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen überwiegt, sind nach den Forschungsergebnissen zur „Neurogenese“(Blech, 2006: 165) dennoch die Voraussetzungen für eine lebenslange Neubildung von Nervenzellen im Gehirn gegeben. Diese Fähigkeit des menschlichen Gehirns bedarf der Förderung durch geistige Anreize und durch körperliche Betätigung, aber auch durch die

Möglichkeit der sozialen Teilhabe, um damit präventiv einem vorzeitigem altersbedingtem Abbau entgegen zu wirken und auch im Rahmen sozialer Netze unterstützende Bedingungen in der Auseinandersetzung mit der Lebensphase Alter zu finden. Die sozialen Netzwerke sind entsprechend dem biographischen Verlauf, den daraus erwachsenen Bedürfnissen und dem sich entwickelten sozialen Lebensstil bei jedem Menschen individuell ausgeprägt. Die sozialen Beziehungen sind somit im „lebensgeschichtlichen“(Minnemann, 1994: 35) Zusammenhang eines Menschen zu sehen und aus diesem heraus nehmen auch die Erfahrungen einen bedeutenden Einfluss auf das Erleben, den Umgang und die Gestaltung von gegenwärtigen sozialen Beziehungen und sozialer Unterstützung in der Gegenwart. Anforderungen, die sich durch schwierige Lebenslagen oder kritische Lebensereignisse stellen, können vom Menschen als Überbelastung und Überforderung empfunden werden. Der Mensch versucht durch Bewältigung oder auch Coping den Anforderungen zu begegnen. Der Bewältigungsprozess wird durch die Gesamtpersönlichkeit mit ihren Erfahrungen, Fähigkeiten und Überzeugungen, den individuellen Möglichkeiten der Lebenslage und den jeweiligen Anforderungen des Ereignisses oder der Situation entsprechend, geprägt. Soziale Beziehungen können ermöglichen, dass durch Austausch, Rückmeldung, Vergleichsmöglichkeiten aber auch Herausforderungen, neue Erfahrungen bei der Bewältigung von Anforderungen als Ressource genutzt werden und individuelle Ansprüche oder subjektives Empfinden verändert werden können.

## 5 Betrachtungen und Grundlagen zum Arbeitsfeld

### 5.1 Einleitung

Das nachfolgende Kapitel soll einen Überblick über die Problematik, die organisatorischen Bedingungen und Voraussetzungen, aber auch Möglichkeiten des Heimsystems als Teil der derzeitigen Versorgungsstruktur geben.

Um einer bedarfsorientierten Versorgung gerecht zu werden, muss der potenzielle Nutzer stationärerer sowie ambulanter Altenhilfe als ein selbstbestimmtes Individuum begriffen und einbezogen werden. Die Institutionen sind dabei in ihrer Verantwortung und in ihren Entwicklungsmöglichkeiten als soziale Organisation gefragt den Missständen zu begegnen.

### 5.2 Aspekte zum Heimsystem

Die Zunahme der Anzahl „Sorgebedürftiger“ (Dörner; Hopfmüller; Röttger-Liepmann, 2001: 3) bei gleichzeitiger Veränderung der Familienstrukturen und einer Zunahme alleinlebender älterer Menschen im Rahmen des demographischen Wandels bewirken einen drastischen Abbau der Tragfähigkeit traditioneller familiärer „Sorge-Netzwerke“ (ebd., S. 3) und führen bei gleichzeitig sinkender Erwerbsquote zu einer vorschreitenden Gefährdung der Finanzierung des bisherigen Hilfe- und Pflegesystems.<sup>7</sup> Da häufig die Entscheidung für eine Unterbringung in eine stationäre Einrichtung in einer unmittelbaren Notsituation und „aufgrund mangelnder Kenntnis von Sorge-Alternativen getroffen“ (ebd., S. 3) wird und gleichzeitig die Beratung zur Versorgungslandschaft für die Betroffenen und ihre Angehörigen „oft unvollständig, interessenabhängig und nicht auf den konkreten Menschen bezogen“ ist, sind freie Wahlmöglichkeiten von „Sorge-Alternativen (...) nicht gegeben“ (ebd., S. 3).

„Es fehlen insbesondere integrierte Versorgungsverbände, die eine Vernetzung zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich ermöglichen“ (ebd., S.3) Die Möglichkeit zum Verbleib in der Häuslichkeit bei Hilfe-

---

<sup>7</sup> Die Aufforderung zur „Enquête der Heime“ durch die Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“, 2001, der Universität Bielefeld beschreibt die „Problematik der derzeitigen Versorgungssituation“ mit Blick auf die Entwicklungen im „Sorge-System für pflegebedürftige und behinderte Menschen in Deutschland“.

und Pflegebedürftigkeit ist in steigendem Maße abhängig von der Stabilität und Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzwerkes. (vgl. ebd., S. 4)

Ein „Pfleagemix“ (Klie, 2001 nach Dörner; Hopfmüller; Röttger-Liepmann, 2001: 4) in Form eines zeitgemäßen und flexiblen Sorge-Netztes ist noch nicht etabliert und akzeptiert und ermöglicht somit keine Gewährleistung einer ganzheitlichen und familienentlastenden Hilfe- und Pflegeleistung. Dazu kommt, dass der weitaus größere Bereich der ambulanten Versorgung entsprechend der Verteilung der Mittel durch die Pflegeversicherung, in Folge der Zunahme der Pflegebedürftigen im stationären Bereich, stark benachteiligt ist und einer „notwendigen qualitativen Weiterentwicklung des ambulanten Sorge-Bereichs“ (ebd., S. 5) erschwerend im Wege steht. Für den Bereich der stationären Versorgung wird unter anderem die Einschränkung der Persönlichkeitsrechte durch die institutionellen Rahmenbedingungen kritisiert, die zu ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnissen führen und dadurch die Anpassung der BewohnerInnen erzwingen.

Die Erfassung und Sortierung der BewohnerInnen stationäre Einrichtung „nach bestimmten Defizit-Merkmalen“ (ebd., S. 6) kann eine Chronifizierung fördern und damit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der BewohnerInnen führen. Darüber hinaus hat die Defizitorientierung der meisten Pflegeleitbilder einen prägenden Einfluss auf „das Menschenbild der Heimmitarbeiter“ (ebd., S. 6). Zur Arbeitentlastung einer Einrichtung und zur Existenzsicherung wird im Falle eines Konfliktes der „Institutionszentrierung Vorrang vor der Personenzentrierung“ (ebd., S. 7) gegeben und entsprechend auch keine Orientierung hin zur möglichen „Förderung und Entlaßbarkeit der Bewohner“ (ebd., S. 8) begünstigt. Trotz des häufigen Widerspruchs entsprechend der gesetzlichen Regelungen, der „wissenschaftlich anerkannten Standards der Leistungserbringung“ (ebd., S. 8) und auch des Selbstbestimmungsrechts, sind die Einrichtungen gemäß den „allgemein gegebenen gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Selbstverwaltung“ (ebd., S. 8) und in der Ausgestaltung der Organisation letztendlich sich Selbst und der „berufsethischen Verantwortung der einzelnen Mitarbeiter“ (ebd., S. 8) überlassen. Integration und eine individuelle Lebensgestaltung brauchen als Basis eine „lebendige Gemeinschaft“ (ebd., S. 8) die „unter den gegebenen Bedingungen in vielen Heimen nicht“ (ebd., S. 8) entstehen kann. Die Konsequenz einer Überprüfung des Heimsystems unter Beteiligung der Öffentlichkeit und unter Berücksichtigung aller Ressourcen muss den Fokus auf

die veränderten Bedürfnisse der Menschen und eine sich ergänzende Vernetzung der Sorge-Bereiche legen.

### 5.3 Die Institution als Soziale Organisation

Einrichtungen der stationären Altenhilfe sind soziale Systeme, denn sie erfüllen nach Mayntz (1963) „die Kriterien für eine Organisation beziehungsweise ein ‚soziales Gebilde‘: spezifische Zielausrichtung, rationale Gestaltung der Zielverwirklichung, angebbarer Mitgliederkreis mit interner Rollenunterscheidung“ (Mayntz, 1963 nach Witterstätter, 2003: 159).

Die Strukturen einer Organisation bestimmen „das soziale Handeln in der Organisation“ (Kühn, 2004: 337) und sind nach „Instrumente zur Steuerung des Verhaltens der Organisationsmitglieder“ (Kieser; Kubicek, 1992 nach Kühn, 2004: 337). Diese Steuerung findet nicht nur über die Leitungsebene, sondern auch über die sich anschließenden Hierarchieebenen statt, wobei „den grundsätzlichen, übergeordneten Regeln und Zielen“ (ebd., S. 337) entsprochen werden muss.

In diesem Zusammenhang sind die Aufbauorganisation und die Ablauforganisation wichtige „Strukturaspekte“ (ebd., S. 337), die sich gegenseitig ergänzend in der gesamten Organisationsstruktur wirken. Im Rahmen der Aufbauorganisation findet die Verteilung der Aufgaben an die unterschiedlichen Arbeitsbereiche und Arbeitsabteilungen statt, während die Arbeitsabläufe an sich in der Ablauforganisation festgelegt werden. (vgl. ebd., S. 337)

Ein Strukturmerkmal von Organisationen ist die „Rollenstruktur“ (ebd., S. 341), worüber die gesamten anfallenden Aufgaben einer Organisation unterteilt und auf die unterschiedlichen fachspezifischen Bereiche verteilt werden.

In Organisationen treffen entsprechend der Ziele „Personen mit verschiedenen festgelegten und sich ergänzenden Rollen“ (Witterstätter, 2003: 159) aufeinander.

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe umfasst die Rollenstruktur die Funktionen als Heimleitung, der Verwaltung, des Pflegepersonals, der Hauswirtschaft und Haustechnik, des therapeutischen Fachpersonals und des Sozialdienstes, aber auch als externe MitarbeiterInnen, beispielsweise SeelsorgerInnen oder ehrenamtliche MitarbeiterInnen.

