



Soziale Betreuung

Fachliche Leitlinien der Betreuungs- und Pflegeaufsicht in Hessen





Herausgeber:

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
Abteilung Pflege / Aufsicht / Förderwesen
Dezernat Obere Betreuungs- und Pflegeaufsicht
- Außenstelle Gießen –
Johannesstraße 5
35390 Gießen

Zentrale Postanschrift:

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
Postfach 110352
64218 Darmstadt

Darmstadt, Oktober 2024

Inhalt

Einführung	5
1. Der Mensch ist ein soziales Wesen	6
2. Soziale Betreuung aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner	7
3. Soziale Betreuung – Ein Recht	8
3.1. Die Vereinten Nationen und Europa	8
3.2. Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen	9
3.3. Ordnungsrecht	10
3.4. Leistungsrecht	14
4. Soziale Betreuung verändert sich	16
5. Soziale Betreuung will gelernt sein	17
5.1. Fachkräfte der sozialen Betreuung	17
5.2. Soziale Betreuung im Kontext von Beziehungsarbeit	19
5.3. Soziale Betreuung im Kontext pädagogischen Handelns	21
5.4. Zusätzliche Betreuung	23
6. Soziale Betreuung muss organisiert sein	24
7. Soziale Betreuung hat Ziele	25
7.1. Bedürfnisse erkennen	25
7.2. Wohlbefinden ermöglichen	26
8. Soziale Betreuung ist Teil eines Prozesses	27
9. Soziale Betreuung - eine Aufgabe für alle	30
10. Soziale Betreuung hat Schwerpunkte	31
10.1. Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz	32
10.2. Einzug	36
10.3. Biografiearbeit	38
10.4. Sexualität und Intimität	41
10.5. Milieugestaltung	42
10.6. Mitwirkungsmöglichkeiten	48
10.7. Gemeinwesenarbeit	49
10.8. Veranstaltungen, Gruppenangebote, Einzelangebote	51
10.9. Esskultur	54
10.10. Angehörige einbeziehen	56
10.11. Ehrenamtliche gewinnen und begleiten	57
10.12. Sterbebegleitung	58
11. Soziale Betreuung – Zusammenfassung und Ausblick	61
12. Glossar	62
Literaturverzeichnis	70



Einführung

Mit den Veröffentlichungen „Sozialarbeit im Alten- und Pflegeheim – Ein Leitfaden“ (1992), „Sozialarbeit im Altenheim: Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit“ (1998) und den ersten „Fachlichen Leitlinien der Betreuung in Altenpflegeheimen“ (2002) hat die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht die Entwicklung des Arbeitsfeldes der Betreuung begleitet. Ziel war es, die fachlichen Positionen zu beschreiben, die die Grundlage ordnungsrechtlichen Handelns bilden. Ziel war und ist es aber auch, mit den Veröffentlichungen einen Beitrag zur fachlichen Diskussion zu leisten, denn der Bereich der sozialen Betreuung, und mit ihm das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in Altenpflegeheimen, hat sich von Beginn an stetig gewandelt und verändert. Nach 16 Jahren ist es an der Zeit, mit der Neuauflage der fachlichen Leitlinien diesen Veränderungen gerecht zu werden.

Für ein individuelles Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu sorgen ist ein Auftrag für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung. Diese fachlichen Leitlinien legen jedoch einen Schwerpunkt auf die fundierte Ausgestaltung eines Arbeitsfeldes durch Fachkräfte. Sie richten sich daher in gleichem Maße an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aufsichtsbehörden als auch die Fachkräfte der Sozialen Betreuung in Alten- und Pflegeheimen. Soziale Betreuung braucht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Beziehungen zu Bewohnerinnen und Bewohnern professionell gestalten und begleiten und gleichzeitig Kolleginnen und Kollegen anleiten können. Denn es geht um die Menschen in den Einrichtungen mit ihrer Sehnsucht nach Nähe und Geborgenheit und der Suche nach sinnvollem Tun und Handeln.

Mit der Neuauflage der fachlichen Leitlinien der Betreuung beschreibt die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht somit ihre fachliche Sichtweise für eine der zentralsten Aufgaben aller Handelnden im Pflegeheim. Grundlage dafür bilden das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) sowie die Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP AV). Beide gesetzlichen Grundlagen werden im Weiteren nur noch mit ihrer Kurzform genannt. Gegliedert sind die fachlichen Leitlinien durch elf Grundvoraussetzungen der Arbeit in der Sozialen Betreuung. Ungeachtet, ob Sie von vorne beginnen oder sich von Zeit zu Zeit eine der Thesen herausgreifen, diskutieren Sie diese Positionen in Ihren Teams, in ihrem beruflichen Kontext. Überprüfen Sie Ihre Haltung, die eigene Konzeption, das eigene Handeln. Wenn Sie möchten, geben Sie der Betreuungs- und Pflegeaufsicht eine Rückmeldung. Wir alle ringen um richtige Antworten auf die eine zentrale Frage:

Wie schafft man es, dass Menschen sich zu Hause fühlen?

Gießen, September 2019

Ralf Schetzkins

1. Der Mensch ist ein soziales Wesen

„Der Mensch ist ein soziales Wesen und auf Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen“ (Stracke-Mertes, 2003 S. 164).

Bestimmte Grundannahmen und Erkenntnisse sind von besonderer Bedeutung für die soziale Betreuung in einer Pflegeeinrichtung. Den einzelnen Menschen in seiner Individualität und Autonomie zu stärken und gleichzeitig soziale Beziehungen zu fördern ist die wichtigste Funktion sozialer Betreuung in einem Pflegeheim. Warum dies so ist, hat eine ganz bestimmte Ursache: Der Mensch ist ein soziales Wesen – auch und gerade in einer Einrichtung.

Bereits seit Jahrtausenden ist die Erkenntnis der Sozialität in unseren Gesellschaftsformen gereift. Spätestens seit Aristoteles (Störig, 1996) haben sich unzählige Generationen von Philosophen, Medizinern und Soziologen mit dieser Grundannahme menschlichen Daseins befasst. Aristoteles stellte beispielsweise fest, dass Menschen die Tendenz besitzen sich mit anderen Menschen zu Gemeinschaften zusammenzuschließen. Menschsein bedeutet also immer Individuum und „In-Gesellschaft“ zu sein. „Menschen sind Einzelwesen und soziale Wesen zugleich. (...) Individualität und Individualisierung sind nur auf der Folie von Sozialität, d.h. auf der Grundlage von Gemeinschaftlichkeit und Gesellschaftlichkeit möglich“ (Vester, 2009 S. 25).

Aber nicht nur Philosophen haben diese Erkenntnis beschrieben. Auch die geisteswissenschaftlichen Fachrichtungen der Pädagogik, der Psychologie und der Soziologie haben sich der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung, oder wie es in der Fachsprache heißt, der interpersonalen Kommunikation bzw. sozialen Interaktion angenommen. Darüber hinaus hat in jüngster Zeit auch die Neurowissenschaft herausgefunden, „... dass unser Gehirn als geselliges Organ konstruiert ist, das unweigerlich eine enge Verbindung mit dem Gehirn jeder Person aufnimmt, mit der wir es zu tun haben“ (Goleman, 2008 S. 9). Auch haben strapaziöse menschliche Beziehungen Einfluss auf die Wirkungsweise der Gene, die das Immunsystem regulieren. Unsere Beziehungen beeinflussen in einem erstaunlichen Maße also nicht nur unsere Erfahrungen, sondern auch unsere Biologie.