Dabei kann es zu Rollenkonflikten kommen, die zum einen „als Intra-Rollenkonflikt zwischen widersprüchlichen Erwartungen an eine Position (Beispiel: Erwartungen von Klienten und Anstellungsträger an einen Sozialarbeiter)“ (Doehlemann,

2004: 44) oder „als Inter-Rollenkonflikt zwischen widersprüchlichen Erwartungen an zwei oder mehrere Positionen die eine Person innehat“(ebd., S. 44), beispielsweise MitarbeiterIn und gleichzeitig auch Angehörige eines sorgebedürftigen Menschen mit den entsprechenden Anforderungen zu sein, auftreten. Bei Konfliktsituationen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ergeben sich Rollenkonflikte zwischen den verschiedenen Mitarbeitergruppen, beispielsweise zwischen dem Pflege- und Verwaltungssektor bezüglich der Finanzmittelbeanspruchung oder zwischen dem Pflegepersonal und den BewohnerInnen bezüglich des Anspruchs an bedarfsorientierte Pflege und Zuwendung im Widerspruch zu einem schlechten Pflegeschlüssel (Personalschlüssel im Pflegebereich), aber auch zwischen dem Pflegepersonal und den Angehörigen, die ebenfalls aus unterschiedlichen Erwartungshaltungen resultieren. (vgl. Witterstätter, 2003: 165ff.)

Die Organisationsziele leiten sich aus Menschenbildern ab und finden sich entsprechend in den Zielmaßstäben wieder.

Der ökonomische Zielmaßstab ist ausgerichtet auf „ökonomische Effizienz“(Puch, 1997: 78) und Effektivität. Dabei soll das Verhältnis von „eingesetzten Kosten (input) zu einem möglichen Nutzen (output)“(ebd., S. 78) sichtbar und messbar werden. Die Überprüfung der Effizienz ist ausgerichtet auf den „finanziellen Aufwand für fachliche Angebote, Personal, Räumlichkeiten und Büroorganisation“(ebd., S. 78). Der Begriff der Effektivität definiert die Maßgröße für die Zielerreichung. Die Effektivität macht deutlich, wie groß die Abweichung von den gewünschten Zielen ist. (vgl. ebd., 78)

Der fachliche Zielmaßstab bezieht sich in Organisationen des Sozialbereichs auf das professionelle Handeln der Organisationsmitglieder. Aspekte dabei sind das fachlich begründete berufliche Handeln, Zielformulierungen, die bezüglich der Wertvorstellungen konkret, transparent und überprüfbar sind und die Überprüfung der Ziele bezüglich der Wirksamkeit der eingesetzten Methoden. (ebd., S. 79f.)

Der humane Zielmaßstab wendet „sich gegen eine Überbetonung von wirtschaftlichen Zielmaßstäben“(ebd., S. 78). Aus humanistischer Sicht kommt dem sozialen Geschehen und den sozialen Prozessen in Organisationen eine größere Bedeutung zu. Dafür muss untersucht werden, „wie sich Organisationsziele herausbilden, welche Ziele tatsächlich das

Organisationsgeschehen beeinflussen und ob diese Ziele im Einklang mit humanitären Werten stehen“(ebd., S. 78). Dabei wird zwischen internen Zielen, z.B. Arbeitszufriedenheit und Motivation von Mitarbeitern, und externen Zielen, z.B. Umgang mit AdressatInnen und Mitwirkungsmöglichkeiten von AdressatInnen am Hilfeplanungsprozess, unterschieden.

Der ökologische Zielmaßstab ist eine Erweiterung um den Umweltfaktor.

Organisationen greifen durch ihr Handeln auf Ressourcen der Umwelt zurück und nehmen dadurch Einfluss auf die Umwelt. Ein umweltbezogener Zielmaßstab soll unbeabsichtigte negative organisationsinterne oder organisationsexterne Folgen möglichst gering halten. (vgl. ebd., S. 79)

Bei unterschiedlichen Zielmaßstäben besteht die eigentliche Herausforderung darin, die verschiedenen Zielmaßstäbe so anzugleichen, dass sie sich gegenseitig nicht ausschließen oder beeinträchtigen. (vgl. ebd., S. 80)

Die Unterscheidung von offiziellen und operativen Zielen hat für die Entstehung von Zielkonflikten eine besondere Bedeutung.

Die offiziellen, übergeordneten, generellen und abstrakten Ziele, die für die Öffentlichkeit bekannt und zugänglich sind, können im Widerspruch zu den operativen, beobachtbaren, messbaren, real praktizierten Zielen, also der sichtbaren Umsetzung von Zielen, stehen.

Organisationsmitglieder haben individuell unterschiedliche Ziele und Prioritätensetzungen, auch bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten innerhalb einer Organisation, wie z.B. persönliche Entfaltung, Karriere und Ausbildung. (vgl. Büschges; Abraham, 1997: 97)

Widersprüche treten ebenfalls bei nicht eindeutig formulierten Zielen, in sich widersprüchliche Zielen sowie nicht nachvollziehbarer Reihenfolge auf.

Diese Konflikte können sich auf das ganze System auswirken. Klassische Beispiele dazu sind Zielkonflikte zwischen den Oberzielen, die sich beispielsweise in Altenheimen darin zeigen, dass widersprüchliche Oberziele aufeinander treffen als Verwahrungsziel (kustodiale Ziele) versus emanzipatorischer / therapeutischer Ziele. Eine Vermischung dieser Zielsetzungen ist heute häufiger vorhanden und die Organisationsmitglieder haben diesbezüglich eigene individuelle Prioritätensetzungen entwickelt. Ein Zielkonflikt existiert, wenn Bereiche einer Organisation die Oberziele unterschiedlich auslegen, unterschiedliche Berufsgruppen die Oberziele entsprechend ihrer beruflichen Sozialisation

unterschiedlich umsetzen, unterschiedliche Machtgruppen ihre jeweilige Zielfestlegungen durchsetzen wollen und Abweichungen zwischen den Organisationszielen und den individuellen Zielen der Organisationsmitglieder entstehen. (vgl. ebd., S. 332)

Aber auch die Zielfindung oder Zielbestimmung sowie Zielumsetzung erweisen sich als konfliktträchtig. Sämtliche Beteiligten haben in diesem Prozess ihre eigenen Vorstellungen und Interessen bezüglich des Leitbildes sowie ihrer Tätigkeiten innerhalb der Organisation, die sie entsprechend versuchen durchzusetzen. Wichtig in dieser Phase ist die Konsensfindung, falls sich diese Möglichkeiten nicht bieten, sind Konflikte in der Organisation möglich, die sich in Form von Arbeitsgerichtsverfahren, Personalfluktuaton, Mobbing, ebenso durch gegenseitige Arbeitsbehinderung oder durch die Zurückhaltung von Informationen zeigen. (vgl. Büschges; Abraham, 1997: 104f.)

Zielkonflikte entstehen aufgrund von Unbestimmtheit und Widersprüchlichkeit von Organisationszielen. Bei diesem Zielkonflikt geht es um die fehlende Eindeutigkeit bezüglich des Zweckes der Organisation.

Die unterschiedlichen Interessengruppen können sich einer derartigen Situation bedienen um eine Operationalisierung, also eine nähere Bestimmung der Ziele, nach ihren Vorstellungen durchzusetzen. Bei Konflikten dieser Art geht es um Einflussnahme über die Zielfestlegung in Bereichen der Organisationsleistungen, der Organisationsvorschriften und des Organisationspersonals sowie der Technologien. Bei der zweiten Erscheinungsform von Konflikten in Organisationen geht es ursächlich um die Umsetzung von festgelegten Zielen in Organisationsleistung und die Konkurrenz um die Mitbestimmung und Teilhabe an den benötigten internen Organisationsressourcen. Akteure sind dabei die einzelnen Bereiche der Organisation, deren Anteile an den zu vergebenden Ressourcen von ihrer jeweiligen realen Ausgangs-, Verhandlungs-, und damit Machtposition abhängen. (vgl. Büschges; Abraham, 1997: 104f.)

„Leitbilder befassen sich mit den langfristigen, globalen Zielen und den langfristig gültigen Prinzipien, Normen und Spielregeln einer Organisation, die ihre Lebens- und Entwicklungsfähigkeit sicherstellen sollen.“ (Graf, 2000: 43)

Leitbilder enthalten grundlegende Aussagen zu der Organisation selbst.

Diese Aussagen beziehen sich auf das Selbstverständnis, die Identität der Organisation sowie auf ihren Ziele, Aufgaben und Strukturen. Andererseits

bezieht sich das Leitbild auf die Organisationsmitglieder, ihre Einstellungen und ihr Verhalten.

Das Leitbild formuliert Verhaltenserwartungen, die den Mitarbeitern einer Organisation als Orientierung dienen. Das Leitbild wirkt nach außen, indem es wichtige Bezugsgruppen über die Werte und Normen der Organisation informiert sowie Aussagen über Wünsche und Erwartungen an eine Zusammenarbeit trifft. Ein Leitbild bildet „für die Organisation und ihre Mitglieder einen gemeinsamen Orientierungsrahmen, der verbindlich sein sollte.“(ebd., S. 43)

Die Einhaltung der in einem Leitbild zusammengefassten Grundsätze und Richtlinien beruht „überwiegend auf Freiwilligkeit und Überzeugung und zum Teil auf sozialer Kontrolle“(ebd., S. 43) und ist somit ein handlungsleitender Rahmen für das „strategische und operative Management“(ebd., S. 43).