Die soziale Interaktion ist demnach nicht nur für unsere psychische, sondern auch für die physische Gesundheit mitverantwortlich. Dies wird besonders deutlich, wenn man sich mit dem Gefühl der Einsamkeit befasst, das gerade im Alter eine zentrale Rolle spielt.

Die Psychologie unterscheidet zwei Formen von Einsamkeit: Emotionale Einsamkeit zeigt sich, wenn ein enger Vertrauter fehlt, ein Partner, mit dem man sich eng verbunden fühlt. Soziale Einsamkeit dagegen weist darauf hin, dass es grundsätzlich an sozialen Beziehungen mangelt, an Unterstützung durch Freunde, Nachbarn oder Kollegen (Horner, 2011 S. 23). „Für die Betreuung im Heim kann das nur bedeuten, dass die vorhandenen Beziehungen durch das Personal möglichst gefördert und, wenn irgend möglich, neue initiiert werden müssen – und zwar auch im Heim“ (Amann, et al., 2005 S. 169).

2. Soziale Betreuung aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner

„Aus Sicht der Bewohner zeigt sich Selbstbestimmung und Autonomie in ihrem Umgang mit Bedürfnissen und Bedarfen bei der Gestaltung des Alltags und der Annahme oder Ablehnung von zusätzlicher Unterstützung. Dieser Umgang variiert zwischen der bewussten beziehungsweise unbewussten Aufgabe oder der Einforderung von Selbstbestimmung und Autonomie im Kontext der Langzeitpflege.“ (Brandenburg, et al., 2019 S. 110)

Menschen haben in der Regel ein Bedürfnis nach Autonomie, einem selbst-bestimmten Leben. Wenn ein alter Mensch in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzieht, geht dies mit dem Verlust weiter Teile seiner Autonomie einher. Der Verlust von körperlichen und geistigen Fähigkeiten bedeutet auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen angewiesen zu sein. Hinzu kommt, dass Umfeld und Hilfen mit anderen geteilt werden müssen. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass diese Hilfen und Unterstützung seitens der Pflegeeinrichtung für alle Heimbewohner organisiert und strukturiert werden müssen, was für den einzelnen Bewohner einen weiteren Verlust an Autonomie durch Adaptation zu Folge hat. (Tesch-Römer, 2002 S. 165ff.)

So ergibt sich zunächst eine Reihe von Unterstützungsbedarfen. Bewohnerinnen und Bewohner bringen ihre persönlichen Gewohnheiten, Rituale, Vorlieben und Abneigungen, ihre guten Eigenschaften, aber auch ihre „Eigenheiten“ mit, die sie behalten möchten. Im Alltag geht es um Gewohnheiten im Tagesverlauf von Aufstehen über Körperpflege, Essen und Trinken, sich beschäftigen oder faulenzern bis zu der Entscheidung, den Tag zu beenden wann und wie es gefällt. Und – nicht jeder Tag ist gleich.

Bewohnerinnen und Bewohner möchten willkommen und angenommen sein. Sie möchten als Person wahrgenommen werden und nicht als „Pflegefall“ mit großen Einschränkungen. Sie möchten respektiert und akzeptiert werden. Sie möchten Hilfe und Unterstützung bekommen und begleitet werden, um ihr neues Umfeld kennen zu lernen und sie möchten nicht alleine sein. Sie möchten die Menschen kennen lernen, die sich um sie kümmern. Sie möchten Vertrauen zu den Betreuenden und Pflegenden haben (Greb-Kohlstedt, et al., 2017). Bewohnerinnen und Bewohner möchten selbst bestimmen, wenn es darum geht, ihre Betreuung und Pflege zu organisieren. Sie möchten mitreden. Sie möchten in der Gemeinschaft ankommen, vielleicht neue Menschen kennenlernen, vielleicht neue Erfahrungen machen, Neues lernen – das Leben bereichern. Diese Wünsche bedeuten für die Betreuenden und Pflegenden ihre eigenen Menschenbilder zu prüfen, zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Ausgehend von dem heutigen Pflegeverständnis geht es um Unterstützung bei der persönlichen Lebensführung, der Gestaltung des Wohn- und Lebensumfeldes sowie der Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Rahmenvertrag-SGB-XI, 2018). Die Aufgaben umfassen die Aufrechterhaltung und den Aufbau neuer sozialer Bezüge und Kompetenzen, um den geistigen und seelischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bilden dafür die Handlungsorientierung.

3. Soziale Betreuung – Ein Recht

3.1. Die Vereinten Nationen und Europa

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“¹

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“²

Fast zeitgleich wurden diese beiden Sätze nach dem zweiten Weltkrieg sowohl in die Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen als auch in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland aufgenommen. Das Prinzip der Menschenwürde bildet also die Grundlage sowohl auf der Ebene der Staatengemeinschaft als auch ausdrücklich in der Bundesrepublik Deutschland. „Im Begriff der Menschenwürde ist das Recht jedes Menschen auf Leben und sein Anrecht auf Anerkennung enthalten. Respekt für die Menschenwürde zeigt sich darin, dass jeder Mensch als Träger freier Selbstbestimmung und Mitbestimmung geachtet wird und dies auch rechtlich abgesichert ist. Dieser Respekt ist auch dort geboten, wo einem Menschen die Verwirklichung der freien Selbst- und Mitbestimmung noch nicht, zeitweilig nicht oder nicht mehr möglich ist“ (Geisthardt, 2010 S. 12 f). Dieses Prinzip bildet die Grundlage der sozialen Betreuung auch und gerade in einer stationären Einrichtung. Es lohnt daher kurz auch über die Grenzen Deutschlands hinaus zu schauen. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (UN-Menschenrechtscharta) wurde die Situation alter Menschen nicht explizit aufgenommen. „Die dort verankerten Rechte gelten für alle Menschen, ältere Menschen können sich selbstverständlich auf alle Regelungen der UN-Pakte und weitere UN-Konventionen unmittelbar berufen. Der Menschenrechtsschutz hat sich den tatsächlichen Gegebenheiten über die Jahre angepasst, so wurden weitere Konventionen entwickelt, die allgemeine Menschenrechte zu ihrer vollen Gewährleistung für bestimmte Gruppen ausdifferenzieren“ (Mahler, 2013 S. 19). Hierzu zählt auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Die UN-BRK hat das Diskriminierungsmerkmal „Alter“ explizit aufgenommen. So wird Alter als Grund für eine eventuelle Mehrfachdiskriminierung benannt. Etliche Aspekte (z.B. Selbstbestimmung, Assistenz, soziale Teilhabe etc.), die sich im Zusammenhang mit der Betreuung älterer Menschen stellen, können daher auch mit Blick auf die UN-BRK beantwortet werden. Dies gilt gerade auch für die Situation pflegebedürftiger oder demenzkranker Menschen. „Hierbei ist zu erwähnen, dass der Begriff der Beeinträchtigung der UN-BRK weiter ist als der Begriff der Behinderung in Deutschland. Auch das menschenrechtliche Prinzip der Inklusion in der UN-BRK ist für ältere Menschen mit einer Beeinträchtigung (z. B. einer demenziellen Erkrankung) von zentraler Bedeutung“ (Mahler, 2013 S. 20). Wesentlich für das Grundverständnis einer Leistungserbringung im Rahmen der Sozialen Betreuung ist daher der Begriff der assistierten Autonomie (Bielefeldt, 2011). „Denn die assistierte Autonomie überbrückt die Kluft zwischen Selbstbestimmung und selbständigem Leben, so dass ein autonomes Leben in vielen Lebenslagen wie beispielsweise Wohnen und soziale Teilhabemöglichkeiten auch für pflegebedürftige Ältere umgesetzt werden kann, ohne dabei die Grenze zur Fremdbestimmung zu überschreiten“ (Mahler, 2013 S. 34).

1 Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland.

2 Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen.

Auch der UN-Sozialpaktausschuss³ hat in seinen abschließenden Bemerkungen 2011 an Deutschland appelliert, die Lage älterer Menschen in Pflegeheimen sofort zu verbessern. Unter anderem sollen Maßnahmen ergriffen werden, um die Ausbildung des Pflegepersonals sicherzustellen und gründliche Kontrollen zur Einhaltung der Qualität in der Pflege zu veranlassen.

In Europa wurde in der Sozialcharta von 1996 das Recht auf soziale Sicherheit für ältere Menschen aufgenommen. Die Sozialcharta verpflichtet den Staat, diesen so lange es geht ein autonomes Leben zu ermöglichen, und zwar durch die Teilhabe an der Gesellschaft und durch Zugang zu adäquaten Ressourcen und Information über denkbare Dienstleistungen. Ältere haben ein Recht auf Assistenz, um ihr Leben selbstbestimmt bewerkstelligen können. Ihre Autonomie soll auch durch unterschiedliche Wohnmöglichkeiten und unterstützende Angebote der Dienstleister verbessert werden. Ebenso muss der Staat alten Menschen die Assistenz in Pflegeheimen gewährleisten, so dass sie selbstbestimmt leben können. Dies ist der zentrale Auftrag der Sozialen Betreuung.

3.2. Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen

Auf der Grundlage der zuvor beschriebenen Grundrechtsdiskussion haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit eine Expertenrunde eingesetzt, die Handlungsempfehlungen für die bundesdeutsche Gesetzgebung entwickelt hat. Zentrale Grundlage ist hierbei ein Katalog wesentlicher Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, der unter dem Namen „Pflege-Charta“ in den seit 2008 erfolgten Pflege-Reformen gesetzgeberisch aufgegriffen wurde. Diese Rechte sind Ausdruck der Achtung der Menschenwürde, sie sind daher auch in zahlreichen nationalen und internationalen Rechtstexten verankert. Sie werden in den Erläuterungen zu den Artikeln im Hinblick auf zentrale Lebensbereiche und Situationen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen kommentiert. Darüber hinaus werden in der Charta Qualitätsmerkmale und Ziele formuliert, die im Sinne guter Pflege und Betreuung anzustreben sind.

Im Einzelnen:

- Artikel 1:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.
- Artikel 2:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.
- Artikel 3:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

³ Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte ist ein UN-Vertragsorgan, das die Einhaltung des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte überwacht. Werden Verletzungen einzelner Menschenrechte festgestellt, so spricht der Ausschuss in seinen abschließenden Bemerkungen Empfehlungen zur Verbesserung der Menschenrechtssituation aus.

- Artikel 4:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.
- Artikel 5:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.
- Artikel 6:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- Artikel 7:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.
- Artikel 8:
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Diese Artikel ziehen sich wie ein roter Faden durch nahezu alle Handlungsfelder Sozialer Betreuung. Leistungen der Sozialen Betreuung sollten sich daher immer an diesen Grundrechten messen lassen.

3.3. Ordnungsrecht

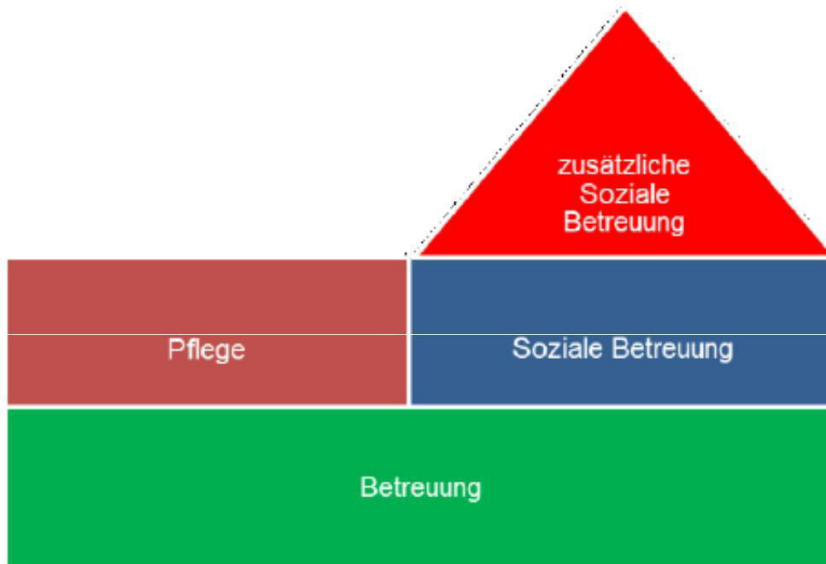
In der logischen Folge der zuvor beschriebenen Ausrichtung auf die Würde des Menschen und die Beschreibung persönlicher Rechte ist auch die Systematik des HGBP zu sehen. Auch hier ist die klare Ausrichtung im §1 benannt:

(1) Ziel des Gesetzes ist es, ältere betreuungsbedürftige Menschen, pflegebedürftige volljährige Menschen und volljährige Menschen mit Behinderung (Betreuungs- und Pflegebedürftige) ...

1. in ihrer Würde zu schützen und zu achten,
2. vor Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu bewahren,
3. in ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmung, auch hinsichtlich Religion, Kultur und Weltanschauung sowie ihrer geschlechtsspezifischen Erfordernisse, zu achten und zu fördern,
4. bei ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie bei der Mitwirkung in den Einrichtungen zu unterstützen und
5. vor Gewalt sowie in ihrer Intimsphäre zu schützen.

Es geht also um Schutz und Achtung der Würde, um Gesundheit und Selbstbestimmung und um Teilhabe und den Schutz vor Gewalt.

Hier wird "Betreuung" als Oberbegriff gebraucht, wobei Pflege einen Teilaspekt von Betreuung darstellt.