#### 5.4 Konzept und Leitbild in der stationären Altenhilfe

##### 5.4.1 Das ganzheitliche Leitbild und sein Menschenbild

Ganzheitliche Altenarbeit ist ein im Leitbild verdeutlichtes Menschenbild, das den „betroffenen Menschen, in welcher gebrechlicher Situation auch immer“(Hummel, 1982: 12) als ein Subjekt sieht, „das im Hinblick auf den objektiv nahenden Tod das eigene Leben zu einer möglichst sinnhaften Einheit schließen will“(ebd., S. 12). Das ganzheitliche Leitbild sieht den alten Menschen, als ein handelndes Wesen „eingebunden in gesellschaftliche Verhältnisse, an denen er sich eigenverantwortlich beteiligen kann“(ebd., S. 29) und dementsprechend selbstbestimmt entscheiden kann. Der Mensch wird im systemischen Sinne als Individuum bestehend aus Körper, Geist und Seele begriffen und mit seinen bio-psycho-sozialen Bedürfnissen, seinen im biographischen Kontext entwickelten Erfahrungen und in seiner jeweiligen Lebenssituation gesehen und wertgeschätzt. Das ganzheitliche Leitbild erfasst den Menschen in seinen ganzheitlichen Zusammenhängen und Bezügen und will unter Wahrung von Individualität und Selbstbestimmung entsprechend in der Arbeit in stationären Einrichtungen eine Integration in die neue Lebenswelt ermöglichen. Die ganzheitliche Altenarbeit hat grundsätzlich die Förderung von Verständigung und Integration zum Ziel und ist somit „dem Grunde nach immer gemeinwesenorientiert.“(Schmoecker, 1996: 37) Die Integration bezieht sich sowohl auf das direkte Umfeld, als auch auf das gesamte sozialräumliche Umfeld. Integration ermöglichen bedeutet aber auch die

Entwicklung und Förderung einer lebendigen „Atmosphäre einer teilnehmenden Gesellschaft“(ebd., S. 37). Mit Blick auf die Zielgruppe der hochbetagten, mehrfach belasteten und gesundheitlich individuell eingeschränkten BewohnerInnen sind Initiierung sowie die vermittelnde Unterstützung wichtig, um eine Integration zu ermöglichen. Das ganzheitliche Leitbild macht aber auch in der Arbeitswelt stationärer Einrichtungen Bedingungen erforderlich, die den Prozess einer Bewußtseinsentwicklung im Sinne ganzheitlicher „Orientierung und Sichtweise“(ebd., S. 38) fördern. Dazu müssen sowohl die „Strukturen und die konzeptionellen Ziele der Einrichtung (...) transparent gemacht werden“(ebd., S. 38), die „Beteiligung an institutionellen Entwicklungsprozessen (...) ermöglicht werden“(ebd., S. 38) sowie durch die „Fortbildung der/des Mitarbeiters/in (...) neben fachpflegerischen Aspekten auch die Möglichkeit zur Entwicklung eines Selbstkonzeptes“(ebd., S. 3) geboten werden.

#### 5.4.2 Das gemeinwesenorientierte Konzept

Ein Konzept ist der Entwurf oder auch das gedankliche Gerüst, ein geplantes Vorhaben zu realisieren. Das Rahmenkonzept einer stationären Einrichtung der Altenhilfe schafft die Grundlage für das Selbstverständnis der Einrichtung und für den entsprechenden Aufbau der Organisationsstruktur. Das Heimkonzept entwickelt sich auf der Basis eines erkenntnistheoretisch orientierten Menschen- und Weltbildes und verbindet theoretische Erkenntnisse mit Fakten aus der Forschung und „Informationen aus dem Arbeitsalltag der Altenpflege“(Schmoecker, 1996: 40), damit eine „Neugestaltung der Arbeit“(ebd., S. 40) ermöglicht werden kann. Das Konzept bezieht sich, orientiert am Menschenbild und am Leitbild, dabei auf die Zielgruppen und bildet damit die Grundlage für die pflegerische Arbeit. Unter dem Aspekt der Gemeinwesenorientierung ist der Standort der Einrichtung ein bedeutendes Element des Heimkonzeptes. Der Standort gibt Aufschluss über die „Möglichkeiten und die Art der Einbindung der Einrichtung in das Gemeinwesen“(ebd., S. 41)

Die „Entwicklung angemessener Organisationsstrukturen“(ebd., S. 41) verantwortet die Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung innerhalb der Institution. „Handlungsanleitende Arbeitsgrundsätze“(ebd., S. 41) stellen für eine Werteorientierung im Bezug auf den alltäglichen Umgang innerhalb der Einrichtung, eine Erweiterung im Konzept dar. Die Arbeitsprinzipien lassen sich

aus den Werten, der Ethik und der methodischen Orientierung Sozialer Arbeit ableiten. Die Arbeitsprinzipien, nehmen in Form von Partizipation, Transparenz, Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, Einfluss auf die Entwicklung „eines positiven, wertschätzenden Klimas“(ebd., S. 49) oder Milieus und prägen somit die Identität der Einrichtung.

“Der alte Mensch im Heim ist zunächst immer Bewohner einer Gemeinschaftseinrichtung.“(Hummel, 1982: 29) Das Heim als Lebensraum wird im Wesentlichen durch „die sozialen Zusammenhänge“(ebd., S. 29) bestimmt und erst danach durch „die Dienstleistungszusammenhänge“(ebd., S. 29). Das Heim als „kleines Gemeinwesen“(ebd., S. 12) ist ein lebendiger Ort der unter den derzeit existierenden Umständen nach außen begrenzt wird. Hummel formuliert sein Verständnis von Gemeinwesen, in Bezug auf die Analysen von Marx unter dem Aspekt der Gegensätzlichkeit der Bedingungen, „dialektisch als interindividuelle Wesensmerkmale und äußere Erscheinungsformen“(ebd., S. 11). Die Aufgaben der Gemeinwesenarbeit beziehen sich demnach nicht ausschließlich auf ein Wohnquartier, sondern auch auf Institutionen die von Menschen bewohnt werden und in denen die „Organisationsformen gegen Lebensbedürfnisse stehen“(Hummel, 1982: 11) Darüber hinaus zielt Gemeinwesenorientierung in ihren Maßnahmen auf einen „problem- und generationsübergreifenden“(ebd., S. 11) Bezug ab und soll einem „lebendigen Austausch möglichst vieler gesellschaftlicher Gruppen“(ebd., S. 11) fördern und ermöglichen.

Unter dem Aspekt der Betriebsführung erklärt Voss den gemeinwesenorientierten Ansatz als den Versuch den eingeschränkten Bezug zur Umwelt stationären Altenhilfe auszugleichen. Ein Ausgleich durch die „Öffnung der geschlossenen Heimkultur“(Voss, 1990: 163) soll dabei eine gesellschaftliche, sozial-politische Mitverantwortung entstehen lassen. Die Aufgaben des Managements sind dabei, auf den Ebenen der funktionalen, territorialen und kategorialen Gemeinwesenarbeit, auf Mangel oder Ungerechtigkeiten aufmerksam zu machen, Initiativkräfte zu mobilisieren, Mitverantwortung, Unterstützung und Zusammenarbeit innerhalb „eines Stadtteils oder einer Region“(ebd., S. 164) in Beziehung mit einem Altenheim zu fördern und zu stärken und den Dialog zwischen einzelnen Gruppen, beispielsweise pflegebedürftiger und rüstiger Heimbewohner, zu fördern und gegenseitiges Verständnis anzuregen. (vgl. ebd., S. 164) Um auch dem hochbetagten, mehrfach belasteten und von Unterstützung und Pflege abhängigen

Menschen die Möglichkeit zu geben sich in der neuen Lebenswelt *Heim* zu integrieren und gleichzeitig ihre individuelle Identität zu erhalten, wird die Institution in kleinere „Milieueinheiten (...) als soziale Räume“(ebd., S. 171) untergliedert.

Das Arbeitsfeld der Milieugestaltung ist der direkte und persönliche Lebensraum und das Lebensumfeld der BewohnerInnen. Das Ziel von Milieugestaltung ist den Einschränkungen, die mit einem dauerhaften Heimaufenthalt einhergehen sind, entgegenzuwirken und „früher vorhandene, aber verloren gegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten neu zu entwickeln und ein sicheres Feld für die Erprobung zu schaffen“(Hummel, 1982: 135).

## 5.5 Fazit

Die derzeitige Versorgungsstruktur ist weder bedarfsorientiert noch wirtschaftlich tragbar und bietet aufgrund der strukturellen Ungleichverteilung zwischen den ambulanten und stationären Versorgungssystemen noch keine ausreichenden Wahlmöglichkeiten im Fall von Sorgebedürftigkeit. Eine Vernetzung zwischen den ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen, mit dem Ziel einer flexiblen, bedarfsorientierten Versorgungsstruktur, könnte eine Alternative zu den bestehenden defizitären und nicht finanzierbaren Versorgungssystemen bieten. Die Kritik richtet sich vor allem an das gegenwärtige Heimsystem, dass durch seine institutionellen Rahmenbedingungen die Persönlichkeitsrechte der BewohnerInnen einschränkt, durch eine Defizitorientierung einer rehabilitativen Entwicklung entgegen wirkt und das Menschenbild und Altenbild negativ prägend beeinflusst. Die Institutionen, auch unter dem Aspekt von Wirtschaftlichkeit und Existenzertalt, sind gegenwärtig nicht in der Lage den Sorgebedürftigen die Bedingungen zur individuellen Lebensgestaltung sowie zur Integration in ein neues Lebensumfeld zu ermöglichen.

Die Institutionen als soziale Organisation werden, bezüglich ihrer Entwicklung, aber auch ihrer Existenzsicherung, durch ihre Zielsetzung und ihr Leit- und Menschenbild geprägt. Fachliche, humane und ökologische Zielmaßstäbe sind schwer mit ökonomischen Zielen in Einklang zu bringen und stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Die Organisationsstruktur als ein Ergebnis und Prozess der Organisationsentwicklung prägt die Kultur einer Organisation und somit auch das soziale Klima einer Einrichtung. Sie verantwortet und schafft die

Möglichkeiten zur Partizipation und Mitbestimmung.

Das ganzheitliche Leitbild erfasst den Menschen als ein selbstbestimmtes Wesen, dass mit seinen gesamtbiographischen Erfahrungen und Ressourcen ein aktiver und lebendiger Teil der sozialen Zusammenhänge eines Lebensraumes ist.

Der alte Mensch soll als Bewohner einer stationären Wohnform, unter Berücksichtigung seiner bio-psycho-sozialen Bedürfnisse, die Unterstützung erhalten, die ihm eine Integration in das neue Lebensumfeld ermöglicht und gleichwohl die Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung bietet.

Das ganzheitliche Leitbild macht aber auch für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen Bedingungen erforderlich, die ihnen die Möglichkeiten zur Fortbildung und eigenen Bewußtseinsentwicklung im Sinne ganzheitlicher Orientierung bieten und eine Beteiligung an den Entwicklungsprozessen der Institution ermöglichen.