Der Begriff „Soziale Betreuung“ wird ebenfalls verwendet: Das HGBP spricht von der Leistungserbringung im Rahmen der sozialen Betreuung. Wörtlich heißt es: Eine Einrichtung darf nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber „den Betreuungs- und Pflegebedürftigen eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung und eine persönliche Lebensführung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Rahmen der sozialen Betreuung“ ermöglicht (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 HGBP). Soziale Betreuung geschieht also auf drei Ebenen:



Auch für das WIE ist ein gesetzlicher Rahmen abgesteckt. In §2 Abs. 2 HGBP heißt es: „Betreuung umfasst die tatsächliche Unterstützungsleistung sowie die Gewährung von sozialen oder psychosozialen Hilfen“.

Der Begriff der sozialen Hilfen kommt aus dem leistungsrechtlichen Verständnis des Sozialhilferechts und beschreibt persönliche Hilfen, die unmittelbar einem Betroffenen (Leistungsberechtigten) angeboten werden. Insofern geht es darum, „...soziale und persönliche Probleme von Leistungsberechtigten möglichst zuverlässig wahrzunehmen, Angebote zur Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation aufzuzeigen“ (Deutscher Verein, 2017 S. 631). Im Sozialhilferecht haben sich diese Unterstützungsleistungen inzwischen in die Bereiche Beratung, Unterstützung, und Aktivierung ausdifferenziert und grenzen sich so von Geld- und Sachleistungen ab. Im stationären Kontext ist die Soziale Betreuung dadurch konfrontiert mit Aspekten der Sozialhilfe, des Betreuungsrechtes, der Schuldnerberatung, der Wohnungslosenhilfe etc.

Psychosoziale Hilfen sind alle Unterstützungsleistungen, die sich auf das Erleben und Verhalten einer Person beziehen (insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder Personengruppen betrifft) und damit das Ziel verfolgen, das Erleben und Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin positiv zu beeinflussen. Der Begriff psychosozial beschreibt damit zwei Dimensionen. Die menschliche Psyche und die konkrete Lebenswelt des Betroffenen und setzt diese in Bezug zueinander. „Psychisches Leiden in Verbindung mit sozialer Not vervielfacht das konkrete Problem und meist bedingen psychische und soziale Konflikte einander auch gegenseitig“ (Reboly, 2016).

So korrespondiert die Tatsache, mit dem Einzug in eine Einrichtung wirtschaftlich auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen zu sein, häufig mit psychischen Problemen wie Ängsten, Schuldgefühlen, Resignation etc.

Des Weiteren ist in § 9 Abs. 1 Nr. 10 HGBP gefordert, „dass für Betreuungs- und Pflegebedürftige der individuelle Pflege- und Betreuungsprozess qualifiziert umgesetzt und schriftlich dokumentiert wird“. Dies bedeutet, dass alle Leistungen der Sozialen Betreuung ebenso wie die Leistungen der Pflege, als Teil eines Prozesses anzusehen sind (vgl. hierzu auch Kapitel 9). Die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsfeldes der sozialen Betreuung wird im Weiteren durch die HGBP AV beschrieben. Hier finden sich Regelungen zu den personellen Anforderungen im Bereich der sozialen Betreuung.

§ 5 HGBP AV regelt, dass eine Fachkraft der sozialen Betreuung eine auf drei Jahre angelegte Ausbildung in einem staatlich anerkannten Beruf oder ein Studium abgeschlossen haben muss, die oder das zur selbstständigen Wahrnehmung der von ihr ausgeübten Funktion und Tätigkeit befähigt. Auf diese Regelung muss immer wieder deutlich hingewiesen werden, da zahlreiche Weiterbildungsträger Lehrgänge anbieten, die im Titel den Begriff „Fachkraft“ oder „Betreuungsfachkraft“ führen. So entsteht leicht der Eindruck, dass mit dem Absolvieren eines solchen Weiterbildungslehrganges dieser heimrechtlichen Anforderung entsprochen werden kann.

Diese Ausführungsverordnung enthält auch eine Liste der regelhaft anerkannten Ausbildungs- und Studiengänge.

Die zweite für den Bereich der sozialen Betreuung wichtige Regelung ist in § 7 HGBPAV formuliert. Sie schreibt vor, dass betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften durchgeführt werden dürfen. Spätestens hier wird deutlich, dass das Land Hessen der Fachlichkeit in den Einrichtungen eine hohe Bedeutung zumisst. Es sind Tätigkeiten aufgeführt, die nur durch Fachkräfte durchgeführt werden dürfen.

Diese sind:

- die Erhebung des Betreuungs- und Pflegebedarfs,
- die Festlegung von Zielen und Maßnahmen in Betreuungs- und Pflegeprozessen sowie deren Evaluation,
- die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner über Maßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung,
- die Überwachung der Erforderlichkeit und Angemessenheit freiheitsentziehender Maßnahmen,
- die fachliche Anleitung und Beaufsichtigung von Hilfskräften, qualifizierten Hilfskräften und sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die nicht funktional die Tätigkeit einer Fachkraft ausüben.

Aus diesen gesetzlichen Regelungen ergeben sich zwangsläufig Anforderungen, die bei der innerbetrieblichen Organisation und dem Personaleinsatz zu berücksichtigen sind.

In der Begründung zu dieser Ausführungsverordnung sind fachliche Hinweise des Verordnungsgebers gegeben, die für die Betreuungs- und Pflegeaufsicht eine wesentliche Prüfungsgrundlage darstellen. Hier heißt es: „Es ist ein angemessener Anteil an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Fach- und ggf. Hilfskräfte) fest dem Aufgabengebiet „Soziale Betreuung“ zuzuordnen. Auch im Bereich der sozialen Betreuung sind die Bedarfsanalyse, Erstellung der Betreuungsplanung, Sicherstellen einer bedarfsgerechten Leistungserbringung und Anpassung der Leistungen an Veränderungen Fachkrafttätigkeit. Zudem sind Strukturen für die Leistungserbringung zu schaffen, Hilfskräfte und Ehrenamtliche anzuleiten und zu begleiten, Angehörige zu beraten und Kooperationen ins Gemeinwesen zu schaffen und zu pflegen. Hier wird ein Fachkraftschlüssel von 1:35 für realistisch gehalten, um die Anforderungen sach- und fachgerecht erfüllen zu können. Des Weiteren sollte darauf hingewiesen werden, dass, wenn Fachkräfte im Bereich der sozialen Betreuung Aufgaben im Bereich Belegung/Heimaufnahme übernehmen, dafür zu sorgen ist, dass dennoch genügend Fachkräfte für die Anleitung und Begleitung der Hilfskräfte für die soziale Betreuung zur Verfügung stehen“ (HGBPAV-Begründung, 2017).

Damit ist der ordnungsrechtliche Rahmen hinreichend abgesteckt. Ergänzend sind aber auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu beschreiben.