Am Beispiel der Gemeinwesenorientierung im Rahmen konzeptioneller Planung wird zielgerichtet die Teilhabe auf personeller, institutioneller und administrativ-politischer Ebene angestrebt, durch die Öffnung eines Hauses zunehmend Möglichkeiten zur Begegnung, zum Dialog und somit auch zum Abbau von Tabus und Vorurteilen bewirkt und die Einbindung in das sozialräumliche Umfeld angestrebt. Begegnung und Verständigung muss allen Organisationsmitgliedern oder auch Zielgruppen einer stationären Wohnform ermöglicht werden und durch entsprechende Unterstützung, auch in kleineren Milieueinheiten der Einrichtung, gefördert werden.

## **6 Soziale Netzwerkarbeit und ihre Bedeutung für Institutionen der stationären Altenhilfe - betrachtet am Beispiel des Partizipationsprojektes „Sehbehinderten-Gruppe“**

### 6.1 Einleitung

Die soziale Netzwerkarbeit hat das Ziel, Netzwerke zu stabilisieren, zu erweitern und vorhandene Ressourcen sichtbar zu machen, damit sie auch genutzt werden können. Sie will dabei die Stärkung von Selbsthilfepotenzialen erreichen und bezieht sich sowohl auf Personen als auch auf Gruppen und Institutionen. Das nachfolgende Kapitel betrachtet das soziale Netzwerk bezüglich seiner Bedeutung und Funktion und beschreibt die Konzepte Sozialer Netzwerkarbeit in ihren Ansätzen.

Die Praxisbetrachtung soll abschließend den Blick auf die Wirkung und damit auch auf die Möglichkeiten und Chancen von netzwerkorientierter Arbeit im Arbeitsfeld stationärer Altenhilfe lenken und dabei strukturelle und organisationsinterne Restriktionen, aber auch Ressourcen interner und externer Kooperation und Vernetzung sichtbar machen.

### 6.2 Bedeutung und Funktion von sozialen Netzwerken

Ein Netzwerk beschreibt die „Verbindungen und Verknüpfungen“(Nestmann, 1989: 107) zwischen Personen oder Gruppen und existiert als persönliches oder soziales Netzwerk. Ein persönliches Netzwerk bezieht sich „auf eine Person und deren Beziehungen zu anderen“(ebd., S. 107) beispielsweise Partner, Familien, Freunde und Nachbarn. Das soziale Netzwerk findet seinen Bezug im System sozialer Beziehungen beispielsweise in Gruppen, Nachbarschaften oder einer Gemeinde.

In der theoretischen Betrachtung, werden soziale Netzwerke auf der Mikroebene als Systeme der direkten Umgebung mit einem direkt fördernden, behindernden oder schädigenden Einfluss auf die menschliche Entwicklung beschrieben.

Auf der Mesoebene zeigen sich soziale Netzwerke als Beziehungen und Verknüpfungen zwischen den Systemen der Mikroebene, die beispielsweise im Bereich zwischen stationärer Wohnform und Familie einen wechselseitigen Einfluss auf das Individuum, aber auch auf die Systeme hat. Auf der Ebene der

Exosysteme sind die indirekten Einflüsse und Wirkungen zugeordnet und können beispielsweise in Form von Kooperationen mit anderen sozialen Diensten, aber auch durch Aktivitäten und Engagement des Heimbeirates auf das Individuum einwirken. Die Makrosysteme nehmen letztendlich Einfluss in Form beispielsweise institutioneller, kultureller oder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen die in ihrer Wirkung häufig entgegen der Bedarfe des Mikrobereichs auf das Individuum einwirken. (vgl. Nestmann, 1989: 109 nach Bronfenbrenner, 1979 )

„Das Aufkommen der sozialen Netzwerkperspektive ist somit auch eine konsequente Weiterentwicklung systemorientierter Sichtweisen in der sozialpädagogischen und pädagogischen Arbeit.“ (Nestmann, 1989: 110)

Netzwerke dienen als „Sozialisierungsträger“(ebd., S. 111) und haben Einfluss auf die Entwicklung der persönlichen Identität. Das Netzwerk nimmt dabei Einfluss in Form von Feedback und Regulierung des Verhaltens im Rahmen des Netzwerks und wirkt darüber hinaus prozessual auf die Entwicklung des Selbstbildes. (vgl. ebd., S. 111) Soziale Beziehungen und Netzwerke vermitteln „Geborgenheit und Zugehörigkeit“(ebd., S. 113) und sind Voraussetzung dafür „in Gemeinsamkeit mit anderen, eigene Rollen und Identitäten zu entwickeln und zu etablieren und sich wohlfühlen“(ebd., S. 113).

Entscheidend für die Sozialpädagogik sind aber vor allem die „verschiedenen Formen sozialer Unterstützung“(ebd., S. 112) die soziale Netzwerke ihren Mitgliedern bieten.

Soziale Unterstützung (social support) wirkt direkt und präventiv auf das Individuum durch die Unterstützung im Selbstwertgefühl, die Entwicklung von sozialer Identität sowie Integration und erreicht damit eine Stärkung der Persönlichkeit. In diesem Zusammenhang wirkt soziale Unterstützung belastungsunabhängig und gesundheitsfördernd. (vgl. ebd., S. 112)

Eine weitere Reaktion sozialer Unterstützung liegt bei „den sogenannten Puffereffekten“(ebd., S. 112). Die Puffereffekte sozialer Unterstützung zeigen sich bei bevorstehenden oder auftretenden, „Belastungen und Bedrohungen“(ebd., S. 112) aber auch bei schon eingetretenen Schädigungen und, im Fall chronischer Probleme, auch in Form von dauerhafter sozialer Unterstützung „durch emotionalen, instrumentellen, informativen oder interpretativen Beistand“(ebd., S. 112) und sind somit präventiv, kurativ und rehabilitativ wirksam.

Dennoch sind soziale Netzwerke nicht ausschließlich „unterstützend oder hilfreich“(ebd., S. 112), sondern können ebenfalls die Quelle von Konflikten sein und damit auch Stress verursachen. (vgl. Nestmann, 1989: 107-113)

Abb. 7: Funktionen sozialer Netzwerke

- Emotionale Unterstützung
- Hilfe bei Alltagsbelastungen, Krisensituationen
- Erleben von Wertschätzung, Ermöglichung positiver Erlebnisse
- Vermittlung von Informationen
- Erfahrung neuer Kontakte
- Entwicklung sozialer Unterstützung
- Aufrechterhaltung von sozialer Identität
- Bestätigung des Gefühls gegenseitiger Verpflichtung
- Soziale Regulation und Kontrolle
- Vermittlung von Deutungsmustern für Ereignisse der gemeinsamen Lebenswelt

Quelle: Dieter Fuchs, Soziale Netzwerke als Akteure?/ sozialmagazin, 22. Jg. 1997, H. 10, S. 43

Die vorangegangene Übersicht gibt einen zusammenfassenden Überblick über die zuvor beschriebenen unterschiedlichen Funktionen sozialer Netzwerke.

In Lebensphasen, die geprägt sind von den Anforderungen eines Rollenwechsels und dem Übergang in neue Identitäten, beispielsweise „beim Ausscheiden aus dem Arbeitsleben oder bei Partnerverlust“(ebd., S. 111), ist die soziale Unterstützung durch soziale Netzwerke von besonderer Bedeutung.

### 6.3 Konzepte der Sozialen Netzwerkarbeit

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben und unterscheiden im Wesentlichen die verschiedenen Formen und Konzepte der sozialen Netzwerkarbeit.

*Empowerment* ist Prozess und Prinzip mit dem Ziel der Selbstbefähigung des Individuums und der Förderung von „solidarischen Formen der Selbstorganisation“(nach Keupp, 1996 aus Bullinger; Nowak, 1998: 147) durch die Vernetzung der Individuen. Empowerment setzt „gezielt bei den Ressourcen und

Stärken der Menschen und ihren Potenzialen zur Lebensbewältigung an“(nach Herriger, 1995 aus Bullinger; Nowak, 1998: 147).

Die *Selbsthilfeunterstützung* hat als Ziel und Aufgabe die professionelle Förderung und Unterstützung von Selbsthilfearbeit und Selbsthilfegruppen durch Unterstützungsleistungen wie beispielsweise „Bereitstellung von Ressourcen, Information, Gründungshilfe, Weiterbildungsangebote für Selbsthilfegruppen, Vernetzung der Selbsthilfegruppenarbeit untereinander, Interessenten und -gruppenberatung, Zusammenarbeit mit professionellen Versorgungseinrichtungen und Verbänden, Politik, Journalisten“(nach Thiel, 1991 aus Bullinger; Nowak, 1998:144) oder Anderen. Die professionellen HelferInnen sind in ihrer Arbeit gefordert sich an den Prinzipien der Selbsthilfe in Form von Selbstbestimmung, Bewältigungsarbeit an den eigenen Problemen und gegenseitige Hilfe zu orientieren und sich durch ihre erbrachte professionelle Unterstützungsleistungen überflüssig zu machen. (vgl. Bullinger; Nowak, 1998: 146f. )

Die *Netzwerk-Beratung* knüpft an den sozialen Netzwerken von Personen an, mit ihren Ressourcen und Möglichkeiten zur Hilfe aber auch Quellen für Konflikte und Belastungen.(nach Nestmann, 1991 aus Bullinger; Nowak, 1998: 139) Die netzwerkorientierte Beratung hat zum Ziel, „soziale Unterstützung und die Mobilisierung von Hilferessourcen im Umfeld von Klienten“(Bullinger; Nowak, 1998: 139) zu fördern. Gegenstand der Beratung sind sowohl einzelne Personen mit ihren „Wahrnehmungen, Einstellungen, Gefühlen und Handlungen“(ebd., S. 140) sowie die Beratung „der Unterstützer und Hilfeleistenden“(ebd., S. 141) um die Unterstützungsleistungen bedarfsorientiert auszurichten.