3.4. Leistungsrecht

Im Mai 1994 wurde das "Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit" (PflegeVG, 1994) verabschiedet. Die soziale Pflegeversicherung trat dann am 1. Januar 1995 als 5. Säule der Sozialversicherung in Kraft. Zunächst nicht explizit benannt, wurde mit dem 1. SGB XI -Änderungsgesetz im Juni 1996 die Aufgabe der sozialen Betreuung nachträglich als Leistungspflicht für stationäre Pflegeeinrichtungen in das Pflegeversicherungsgesetz aufgenommen (BGBl, 1996 S. 830 ff.). Laut der amtlichen Begründung soll so dem Pflegebedürftigen eine Lebensqualität vermittelt werden, die ein selbstbestimmtes Leben trotz des Hilfebedarfs ermöglicht. Die hierfür benötigten Hilfen müssen durch den Heimträger jedoch nur vorgehalten werden (BT-Drs. 13/3696 S. 14). Stationäre Pflegeeinrichtungen sind somit seit 1996 zur Entwicklung/Erbringung von Angeboten der sozialen Betreuung verpflichtet. Bis 2017 differenzierte das Pflegeversicherungsrecht die durch die Einrichtung zu erbringenden Leistungen in allgemeine Pflegeleistungen, Behandlungspflege, soziale Betreuung, Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (BGBl, 2015) wurde der Begriff „soziale Betreuung“ gestrichen und durch den Begriff „Betreuung“ ersetzt. Dies steht im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Mit der neuen Sichtweise zum Thema Pflegebedürftigkeit war es notwendig, eine begriffliche Klarstellung vorzunehmen. Das Pflegeversicherungsrecht will, „... dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die sogenannte Grundpflege beziehen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert wird. Entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen“⁴.

Wie im Ordnungsrecht ist dadurch auch im Leistungsrecht nun eine Sichtweise verankert, die von der Bedarfssituation des betroffenen Menschen ausgeht und nicht mehr zwischen verschiedenen Leistungsbereichen trennt.

Was bedeutet das für Hessen? Auf Grundlage der eingangs genannten bundesrechtlichen Regelungen entwickeln die jeweiligen Vertragspartner in den Ländern einen Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI. Hierin sind die durch eine Einrichtung zu erbringenden Leistungen festgeschrieben. Bereits 1996 wurden zunächst auf Bundesebene, in der gemeinsamen Empfehlung von Leistungserbringern und Leistungsträgern zu den Inhalten der Rahmenverträge, Grundlagen der Sozialen Betreuung beschrieben. Hier hieß es unter dem Punkt „Soziale Betreuung“: „Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann.“

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern. In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten“ (BAGÜS, 1996).

Die Vertragspartner in Hessen haben 2018 das PSG II und den neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Anlass genommen die bisherige Teilung in verschiedene Leistungsbereiche aufzulösen und formuliert nun im Hessischen Rahmenvertrag Aufgabenstellungen aus Sicht der Bewohnerin/des Bewohners, wie sie im PSG II beschrieben sind (Rahmenvertrag-SGB-XI, 2018). Diesen Aufgabenstellungen müssen sich alle in der Einrichtung tätigen Personengruppen stellen. Unter Punkt 2 „Allgemeine Pflegeleistungen“ heißt es: „Auch wird die Betreuung von Pflegebedürftigen zur Regelleistung der Pflegeversicherung und steht als gleichberechtigte Leistung neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und den Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Ablösung der Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung erfordert eine konzeptionelle Neuausrichtung des pflegerischen Handelns. Die Aufgaben, die im Bereich der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Hilfen erbracht werden, erfolgen im jeweiligen situativen Kontext und dienen der Förderung der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen“ (ebenda).

Ferner wird die Zielstellung aller Aufgaben beschrieben: „Die Aufgaben im Bereich der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Hilfen sollen es dem pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, seine Fähigkeiten trotz der gesundheitlichen Einschränkungen zu erhalten oder (wieder) zu erlernen. Die Aufgaben der Pflege, Betreuung, Beaufsichtigung und hauswirtschaftlichen Hilfen werden in Abhängigkeit von der individuellen Bedarfssituation in Art und Intensität unterschiedlich geleistet. Ziel ist die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Aufgaben. Die Gestaltung der Hilfe zielt darauf ab, dass die Aufgaben (mindestens teilweise) in sinnvoller Weise vom pflegebedürftigen Menschen selbst durchgeführt werden. Individuelle Hilfe kann auch erforderlich sein, um das Zusammenleben der pflegebedürftigen Menschen harmonisch und sinnvoll zu gestalten sowie Belastungs- und Krisensituationen (einschließlich Eigen- oder Fremdgefährdung) zu vermeiden oder schnellstmöglich zu beheben“ (ebenda). Auch wenn die gewählten Formulierungen stärker die individuelle Bedarfssituation in den Vordergrund stellen, so finden sich weiterhin die zentralen Zielstellungen Selbstständigkeit, Förderung vorhandener Fähigkeiten, Leben in Beziehungen, Hilfe in Krisensituationen. Die zu erbringenden Betreuungsleistungen beziehen sich daher auf nachfolgende Aufgabenfelder:

- Mobilität,
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,

- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Medizinische Behandlungspflege,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie
- Sterbebegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten/Hospiz- und Palliativnetzwerken.

Unschwer ist zu erkennen, dass diese Aufgabenstellungen sich auch in den an späterer Stelle beschriebenen Schwerpunkten sozialer Betreuung wiederfinden. Es ist daher unerheblich, ob man Pflegemaßnahmen als Bestandteil umfassender Betreuungsleistungen sieht (Ordnungsrecht) oder Betreuungsleistungen als integralen Bestandteil eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffes versteht (Leistungsrecht). Beiden Rechtsgebieten liegt das ganzheitliche Verständnis einer konkreten Bedarfssituation des Einzelnen zugrunde. Insofern muss sich auch jeder professionell Handelnde als ein Akteur im Kontext eines Betreuungs- und Pflegeprozesses begreifen.

4. Soziale Betreuung verändert sich

Die Entwicklung der sozialen Betreuung in der Altenhilfe ist eng verbunden mit gesellschaftlichen Veränderungen. Sie geht einher mit verschiedenen Leitbildern professionellen Handelns mit älteren Menschen sowie historisch gewachsenen Leitbildern von Alter.

Das „karitative Leitbild“ prägte die Arbeit der Helfenden durch Nächstenliebe, Aufopferung und Selbstlosigkeit. Ebenso wie geistige und seelische Behinderung ging das Altern mit Armut einher. Altenarbeit war daher ein Teil der Armenpflege. Das Altern stellte einen schicksalhaften Abbauprozess dar, bei dem der alte Mensch die Pflege annimmt, während die Pflegenden Hilfen geben.

Das „rationale Leitbild“ moderner Gesellschaften basiert auf vertraglichen Regelungen und einer Kosten-Nutzen-Orientierung. Die Einrichtung als Service-Betrieb orientiert sich an den Abläufen von Krankenhäusern und ist damit nach funktionalen Gesichtspunkten organisiert. Individuelle Bedürfnislagen werden erkannt, allerdings von gesellschaftlichen Zusammenhängen überlagert und in den Hintergrund gedrängt.

Das „ganzheitliche Leitbild“ vereint die positiven Aspekte des karitativen und des rationalen Leitbildes. Es erkennt den alten Menschen als Teil der Gesellschaft und entwickelt einen gemeinwesenorientierten Ansatz in der Arbeit. Geben und Nehmen werden als wechselseitiger Prozess verstanden.