Das *Institutionelle Setting* beschreibt als Konzept sozialer Netzwerkarbeit „die bewusste Herstellung und Gestaltung von netzwerkförderlichen Bedingungen innerhalb von Institutionen“(ebd., S. 153). Netzwerkförderliche Bedingungen sind durch die Offenheit der Einrichtung, einem integrativen und multikulturellen Charakter, der Transparenz und Durchlässigkeit innerhalb der Einrichtung, ihrer Stadtteilorientierung und Alltagsnähe und dem Prinzip der Selbstorganisation, sowie der Verschränkung von Selbst- und Fremdhilfe charakterisiert. (vgl. ebd., S. 153ff. nach Hübner 1981; Hebenstreit-Müller u. a. 1991; Jaeckel 1992; Jansen 1992; Stark 1996; Wolski-Prenger u. a. 1996; Schacherer 1997)

Diese Bedingungen zeichnen sich aus durch offene Zugangsmöglichkeiten, einer grundsätzlichen Ressourcenorientierung und Innovationsfähigkeit, der Förderung von Kontakt und Begegnung zwischen unterschiedlichen Zielgruppen, arbeitsbereichs- und angebotsübergreifende Informations- und Nutzungsmöglichkeiten, der Integration in den Stadtteil und der daraus resultierenden Nähe zur Lebenswelt der Nutzer. Weitere Charakteristika netzwerkförderlicher Bedingungen sind die Förderung von Partizipation in allen Bereichen der Einrichtung in Form von Information, Mitbestimmung, Beteiligung und Selbstorganisation der Nutzer und die gegenseitige Ergänzung und Unterstützung von Selbsthilfe und Fremdhilfe. (vgl. ebd., S. 153ff.)

Das Handlungsmodell *institutionelles Setting* hat das Ziel „innerhalb einer Einrichtung die Wirksamkeit (...) und damit das Angebot“ (ebd., S. 157) zu steigern und zu verbessern oder „bereits vorhandene netzwerkorientierte Konzepte (...) um wichtige Aspekte“ (ebd., S. 157) zu erweitern.

Die *Vernetzung sozialer Dienste* ist eine wichtige Strategie im Rahmen der sozialen Netzwerkarbeit, die durch Koordination, Kooperation und Vernetzung, von strukturellen, institutionellen und personellen Ressourcen, eine bedarfsorientierte, effektive und effiziente Versorgung von professionellen Unterstützungs- und Dienstleistungen sicher stellen soll. Durch konkrete Maßnahmen in Form von Förderung und Aufbau von Information zwischen den Diensten, zu ihren Angeboten und zu den Zielgruppen sowie von Koordination der Angebote und Dienste und von Kooperation durch inhaltliche Zusammenarbeit der Dienste und Institutionen, eines Stadtteils oder einer Region, soll die Vernetzung als Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit erreicht werden. (vgl. ebd., S. 149f. ) Die Vernetzung als professionelle Netzwerkarbeit bietet als Vorteil die Entwicklung von „Fachlichkeit“ (ebd., S. 150) durch gegenseitigen „Informationsaustausch und arbeitsteilige Zusammenarbeit“ (ebd., S. 150) sowie die Möglichkeit zur Entwicklung einer „Verantwortungsgemeinschaft“ (ebd., S. 150) im Sinne des Klienten. Vernetzung schafft „Verbindungen zwischen Personen (interpersonale Netzwerke) oder Institutionen (interorganisationale Netzwerke) oder auch zwischen diesen Bereichen“ (ebd., S. 150) und ermöglicht dadurch den „Abbau von Hierarchiestufen und langen Dienstwegen“ (ebd., S. 150) und damit „auch eine Produktivitätssteigerung der Arbeit“ (ebd., S. 150).

*Netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit* hat, durch ihre Gemeinsamkeiten mit der Gemeinwesenarbeit im klassischen Sinne sowie zum weiterentwickelten Arbeitsprinzip, die „Aufgabe, die Ressource Solidarität herzustellen, Netze zu knüpfen, Menschen zu unterstützen und zu stärken, wenn sie solidarisch in ihrer Lebenswelt handeln wollen“(Bullinger; Nowak, 1998: 159 nach Oelschlägel, 1993). SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sind dabei mobilisierend tätig, vermitteln zwischen den KlientInnen und den Institutionen, verknüpfen Netzwerke untereinander und haben die Aufgabe „soziale Projekte zu initiieren, zu fördern und umzusetzen“(ebd., S. 159). Für eine bessere Ressourcenerschließung im Stadtteil sind der Aufbau von Kooperation und Vernetzung, mit dem Ziel der Koordination von sozialen Dienstleistungen zwecks ganzheitlicher, lebensweltorientierter Fallbearbeitung, und die Bildung politischer Netzwerke sowie die Initiierung, Förderung und Unterstützung von kollektiven Interessenvertretungen und politischen Bildungsprozessen wichtige Aufgaben intermediärer Netzwerkarbeit. (vgl. ebd., S. 160)

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle das *Unterstützungsmanagement*, auch *Case Management*, als ein Handlungsmodell benannt werden. Das Case Management ermöglicht „verschiedene Konzepte der sozialen Netzwerkarbeit zu integrieren“(ebd., S. 161). Dabei werden Verbindungen zwischen den belasteten „Lebensverhältnissen der KlientInnen“(ebd., S. 161) und den Hilfesystemen hergestellt. Case Management hat das Ziel, fallorientiert und demnach auf konkrete Problemlagen ausgerichtet, durch Koordination und Kooperation verschiedener Berufsgruppen, Institutionen und Dienste, den KlientInnen den bedarfsorientierten Zugang zu Hilfen und Dienstleistungen zu ermöglichen. (vgl. Bauer; Otto, 2005: 29f.)

Mit Blick auf die nachfolgende Praxisbetrachtung und der Arbeit mit Netzwerken, an Netzwerken und an Netzwerkstrukturen in stationären Einrichtungen der Altenpflege sind alle Konzepte in ihren Ansätzen von Bedeutung.

## 6.4 Exemplarische Betrachtung

Das Arbeitsfeld als Rahmen des Praxisprojektes war eine zweigliedrige Einrichtung, die als Seniorenwohnanlage über 142 Appartements und in den integrierten Pflegebereichen über 50 Plätze vorhält und somit zu den großen Einrichtungen zählt.

Die Einrichtung in Trägerschaft einer Stiftung, formuliert im Leitbild und Pflegeleitbild ihrer Zielsetzung ihre Prioritäten in der Förderung und dem Erhalt von Selbstbestimmung der BewohnerInnen, in der Ressourcenorientierung und in der Ganzheitlichkeit im Pflegeverhältnis.

Das Projekt entwickelte sich aus der Problemlage des steigenden Anteils von sehbehinderten und erblindenden, hochbetagten BewohnerInnen aufgrund degenerativer Alterserkrankungen der Sinnesorgane. Unabhängigkeit und Selbständigkeit der BewohnerInnen sind, aufgrund ihres Gesundheitszustands und dem daraus resultierenden erheblichen Mobilitätsverlust, stark eingeschränkt. Die BewohnerInnen erfahren sich als benachteiligt, da sie viele ihrer Angelegenheiten des täglichen Lebens nicht mehr allein ausüben konnten und empfinden sich in sozialen Kontakten als eingeschränkt. Die spezielle Bedürftigkeit der BewohnerInnen wird durch die Regelversorgung im Haus nicht abgedeckt und die Rahmenbedingungen der Einrichtung sehen keine behinderungsspezifischen Angebote vor. Im Rahmen der Bedarfsermittlung und dem darauf aufbauenden Kontakt zu den BewohnerInnen entwickelte sich in gemeinsamer Initiative die Projektgruppe „Sehbehinderten-Gruppe“.

Das Praxisprojekt „Sehbehinderten-Gruppe“ auf Basis einer Sozialen Gruppenarbeit für sehbehinderte und erblindete BewohnerInnen wird seit 2004 im Haus angeboten. Das Angebot für BewohnerInnen, die an einem gemeinsamen Austausch regelmäßig teilnehmen wollen und können, ist selbsthilfeorientiert und partizipativ angelegt. Die „Sehbehinderten-Gruppe“ ermöglicht den Betroffenen den Austausch und Kontakt unter Gleichbetroffenen MitbewohnerInnen, Beratungs- und Informationsangebote nach eigenen Bedürfnissen im Rahmen der Gruppe mit zu gestalten und Einfluss auf die Gruppengestaltung sowie gemeinsame Aktivitäten zu nehmen.

Ein Aufgabenschwerpunkt der methodischen Ausführung für meine Arbeit als Gruppenarbeiterin in der Projektpraxis ist die Initiierung und Organisation mit dem Ziel der Gruppenentwicklung, der Schaffung von Ressourcen, der Unterstützung und Begleitung bei Aktivitäten und der Beschaffung von Informationen aber auch die Schaffung von Öffentlichkeit für die Situation der Betroffenen im Haus. Ein weiterer und wichtiger Aufgabenschwerpunkt ist die prozessuale Begleitung und die Förderung von Selbsthilfepotenzialen. Bei dem zum großen Teil gesundheitlich stark belasteter Klientel sind Beziehungsaufbau, Sicherheit und Schutz von großer Bedeutung. Eine klientenzentrierte Haltung in der sozialen Interaktion stabilisiert stark emotional beeinflusste Gesprächssituationen.

Die Evaluation auf der Prozess- und Ergebnisebene weist in der Auswertung vier Schwerpunkte auf, die Gruppe als Netzwerk, die Projektumsetzung innerhalb der internen Strukturen, die Wirkung des Projektes auf die internen Strukturen der Organisation und die Wirkung auf die Organisationsmitglieder selbst sowie die Entwicklung von Kooperationen und Möglichkeiten zur Vernetzung mit anderen sozialen Diensten.

#### Aufbau und Begleitung von sozialen Netzwerkstrukturen

Die Gruppe als ergänzendes soziales Netzwerk an sich sowie die Förderung von Kontakten zu Gleichbetroffenen BewohnerInnen über die Gruppe ist als unmittelbares Ergebnis direkt zu erfassen.

Die Mitglieder versuchten regelmäßig teilzunehmen und das Netzwerk aufrecht zu erhalten. Die Zusammensetzung der Gruppe war in den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen sehr individuell, dass beobachtbare Handeln entsprach den zugänglichen biographischen Informationen des Einzelnen. Grundsätzlich war zu beobachten, dass den Mitgliedern der Kontakt untereinander wichtig geworden ist und einige die Möglichkeiten zur Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb des Hauses sehr gerne nutzen. Durch den sich kontinuierlich entwickelnden Kontakt untereinander entstand ein soziales Netzwerk gegenseitiger Anteilnahme, Trost spenden, Mut machen, positiver Betrachtung, konstruktiver Vorschläge aber auch Kritik üben.

Die gegenseitigen Erfahrungen innerhalb des Gruppenprozesses machten unterschiedliche persönliche Einstellungen deutlich, Veränderungen fielen den

meisten schwer, durch den regelmäßigen Austausch miteinander entwickelte sich aber eine eher solidarische Haltung. Depressive Verstimmungen zeigten sich schneller und direkte Verursachungszusammenhängen, wie negative gesundheitliche Veränderungen, Todesfälle sowie hausinterne Veränderungen, wurden deutlich erkennbar. Dadurch hat sich eher die Möglichkeit geboten, bei Veränderung der Lebenslage oder bei einzelnen Ereignissen Hilfe und Unterstützung zu leisten.

Die Gruppe als ein neues Netzwerk hat die Chance, resignativen Reaktionen und Isolation entgegen zu wirken, wenn der Prozess bedarfsorientiert begleitet wird. Für diese KlientInnengruppe sind Bedarfsorientierung und Teilhabe sowie Mitbestimmung nicht grundsätzlich erlernte sowie erfahrene Standards. Um diesen Standards gerecht zu werden, brauchte die Gruppe zusammen mit der GruppenbegleiterIn ausreichend Zeit zum Kennen Lernen und zum Vertrauensaufbau. Abhängig vom Belastetheitsgrad der KlientInnen ist eine klientzentrierte Begleitung, die eine individuelle psycho-soziale Beratung ermöglicht, wichtig, um auch individuell die Ressourcen und Möglichkeiten zur Hilfe, aber auch die Quellen für Konflikte und Belastungen der BewohnerInnen sichtbar zu machen. Es zeigte sich, dass für einige BewohnerInnen die Gruppe auch ein Rückhalt gegenüber ihren Angehörigen war. Die Wahrnehmung und Akzeptanz ihrer Probleme, Ängste und Bedürfnisse stärkt ihr Selbstbewusstsein in Konflikten mit den Angehörigen sowie bei weiteren Verlusten von ihren Angehörigen. Ein verbesserter Zugang zu behinderungsspezifischer Beratung innerhalb der Einrichtung, regelmäßige Informationen zu behinderungsspezifischen Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung und die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Gruppenthemen wurden angenommen, waren aber für einige BewohnerInnen noch befremdlich und ungewohnt. Wie durch Rückmeldungen im Gespräch geäußert wurde, ist für die meisten Gruppenmitglieder deutlich geworden, dass die Anbindung an die Gruppe ihnen sozialen Rückhalt, gegenseitige Alltagsberatung sowie Möglichkeiten zur Mitgestaltung innerhalb der Einrichtung bietet. Die gewünschten Gesprächsthemen, Informationen sowie tagespolitische Themen boten den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit der Reflektion, der Umdeutung und der Teilhabe.

## Mögliche Interventionen und Maßnahmen

Im Bereich des Aufbaus und der Begleitung von sozialen Netzwerkstrukturen sind meines Erachtens nachfolgende Maßnahmen in Einrichtungen stationärer Altenhilfe als effektiv zu betrachten.

Für die Interventionsebene „unmittelbarer Hilfen und Unterstützung“<sup>8</sup>

- Schaffung von offener Begegnung als Möglichkeit der Begegnung, alltägliche Beratung und Selbsthilfe
  - -in Form eines „Treffpunktes“ für die BewohnerInnen, ihre Angehörigen und aller weiteren Organisationsmitglieder

Für die Interventionsebene „Schaffung von Basisstrukturen“

- Initiierung, Organisation und Unterstützung von Wohnbereichsgruppen, Gruppen im Rahmen von Milieuarbeit, Selbsthilfegruppen, Interessengruppen von BewohnerInnen sowie ihrer Angehörigen

Im Bereich des Aufbaus:

- über den alltäglichen Kontakt zu den BewohnerInnen und ihren Angehörigen
- über den Kontakt zu den MitarbeiterInnen und über Mitarbeiterbesprechungen und Qualitätszirkeln
- über interne Öffentlichkeitsarbeit – Hauszeitung
- über BewohnerInnenversammlungen

Im Bereich der Begleitung:

- über soziale Gruppenarbeit in Form von Initiierung, Organisation, Begleitung und klientenzentrierter Beratung im Rahmen des Gruppenprozesses, nach Bedarf bis zu einer möglichen Ablösung
  - über Informationsveranstaltungen und Fortbildungen
- 
- Organisation von Festen und kulturellen Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsbereichen vor allem den

---

<sup>8</sup> Bezüglich der Interventionsebenen orientiere ich mich an den Interventionsebenen Gemeinwesenorientierter Sozialarbeit aus Gemeinwesenarbeit in Neubauvierteln, Ansätze zu einem integrativen Handlungsmodell, Karl-Peter Hubbertz, Lit Verlag, Münster 1984 / Schaffung von Basisstrukturen

MitarbeiterInnen des therapeutischen Arbeitsbereichs, dem Heimbeirat, engagierten BewohnerInnen und Angehörigen.

Beispielsweise:

- Planung und Umsetzung für einen „Tag der offenen Tür“
- Angebote und Veranstaltungen im Bereich Bildung und Kultur für alle organisationsinternen Mitglieder und auch Interessenten von Außerhalb.

Für die Interventionsebene der „Initiierung kollektiver Interessenvertretung“

- Organisation von Bewohnerversammlungen
  - mit der Möglichkeit zur Partizipation an Planung und Gestaltung
  - mit und ohne Beteiligung der Angehörigen
  - als Vollversammlung mit den MitarbeiterInnen
  - Information dazu über die Hauszeitung, Schwarzes Brett, über Aushänge und MitarbeiterInnen
- Initiierung, Organisation und Unterstützung beim Aufbau eines Angehörigenbeirates
  - Unterstützung durch Informationsveranstaltungen und Organisation von Fortbildungsangeboten
- Unterstützung und Förderung von Projektgruppen z.B.
  - Gestaltung und Nutzung von Gemeinschaftsräumlichkeiten und Frei- und Grünflächen
  - über den Heimbeirat, Bewohnerversammlungen, Angehörigenbeirat und Informationen und Foren der Hauszeitung

### Organisationsinterne Strukturen als Handlungsfeld

Die Sozialstruktur der Einrichtung wies im Bereich der „räumlich-organisatorischen Bedingungen“ (Backes; Clemens, 2003: 250) in Verbindung mit Personalmangel eingeengte Handlungsspielräume auf. Einschränkungen durch Personalknappheit und organisationsinterne zeitlichen Ablaufplanungen wirkten sich im pflegerischen sowie im hauswirtschaftlichen Bereich als erschwerend aus. Nicht ausreichende

oder schwer erreichbare Räumlichkeiten für Gruppenaktivitäten stellen weiterhin eine Barriere für den Ausbau netzwerkfördernder Bedingungen dar. Für die Akzeptanz im Haus, unter den Bewohnern sowie durch die MitarbeiterInnen, waren vor allem in der anfänglichen Projektphase kontinuierliche Information und Aufklärung wichtig. Ein weiteres Angebot in Form der „Sehbehinderten-Gruppe“ wurde von den MitarbeiterInnen auch als zusätzliche Belastung befürchtet und nicht als Unterstützung und Entlastung der BewohnerInnen anerkannt.

Als Instrumente waren dabei die hausinterne Öffentlichkeitsarbeit, sowie die Information im Rahmen von Dienstbesprechungen und Qualitätszirkeln zu nutzen. Eine gute interne Kooperation ist mit den MitarbeiterInnen aus dem therapeutischen Arbeitsbereich (Ergotherapie, Beschäftigungstherapie und Altherapie) entstanden und ermöglichte die Wirksamkeit der therapeutischen Angebote zu steigern und zu erweitern. Durch die Dominanz der Pflege und damit der pflegerischen Zielmaßstäbe sind Zielkonflikte oder besser unterschiedliche Zielsetzungen und Prioritäten zwischen den Berufsbereichen deutlich geworden und erschwerten eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Arbeitsbereiche. Die vorhandenen hierarchischen Strukturen haben Mitbestimmung und Beteiligung der Organisationsmitglieder an organisationsinternen Prozessen nicht gefördert, waren eingefahren und nicht immer effizient. Die BewohnerInnen dabei zu begleiten, mehr Teilhabe, Mitbestimmung und Gestaltungsfreiheit zu erlangen, ist ein Prozess der Zeit und persönliche Integration in die Organisation erfordert aber auch die Akzeptanz innerhalb der Einrichtung.

Durch die Thematisierung der Problematik „Sehbehinderung im Alter“ im Rahmen der Gruppenarbeit war im Haus auf Seiten des Personals und auch der engagierten MitbewohnerInnen eine größere Sensibilisierung für die entsprechenden Hilfs- und Unterstützungsbedarfe zu beobachten. Die Nachfrage zur Gruppe und ihrer Arbeit fand eine zunehmende Steigerung und das Angebot „Sehbehinderten-Gruppe“ fand auch bei NeubewerberInnen für das Haus einen guten Anklang. Nach gemeinsamen Unternehmungen oder Festen, gelösten Konflikten und Aussprachen, wurde von Seiten der Mitarbeiter aus dem Pflegebereich sowie der Hauswirtschaft Verbesserungen der psychischen Befindlichkeit rückgemeldet. Durch die Möglichkeit zur psychische Stabilisierung der GruppenteilnehmerInnen und durch die Schaffung von Unabhängigkeiten zu

nicht mehr intakten familiären Kontakten über das ergänzende soziale Netz fand eine psycho-soziale Entlastung (Psychohygiene) der weiteren Mitarbeiterbereiche, wie Pflege/Hauswirtschaft statt, besonders für die MitarbeiterInnen die im engen Kontakt zu den BewohnerInnen standen.

### Mögliche Interventionen und Maßnahmen

Im Bereich des Aufbaus und der Gestaltung von netzwerkfördernder Bedingungen sind nach meinem Ermessen nachfolgende Maßnahmen grundlegend für die Arbeit an den organisationsinternen Strukturen innerhalb stationärer Einrichtungen.