Spätestens mit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die UN-Generalversammlung ein anderes Leitbild für die Mitgliedsstaaten zugrunde gelegt. Ziel ist nun die gleichberechtigte Teilhabe (Inklusion) aller Menschen am gesellschaftlichen Leben. Inklusion ist ein Menschenrecht. Sie bedeutet keine Eingriffe in persönliche Rechte und Menschenrechte, keine Entmündigungen oder Ausgrenzungen von der Gemeinschaft.

Dieses Leitbild ist Grundlage des HGBP und vor diesem Hintergrund müssen auch Altenhilfeeinrichtungen gerade die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bewahren.

Basierend auf dem Leitbild, dass Inklusion ein Menschenrecht darstellt, muss sich auch die Betreuung und Pflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen neu ausrichten. Der alte Mensch zieht sich nicht automatisch aus seinen bisherigen Aktivitäten zurück, er ist nicht genügsam und duldsam, er möchte nicht auf seine Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben verzichten. Alte Menschen bringen ihre Lebensgeschichten, Gewohnheiten, Wünsche und Lebensweisen mit in die Altenhilfeeinrichtung. Sie möchten ihr Leben weiter selbst bestimmen, teilhaben und teilnehmen. Sie möchten vorgeben, wie die Betreuung und Pflege organisiert und umgesetzt werden. In ihrer Alltags- und Lebensgestaltung benötigen sie unter Umständen Assistenz. Soziale Arbeit muss ihre „helfende Rolle“ neu definieren hin zur Akzeptanz von Lebensweisen, hin zu einer Assistenz, die gesellschaftliche Teilhabe unterstützt. Dabei geht es insbesondere um die Dimension des „sozialen Austausches“, der Beziehungen der Menschen (auch in der Institution Altenpflegeeinrichtung) miteinander. Dafür bedarf es wesentlicher Kenntnisse und Kompetenzen.

5. Soziale Betreuung will gelernt sein

Wie in Kapitel 3 aufgezeigt sind Leistungen der Sozialen Betreuung sowohl im Ordnungsrecht (HGBP) als auch im Leistungsrecht (SGB XI) gefordert. Anders als im Bereich der Pflege, bei der Inhalte und Aufgaben definiert und teilweise in bundesweit einheitlichen Standards festgelegt sind sowie die notwendige Qualifikation durch gesetzliche Regelungen und Rechtsprechungen hinreichend definiert sind, gibt es im Bereich der Sozialen Betreuung häufig Unsicherheiten. Für dieses Aufgabenfeld gibt es keine allgemeingültigen Standards. Eine grundsätzliche fachliche Position sei gerade aus diesem Grund vorangestellt. „Teilt man „die Annahme, dass es eine der Aufgaben von Pflegeheimen darstellt, die Lebensqualität von Bewohnern zu sichern oder gar zu steigern, so bedarf es entsprechend qualifizierten Personals, das in der Lage ist, Interaktionen mit Pflegeheimbewohnern mit Demenz so zu gestalten, dass eine Sicherung bzw. Steigerung der Lebensqualität möglich wird.“ (Trunkenpolz, 2018 S. 16)

Aus rechtlicher Sicht gilt daher, dass Soziale Betreuung “(...) im Hinblick auf das Tätigkeitsfeld und der danach zu fordernden Fachkompetenz nur wörtlich sowie am Sinn und Zweck der Vorschriften ausgelegt werden“ kann (Bloech, 2012 S. 123). In den vergangenen Jahrzehnten haben sich durch die fachliche Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes sowohl in der Praxis als auch Forschung und Lehre Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der (psycho-)sozialen Betreuung herausgebildet, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

5.1. Fachkräfte der sozialen Betreuung

Das HGBP in Verbindung mit seiner Ausführungsverordnung schreibt vor, dass betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter Beteiligung von Fachkräften durchgeführt werden dürfen. Dies bedeutet, dass das HGBP zwischen Fachkräften und Mitarbeitenden, die einer Anleitung und Begleitung bedürfen, unterscheidet. Wobei darauf hinzuweisen ist, dass bestimmte Tätigkeiten in der Ausübung nur Fachkräften vorbehalten sind.

Aus diesem Grund sind die Einrichtungen aufgefordert die Tätigkeiten und Aufgabenstellung zu beschreiben und abzugrenzen, die entweder durch Betreuungsfachkräfte oder durch pädagogisch nicht oder nur gering qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Hilfskräfte in der sozialen Betreuung, zusätzliche Betreuungskräfte) erbracht werden. Wichtig ist dabei, dass die Letztverantwortung für den Einsatz dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Fachkraft liegt.

Der Fachkraft vorbehalten sind nach HGBPAV § 7 (1): die Erhebung und Feststellung des individuellen Betreuungs- und Pflegebedarfs sowie

- die Festlegung von Zielen und Maßnahmen in Betreuungs- und Pflegeprozessen sowie deren Evaluation.
- die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner über Maßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung,
- die Überwachung der Erforderlichkeit und Angemessenheit freiheitsentziehender Maßnahmen,
- die fachliche Anleitung und Beaufsichtigung.

Diese Aufgabenbereiche setzen Kompetenzen in drei wesentlichen Feldern voraus:

- Methodische Kompetenz wie Gesprächsführungs- und Problemlösungstechniken, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Konfliktmanagement, Krisenintervention, Moderation
- Soziale Kompetenz wie Achtsamkeit, Empathie, Umgangsformen, Interkulturelle Kompetenz, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit (auch nonverbal), Führungskompetenz, Teamfähigkeit und Networking
- Personale Kompetenz wie Fachlichkeit, Selbstbewusstsein und Ausstrahlung, Selbstreflexionsfähigkeit, Selbst- und Rollenwahrnehmung, Selbstorganisation, Authentizität, Stresstoleranz, Ziel- und Ergebnisorientierung, Mut, Lernbereitschaft, Motivation, Verantwortungsbewusstsein

Es wird deutlich, dass die Leistungserbringung im Rahmen der sozialen Betreuung aufgrund der Komplexität der Anforderungen, der gesetzlichen Normierung und der Veränderung von „Altersbildern“ und Lebensentwürfen nichts ist, das man ausschließlich mit einem „guten Herzen und einer ruhigen Hand“⁵ umsetzen kann.

Die Anforderungen an Fachkräfte der sozialen Betreuung haben sich immens verändert. Dies bezieht sich auf die veränderten Biografien und Lebensweisen der älter werdenden

5 Zur Einführung der Pflegeversicherung hatte der damalige Sozialminister Norbert Blüm im deutschen Bundestag vor einer zu großen Professionalisierung mit den Worten gewarnt: „Um einen 70jährigen zu füttern, brauche ich keine sechs Semester Psychologie. Dazu brauche ich ein gutes Herz und eine ruhige Hand“; vgl. Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll 13/58 vom 28.09.1995 S. 4900

Gesellschaft, aber auch auf den Wandel innerhalb des Berufsfeldes vom direkten Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern hin zu Leitungs- und Planungsaufgaben.

Es liegt daher in der Verantwortung von Einrichtungsleitungen bzw. Betreibern durch „Personalmixkonzepte“ sicherzustellen, dass die notwendigen Qualifikationen in den einzelnen Aufgabenbereichen vorhanden sind und zum Einsatz kommen. „Der Nutzen, der sich für Bewohner aus dem Personalmix ergibt, soll sich durch die Vielfalt der Angebote und Beschäftigungsmöglichkeiten und deren explizite Niederschwelligkeit im Einrichtungsalltag generieren. Außerdem gewinnen nach dem Paradigmenwechsel⁶ multidimensionale Bedürfnisse in der Betrachtung von Lebensqualität an Bedeutung und stehen gleichwertig zur körperlichen Gesundheit.“ (Brandenburg, et al., 2019 S. 233)

5.2. Soziale Betreuung im Kontext von Beziehungsarbeit

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass Leistungen der sozialen Betreuung grundsätzlich die gesamte Lebenssituation von Bewohnerinnen und Bewohnern berücksichtigen müssen und zum Ziel haben, eine

- angemessene Lebensgestaltung,
- eine persönliche Lebensführung sowie
- die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weitestgehend selbst bestimmt zu ermöglichen.

Das ist nur möglich, wenn es gelingt mit der Bewohnerin/dem Bewohner in Beziehung zu treten. Soziale Betreuung ist ein „Arbeiten in Beziehung“. Die BPA Hessen unterscheidet hier zwischen persönlichen Beziehungen im Lebensalltag und professioneller Beziehungsarbeit. „Persönliche Beziehungen dienen zur Sicherung der sozialen Integration der Menschen. Sie prägen das Leben der Menschen, tragen zur Persönlichkeitsentwicklung, Entwicklung des Selbst- und Weltbildes in der Welt und zur Entfaltung von Potentialen bei. Sie geben den Menschen Sicherheit der Zugehörigkeit, werden zu den Kristallisationspunkten des menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns“ (Lenz, et al., 2009 S. 9). Persönliche Beziehungen pflegt man im privaten Umfeld, in der Familie, mit Freunden sowie ggf. auch mit Kolleginnen und Kollegen.

Sie können unterschiedliche Formen annehmen und dabei fördernde oder einschränkende, schützende oder schädigende, hilfreiche oder belastende Wirkungen haben. Soziale Betreuung auf der Grundlage persönlicher Beziehungen ist in ihrem Erfolg zufällig und birgt das Risiko belastend, gar schädigend für beide Seiten zu wirken. Im Gegensatz dazu gilt im Bereich der sozialen Arbeit die professionelle Arbeitsbeziehung als Rahmen und Grundlage für methodisches Handeln. Inhalte sozialer Arbeit werden über sie und in ihr gestaltet, vermittelt und umgesetzt. Ziel der Interaktionen der professionellen Arbeitsbeziehungen im Bereich der Sozialen Arbeit ist es, „einen sinnverstandenen Zugang zu lebenspraktischen Bedürfnissen und Krisen der Klientinnen und Klienten zu bekommen“ (Arnold, 2009 S. 33f.). In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass es im Bereich der Sozialen Betreuung zu unterschiedlichen Konstellationen in der Beziehung zur Bewohnerin/zum Bewohner kommt.

6 Gemeint ist die Neuorientierung in der beruflichen Rolle für Pflegekräfte als Teil eines multiprofessionellen Teams

Gerade Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die keine oder nur eine geringe Qualifikation mitbringen, laufen Gefahr durch eine zu große Nähe oder persönliche Bindung Sachlichkeit sowie Rationalität zu vernachlässigen.

Es fehlt dann die „bewusste Distanzschaffung durch die Beobachtung des eigenen Handelns mit dem Blick eines Außenstehenden“ (Gaus, et al., 2011 S. 24), die das professionelle Handeln von dem eines Laien unterscheidet.

Ein Beispiel: Herr S. ist 86 Jahre und lebt seit acht Monaten in einem Pflegeheim. Herr S. ist Witwer, hat zwei Söhne und einen Enkel, die ihn nur selten besuchen. Herr S. ist auf den Rollstuhl angewiesen und in den letzten Wochen kaum nach draußen gekommen. Im Gespräch mit Herrn S. merkt man schnell, dass ihm die Spaziergänge mit seiner verstorbenen Frau fehlen und er ungehalten über das Verhalten seiner Söhne ist. Von Undank ist die Rede.

Drei Perspektiven werden bei diesem einfachen Beispiel deutlich:

- Vielleicht ist es möglich mit Herrn S. zu vereinbaren, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der sozialen Betreuung mit ihm regelmäßig eine Ausfahrt macht.
- Vielleicht gelingt es mit den Angehörigen so in Kontakt zu treten, dass häufigere Besuche dazu führen, dass Herr S. mit einem seiner Söhne wieder im Stadtteil unterwegs ist.
- Vielleicht gelingt es, dass Herr S. Kontakte in der Einrichtung knüpfen kann und man dann gemeinsam das Umfeld erkundet. „Denn, im Speziellen fallen Wohlbefinden und die allgemeine Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner dann am besten aus, wenn genau die beschriebene Kontaktqualität nicht nur vom heimexternen sozialen Netzwerk getragen, sondern auch im Heim hergestellt wird“ (Amann, et al., 2005 S. 149)

Oft ist es eine Mischung aus diesen drei Handlungsalternativen. In jedem Fall braucht es die Fähigkeit zur Reflexion der Lebenswelt des Betroffenen und der Beziehung zwischen Herrn S. und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung. Denn häufig ist nicht die erste Lösung auch die Beste.

Diese Kernkompetenz Sozialer Arbeit – mit dem Betroffenen professionell in Beziehung zu treten – ist Grundvoraussetzung für jede Fachprofession, die in diesem Bereich tätig ist. Dies gilt in gleicher Weise für Berufsgruppen, die über eine vornehmlich pflegerische Ausbildung verfügen. Es ist die Kernkompetenz der sozialen Betreuung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der sozialen Betreuung stehen bei der professionellen Beziehungsarbeit zum einen in direktem Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, zum anderen sind in der Beziehungsgestaltung häufig weitere Einflussfaktoren aus anderen Beziehungen zu berücksichtigen, z.B. Familie, Freunde, Nachbarn, weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung, Kontakte zu Ehrenamtlichen, die Atmosphäre in der Einrichtung, gruppenspezifische Prozesse, etc. Um diesen Herausforderungen in der Begleitung von älteren, pflegebedürftigen Menschen fachlich adäquat begegnen zu können

ist es für Leitungsverantwortliche sinnvoll sich mit einer grundsätzlichen Fragestellung auseinanderzusetzen, der Frage des Leitbildes: Soll die Einrichtung eine Versorgungseinrichtung oder ein Ort des Lebens mit neuen Erfahrungen und neuen Beziehungen sein?