- Gestaltung und Lage
  - Anbindung und Einbindung der Einrichtung beispielsweise an Begegnungsstätten / Mehrgenerationenhäuser, Volkshochschule, Kindergarten, Arztpraxen, Therapeutische Praxen, Einkaufsmöglichkeiten und Gastronomie schafft Begegnung und sichert die Versorgung unabhängig von der Einrichtung
  - offene Mittagstische bieten Versorgung und Begegnung über die Grenzen der Einrichtung hinaus
  - Wohnküchen, frei zugängliche Gemeinschaftsräumlichkeiten, Internet-cafe innerhalb der Einrichtung
  
- Förderung von Partizipation
  - durch Information und der Förderung von Mitwirkung, Mitentscheidung und Selbstverwaltung
  - über interne Öffentlichkeitsarbeit – Hauszeitung
  - über im Haus zugängliche Informationsmaterialien zu aktuellen Themen und Angeboten im Stadtteil
  - Informationsveranstaltungen (über Kooperationen und Vernetzung)
  - Heim- und Angehörigenbeiräte
  - Bewohnerversammlungen und Angehörigenarbeit
  
- Organisationsinterne Arbeit im Bereich der Konzeptentwicklung

- im Sinne eines selbstreflexiven Arbeitskonzeptes das planvolles Handel, Überprüfung und Modifizierung ermöglicht
  - Transparenz bei Zielplanungsprozessen und der Leitbildentwicklung
  - Öffentlichkeitsarbeit unter dem Aspekt von Öffnung und Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Ausgestaltung der Kommunikationsstruktur
    - durch Transparenz und die Beteiligung der MitarbeiterInnen, der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen an organisationsinternen Prozessen
    - in Form von interner Öffentlichkeitsarbeit
    - in Form von BewohnerInnenversammlungen und Vollversammlungen
    - über Mitarbeiterbesprechungen und Qualitätszirkel
    - über die Öffnung zum Stadtteil und zur Region, in Form von Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit und Kooperationen mit anderen Trägern, Diensten und Dienstleistern
  - Personalentwicklung
    - durch Fortbildung und Supervision
    - durch Förderung und Unterstützung bei fachlicher Koordination und Kooperation im Sinne ganzheitlicher Hilfe- und Pflegeleistung innerhalb der Einrichtung

Kooperation und Vernetzung von strukturellen, institutionellen und personellen Ressourcen.

Im Laufe der Projektphase hat sich eine Zusammenarbeit und die Möglichkeit zur Kooperation mit zwei Einrichtungen der Sozialen Dienste, die ein unterschiedliches und umfassendes, behindertenspezifisches und bedarfsorientiertes Angebot im Raum Hamburg anbieten, entwickelt. Die Zusammenarbeit ermöglichte der Gruppe und dem Haus zum einen Unterstützung durch behindertenspezifische Beratung und eine ergänzende Hilfsmittelberatung, zum anderen die Unterstützung durch vorläufige

Sicherstellung der Gruppenbegleitung durch eine Sozialpädagogin und die Unterstützung durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen sowie eine Erweiterung der Möglichkeiten für die BewohnerInnen an behindertenspezifischen Angeboten und Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung teilnehmen zu können.

Die Möglichkeit zur Vernetzung und damit auch zu einer Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit ist von der weiteren, zukünftigen Gestaltung der Zusammenarbeit abhängig und somit auch von den Zielen der Einrichtung, der Arbeit an den internen Organisationsstrukturen und ihrer Interaktions- und Kommunikationsmuster sowie der Förderung von Mitbestimmung an organisationsinternen Prozessen durch die Zielgruppen der BewohnerInnen, ihrer Angehörigen und der MitarbeiterInnen.

### Mögliche Interventionen und Angebote

Im Bereich der stationären Angebote bei Hilfe- und Pflegebedarf sind die Aspekte der Kooperation und Vernetzung aus meiner Sicht entscheidende Möglichkeiten zur Qualitätssicherung auch mit Blick auf die gesamte Versorgungslandschaft. Die nachfolgende Übersicht soll einen Blick auf die Bereiche und Möglichkeiten der Kooperation aufzeigen.

Strukturen und Angebote die eine Kooperation und Vernetzung des stationären Versorgungssystems mit dem ambulanten Versorgungssystem fördern, eine gegenseitige Abstimmung der Angebote ermöglichen und damit eine Öffnung zum Gemeinwesen herstellen

- Ergänzende Angebote in den Bereichen der Hospizarbeit, der Behindertenarbeit, ehrenamtlicher Hilfen und Unterstützung durch Kooperationen mit anderen sozialen Diensten innerhalb der Einrichtung.
- Offene Mittagstische und offene Angebote in Kooperation mit beispielsweise Volkshochschulen und Bildungswerken.
- Kurzzeit- und Tagespflegeangebote (mit therapeutischen Angeboten) stationärer Einrichtungen.
- Vernetzung zwischen stationärer Versorgung, betreutem Wohnen und Beratung ambulanter Dienste im Sinne eines *Servicehauses* (Beispiel: die Stadtteilhäuser der Bremer Heimstiftung und die Kieler Servicehäuser).

## 6.5 Fazit

Das Ziel sozialer Netzwerkarbeit ist die Stabilisierung, die Erweiterung und die Ressourcenerschließung und -nutzung sozialer Netzwerke in den unterschiedlichen Systemen sozialer Beziehungen. Damit sind sowohl die sozialen Beziehungen der direkten Umgebung des Menschen gemeint, als auch die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Umgebungen im Lebensumfeld eines Menschen und auch die Einflüsse institutioneller, kultureller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die auf den Menschen einwirken.

In Form „sozialer Unterstützung (social support)“ (Nestmann, 1989: 112) bieten soziale Netzwerke emotionale Unterstützung sowie Hilfe und Beratung bei Belastungen und Krisen und bieten durch Austausch, Rückmeldung und Vermittlung einen „informativen oder interpretativen Beistand“ (ebd., S. 112). Soziale Unterstützung schafft das Empfinden und Erfahren von sozialer Eingebundenheit, sie unterstützt und stärkt damit das Selbstwertgefühl des Menschen und somit seine Persönlichkeit. Die Puffereffekte sozialer Unterstützung wirken sich damit förderlich aus, den Anforderungen und bevorstehende oder bestehende Belastungen auch durch Krankheiten und Krisen im Leben eines Menschen zu begegnen, sie zu durchleben und zu bewältigen. Damit zeigt sich soziale Unterstützung als präventiv, kurativ und rehabilitativ wirksam. Dennoch sind die Aspekte der sozialen Kontrolle, Anpassungsanforderungen oder das Anrecht auf Individualität innerhalb sozialer Netze auch eine mögliche Quelle von Konflikten und damit auch von Stress. Die Konzepte sozialer Netzwerkarbeit wirken auf den unterschiedlichen Ebenen der Systeme und in den unterschiedlichen Reichweiten sozialer Bezüge und zielen auf Ressourcenerschließung, Selbstbefähigung, Selbstorganisation und dem Aufbau von netzwerkförderlichen Bedingungen und Strukturen ab.

Die Praxisbetrachtung im Rahmen einer stationären Einrichtung der Altenhilfe beziehen sich sowohl auf den Aufbau und die Begleitung eines selbsthilfeorientierten, ergänzenden Netzwerkes, dem Aufbau von Kooperationen mit externen PartnerInnen und der Arbeit an netzwerkförderlichen Bedingungen in der Organisation. Die soziale Unterstützung durch ein ergänzendes Netzwerk, sowie der Aufbau von Kooperationen mit anderen sozialen Diensten, konnten in

ihrem prozessualen Verlauf und in ihrer Wirkung als effektiv beurteilt werden. Eine Erweiterung durch Ausbau und Förderung netzwerkfördernder, institutioneller Strukturen sowie eine Öffnung mit dem Ziel von ergänzender, kooperativer Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und anderen sozialen Einrichtungen, ist von den organisationsinternen Möglichkeiten und somit von der zukünftigen Entwicklung der Einrichtung abhängig.

Die organisationsinternen Strukturen stellen dabei aus meiner Sicht die größte Herausforderung aber auch Barrieren dar. Eine gestaltende Arbeit an den Zielen und an den internen Strukturen ist im besonderen Maße von den fachlichen Zielmaßstäben der Leitungsebenen abhängig. Für eine effektive arbeitsbereichsübergreifende Zusammenarbeit sind klare Zielsetzungen, gemeinsame Werteorientierung und die Möglichkeit zur organisationsinternen Mitbestimmung förderlich und notwendig.

## 7 Fazit

Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe, als Teil der Versorgungsstruktur für Menschen mit einem besonderen Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf, stehen in der Kritik den individuellen Anforderungen und Bedarfen der potenziellen Nutzer nicht gerecht zu werden und darüber hinaus die Persönlichkeitsrechte der BewohnerInnen zu verletzen. Die institutionellen Rahmenbedingungen schränken die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe, zur individuellen Lebensgestaltung und zur Partizipation an den Belangen im Lebensumfeld einer stationären Wohnform ein.

Für eine gelungene Integration in die neue Lebensumgebung sind Freiwilligkeit und Selbstbestimmung bezüglich des Übergangs, aber auch die sozialen Strukturen und die institutionellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen bedeutende Voraussetzungen, die letztendlich für einen großen Teil der BewohnerInnen nicht gegeben sind. Besonders diese Gruppe der Nutzer stationärer Einrichtung brauchen Unterstützung und Bewältigungshilfen. Für den Prozess der Integration ist die Förderung von Kontakten zu den anderen Mitbewohnern aber auch der Erhalt bestehender Kontakte zu Angehörigen oder Bekannten außerhalb der Einrichtung von großer Bedeutung. Bei einem Drittel der BewohnerInnen sind fast keine Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten außerhalb der Einrichtung vorhanden, dementsprechend ist diese Gruppe vorwiegend auf formelle Hilfen und Unterstützung angewiesen. Die Einrichtungen sind hier ersucht den Aufbau und Erhalt von sozialen Netzen gezielt zu fördern und zu unterstützen. Die Erkrankungen, Behinderungen und psychische Veränderungen der BewohnerInnen bewirken einen besonderen Hilfe- und Pflegebedarf. Außerdem können die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse und die jeweils individuellen Lebensumstände zu Veränderungen oder Einschränkungen im bisher gewohnten Leben führen. Diese veränderten Lebensumstände stellen eine besondere Anforderung an die Anpassungs- und Bewältigungsleistungen eines Menschen und können zu psychischen Anspannungen, Stress und auch Dauerbelastungen führen, die zusätzlich auf den betroffenen Menschen einwirken und damit wiederum einen negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation ausüben.

Soziale Netzwerkarbeit hat dabei die Funktionen den BewohnerInnen Schutz, Entlastung und Unterstützung zu bieten, Ressourcen frei zu legen, ihre Handlungs- und Bewältigungskompetenz zu stärken und durch gemeinsame Betroffenheit im Rahmen sozialer Netze Solidaritätserfahrungen zu ermöglichen. Netzwerke brauchen entsprechende Bedingungen und in den stationären Einrichtungen sollten diese durch eine grundsätzlichen Ressourcenorientierung, der Förderung von Kontakt und Begegnung zwischen unterschiedlichen Zielgruppen und dementsprechend durch offene Zugangsmöglichkeiten, der Förderung von Partizipation in allen Bereichen der Einrichtung, ihrer Integration in den Stadtteil und der daraus resultierenden Nähe zur Lebenswelt der Nutzer und der einer gegenseitigen Ergänzung von Selbsthilfe und Fremdhilfe gekennzeichnet sein.

Die theoretischen Ansätze der Konzepte sozialer Netzwerkarbeit beschreiben in ihren Grundsätzen die Basis für Ganzheitlichkeit und Gemeinwesenorientierung. Soziale Netzwerkarbeit nimmt somit Einfluss auf die Entwicklung von Lebens- und Handlungsräumen und strebt die Einbindung in das sozialräumliche Umfeld an. Aus dem Blickwinkel sozialer Netzwerkarbeit bieten sich den stationären Einrichtungen die Möglichkeiten der innovativen Entwicklung institutioneller Strukturen, der Erweiterung von Angeboten durch fachliche Kooperation und Vernetzung und damit auch von Qualitätssicherung. Die Arbeit in und an den organisationsinternen Strukturen braucht eine klare Werte und Menschenbild Positionierung von Seiten der Einrichtung sowie grundsätzlich eine interne Diskussion zum Leitbild und Menschenbild.

Eine Entwicklung der Einrichtungen hin zur Öffnung und zur kooperativen Zusammenarbeit ist von der Arbeit an den konzeptionellen Rahmenbedingungen und somit an den organisationsinternen Strukturen abhängig und muss als Zielsetzung durch das Managements angestrebt und gefördert werden. Koordination, Kooperation und Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen ermöglicht die Entwicklung von flexiblen und bedarfsorientierten Angeboten und schafft die Möglichkeiten für ganzheitliche und lebensweltorientierte Hilfeleistungen.

Die stationären Einrichtungen sind unter den gegebenen Bedingungen kein Modell der Zukunft und hinsichtlich der sich verändernden Ansprüche, im Rahmen gesellschaftlichen Wandels und vorschreitender Individualisierung, in ihrer Existenz bedroht. Die Entwicklung institutioneller Strukturen, durch innovative Konzepte und Angebote, ist letztlich auch eine Imagegewinn und damit aus ökonomischer Sicht eine Perspektive.

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Demographische Merkmale der Bewohner von Alteneinrichtungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth, Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 36 .....	14
Abb. 2: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach Einschränkungen bei alltäglichen körperbezogenen Verrichtungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46 .....	18
Abb. 3: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen und sozial-kommunikativen alltäglichen Verrichtungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46 .....	18
Abb. 4: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit psychischen Veränderungen (Verhaltenskategorie) Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.46 .....	19
Abb. 5: Erhaltene Besuche von Verwandten oder Bekannten Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 70 .....	24
Abb. 6: Kontakte zu Bewohnern innerhalb der Einrichtung Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth/Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 70 .....	25
Abb. 7: Funktionen sozialer Netzwerke Quelle: Dieter Fuchs, Soziale Netzwerke als Akteure?/ sozialmagazin, 22. Jg. 1997, H. 10, S. 43 .....	62

## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gründe für eine Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.135 .....	15
Tabelle 2: Durchschnittliche Verweildauer in Alteneinrichtungen vom Heimeintritt bis zum Ableben der Bewohner Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S.137 .....	16
Tabelle 3: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach erhaltenen Pflege- und Versorgungsleistungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 142 .....	20
Tabelle 4: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach selbstständiger Ausführung von hauswirtschaftlichen Verrichtungen Quelle: Infratest-Heimerhebung 1994: Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 143 .....	21
Tabelle 5: Übersicht zur Krankheitshäufigkeit im Durchschnitt für die einzelnen Altersgruppen der Bewohnerinnen und Bewohner. Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 57 .....	28
Tabelle 6: Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen nach geistig/seelischen Beeinträchtigungen und Altersgruppen Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 145 .....	29
Tabelle 7: Einbeziehung von Angehörigen und Bekannten in die Hilfeleistungen Quelle: Infratest-Heimerhebung, Schneekloth; Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, BMFSFJ, 1998, S. 54 .....	33

Tabelle 8: Erlebte Belastungen der PflegemitarbeiterInnen in Einrichtungen  
Quelle: Heinemann-Knoch; Korte; Schönberger; Schwarz, Möglichkeiten und  
Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen,  
BMFSFJ, 1998, S. 206 f. .... 35

## 10 Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag,

Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang 2003: Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim; München: Juventa

Bauer, Petra; Otto, Ulrich 2005: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten - Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen: dgvt-Verlag

Blech, Jörg 2006: Hirn, kuriere dich selbst! / DER SPIEGEL, 15.05.2006, S. 164-178

Bullinger, Hermann; Nowak, Jürgen 1998: Soziale Netzwerkarbeit: eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation: Alter und Gesellschaft

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002:Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger

Büschges, Günter; Abraham, Martin 1997: Einführung in die Organisationssoziologie. 2. neu bearbeitete Auflage - Stuttgart: Teubner

Doehlemann, Martin 2004: Soziologische Theorien und soziologische Perspektiven für Soziale Berufe aus: Soziologie: Studienbuch für soziale Berufe, München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

Galuske, Michael 1998: Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim [u.a.]: Juventa

Graf, Pedro 2000: Leitbild- und Konzeptentwicklung Hrsg.: Graf, Pedro; Spengler, Maria - 3. überarb. und erw. Aufl.- Augsburg: ZIEL

Heinemann-Knoch, Marianne; Korte, Elke; Schönberger, Christine; Schwarz, Birgit 1998: Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen - Endbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart; Berlin; Köln: Verlag W. Kohlhammer GmbH

Hinte, Wolfgang; Lüttringhaus, Maria; Oelschlägel, Dieter 2001: Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Münster: Votum

Hopfmüller, Dr. E.; Röttger-Liepmann, B. 2001, Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ Universität Bielefeld / Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Aufforderung an die Fraktion des Deutsche Bundestages, eine Kommission zur „Enquête der Heime“ einzusetzen.

Hummel, Konrad 1982: Öffnet die Altersheime: gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen. Weinheim [u.a.]: Beltz

Hurrelmann, Klaus 1988: Sozialisation und Gesundheit: somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim [u.a.]: Juventa

Kühn, Dietrich 2004: Soziologische Aspekte der Gemeinwesenarbeit: Soziologie - Studienbuch für soziale Berufe, München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

Kühn, Dietrich 2004: Organisationen Sozialer Arbeit: Administrative Strukturen und Handlungsformen im Sozialwesen aus: Soziologie: Studienbuch für soziale Berufe. 4. Auflage - München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

Künzel-Schön, Marianne 2000: Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Weinheim und München: Juventa

Minnemann Elisabeth 1994: Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter. Beiträge zur Gerontologie - empirische Forschung; Bd. 3, Regensburg: Roderer

Nestmann, Frank 1989: Förderung sozialer Netzwerke – eine Perspektive pädagogischer Handlungskompetenz?, Neue Praxis, Heft 2, S. 107-121

Obrecht, Werner 2001: Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit

Oelschlägel, Dieter 1985: Strategiediskussion in der Sozialen Arbeit und das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit in: Brennpunkte Sozialer Arbeit: Gemeinwesenarbeit. Frankfurt am Main: Verlag Moritz Diesterweg GmbH & Co.

Oelschlägel, Dieter 1993: Gemeinwesenarbeit. Zwischen stadtteilorientierter Dienstleistung und Hilfe zur Selbsthilfe, in Soziale Arbeit 1, S 2-10

Pankoke, Eckart 1986: Ökologische Intervention und soziale Aktion: Zur „Feldorientierung“ aktiver Sozialpolitik in: Brennpunkte Sozialer Arbeit: Ökologische Konzepte für Sozialarbeit. Frankfurt am Main, Verlag Moritz Diesterweg GmbH & Co.,

Puch, Hans-Joachim 1997: Organisation im Sozialbereich: eine Einführung für soziale Berufe. 2. Aufl.- Freiburg im Breisgau: Lambertus

Schmoecker, Mary 1996: Pflegemanagement in Altenheimen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. Hrsg.: Kämmer, Karla 2., korr. Aufl. - Hannover: Schlütersche

Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo 1998: , Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart; Berlin; Köln: Verlag W. Kohlhammer GmbH

Schroeter, Klaus R.; Prah, Hans-Werner 1999: Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe: ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule. Weinheim [u.a.]: Beltz

Staub-Bernasconi, Silvia 1995: Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international, Bern; Stuttgart; Wien: Haupt

Uchtenhagen, Ambros; Jovic, Nikola 1990: Psychogeriatric: neue Wege - Hinweise für die Praxis, Heidelberg: Asanger; Zürich: Fachverlag

Urlaub, K.H Prof.; Kremer-Preiß, U.; Engels D. Dr. 1996: Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen – Abschlussbericht. Otto-Blume Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG), Köln / [www.isg-institut.de/download/MuG2-Angeh.pdf](http://www.isg-institut.de/download/MuG2-Angeh.pdf)

Voss, Helmut 1990: Motivation und Organisation im Altenheim. Hannover: Vincentz

Witterstätter, Kurt 2003: Soziologie für die Altenarbeit - Soziale Gerontologie. Freiburg im Breisgau: Lambertus

## **11 Erklärung zur Diplomarbeit**

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit ohne fremde Hilfe, selbstständig und nur mit den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst habe.

Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 21.03.2007

Claudia Goldau