Das HGBP fordert in § 9 den Bewohnerinnen und Bewohnern eine „nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung und eine persönliche Lebensführung im Rahmen der sozialen Betreuung“ zu ermöglichen. Eine persönliche Lebensführung in einer stationären Einrichtung zu gewährleisten, d.h. die notwendigen Bedingungen dafür zu schaffen und bei individuellen Bedarfen und Wünschen zu unterstützen und zu begleiten, stellt eine große Herausforderung für das pädagogische Handeln in der sozialen Betreuung dar.

5.3. Soziale Betreuung im Kontext pädagogischen Handelns

Nach Giesecke hat professionelles pädagogisches Handeln die zentrale Aufgabe, „Lernen zu ermöglichen“ (Giesecke, 1996 S. 16). In Einrichtungen der Altenhilfe muss das Verständnis des Begriffs „Lernen“ weiter gefasst werden. Lernen meint hier durch Begleitung, Assistenz und Förderung bisherige Interessen nicht nur zu bewahren oder zu erhalten, sondern vielmehr auch neue Perspektiven zu eröffnen. Nach Giesecke wird Lernen durch fünf Handlungsarten ermöglicht, die „gemeinsam die professionelle Kompetenz eines jeden pädagogischen Berufes“ (Giesecke, 1996 S. 16) ausmachen. Diese fünf Arten sind: Unterrichten, Informieren, Beraten, Arrangieren, Animieren. Im Rahmen der Leistungserbringung sozialer Betreuung ergeben sich so in der Hauptsache Anforderungen aus den Bereichen Beraten, Arrangieren, Animieren, wobei Beratung im Kontext sozialer Betreuung in die zwei Bereiche (psycho-)soziale und fachliche Beratung zu differenzieren ist.

Soziale Betreuung soll beraten

Die (psycho-)soziale Beratung ist in den konkreten Lebensverhältnissen von Menschen angesiedelt und befasst sich inhaltlich mit den lebenspraktischen Problemen, die Ratsuchende in ihrem Alltag überfordern. Neben der materiellen Versorgung geht es dabei auch um die „Vermittlung sozialer Kompetenzen wie psychosoziale Belastbarkeit, Fähigkeit zur sozialen Integration und Einhaltung zentraler Normen, kommunikative Fertigkeiten und die Bereitschaft mit anderen im Alltag zu kooperieren“ (Ansen, 2000 S. 632).

Es geht hier also um Beratungskompetenz im Rahmen der vom Gesetzgeber geforderten Unterstützung durch soziale und psychosoziale Hilfen. Diese Beratung ist ein kommunikativer Verständigungsprozess, der flexibel und situations-angemessen strukturiert werden muss. Das grundlegendste Element ist dabei das Bemühen um ein emotionales Klima, in dem eine tragfähige Beziehung zwischen Bewohnerin/Bewohner und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der sozialen Betreuung möglich wird und das es der Bewohnerin/dem Bewohner erleichtert, ihre/seine positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten wahrzunehmen und einzusetzen. Neben den hierfür notwendigen sozialen und kommunikativen Fähigkeiten werden in der (psycho-)sozialen Beratung Kenntnisse der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen verlangt um dem Betroffenen ausreichend

Lösungsansätze aufzuzeigen. „Der Berater wird damit zum Spezialisten für die Lösung sozialer Probleme, was auch eine erhebliche Feldkompetenz bezüglich der Lebenswelten der Klienten voraussetzt“ (Stimmer, 2000 S. 97f.). Erschwert wird diese Form der Beratung durch die zunehmenden Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner.

So führen beispielsweise unterschiedlichste Formen dementieller Erkrankungen und die damit einhergehenden kognitiven Einschränkungen dazu, dass sich der Adressatenkreis noch viel stärker auf den Bereich der Angehörigen erweitert.

Die fachliche Beratung unterscheidet sich von der (psycho-)sozialen Beratung dadurch, dass sie sich nicht an Betroffene (Bewohnerin/Bewohner, Klienten, Angehörige etc.) wendet, sondern in erster Linie darauf gerichtet ist, die eigene fachliche Kompetenz einem multiprofessionellen Team zur Verfügung zu stellen. Die aktuelle fachliche Diskussion zur Umsetzung des Strukturmodells macht deutlich, dass die Einbindung von Fachkräften der sozialen Betreuung im Rahmen der strukturierten Informationssammlung (SIS®) unerlässlich ist. „Eine SIS® sollte in der voll- und teilstationären Pflege von einer pflegerischen Fachkraft und einer Betreuungsfachkraft aufgenommen werden. Nur so kann die gemeinsame Fachlichkeit individuell passende Angebote für den Kunden sicherstellen und eine einseitige Sicht auf die betroffene Person und ihr Familiensystem verhindert werden“ (Greb-Kohlstedt, et al., 2017).

Aber nicht nur die fachliche Beratung der Kolleginnen und Kollegen mit pflegefachlichem Hintergrund ist im Kontext der Leistungserbringung im Rahmen eines multiprofessionellen Teams von wesentlicher Bedeutung. Seit der Leistungserweiterung durch die Weiterentwicklung des SGB XI und die Einstellung zahlreicher (zusätzlicher) Betreuungskräfte ohne fachspezifische Ausbildung sind die Anforderungen an die fachliche Beratung und Begleitung durch die Fachkräfte der sozialen Betreuung weiter gestiegen. Fachliche Beratung bedeutet daher häufig auch Leiten und Anleiten - in bestimmten Fällen auch Fortbilden.

Soziale Betreuung soll arrangieren

Arrangieren bedeutet neue Erfahrungen zu ermöglichen. Gemeinsam mit der Bewohnerin/dem Bewohner werden Möglichkeiten aufgezeigt und Wünsche erfragt, um daraus ein Betreuungsangebot zu gestalten. Die fachliche Anforderung hierbei bedeutet in letzter Konsequenz pädagogische Situationen kreativ neu zu entwerfen, oder aber zu rigide institutionalisierte Situationen modifizierend so umzugestalten, dass neue Perspektiven entstehen können.

Soziale Betreuung soll animieren

Animieren meint hier die neuen Betreuungsangebote und -maßnahmen so zu gestalten, dass Bewohnerinnen und Bewohner sie gerne nutzen und sie als Bereicherung empfinden. Animieren heißt nicht, dass möglichst viele Bewohnerinnen und Bewohner an möglichst vielen Angeboten teilnehmen. „Es geht darum, andere dazu zu bewegen, sich

auf etwas einzulassen, was sie ohne einen Anstoß vermutlich nicht tun würden“ (Giesecke, 1996 S. 105).

5.4. Zusätzliche Betreuung

2008 wurden im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen Pflegebedürftigen zusätzliche Betreuungsleistungen zu gewähren. Diese zusätzliche Betreuung ist eine rein leistungsrechtliche Regelung. Die zusätzlichen Leistungen werden durch Betreuungskräfte erbracht, die keine fachbezogene Ausbildung haben müssen. Allerdings müssen die Angebote der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß einer vom GKV Spitzenverband beschlossenen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Richtlinie bestimmte Anforderungen erfüllen: „Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können“ (GKV, 2016). Auf die rechtlichen Grundlagen der Einführung zusätzlichen Betreuungsleistungen wurde unter Kapitel 3.4 hingewiesen. Insbesondere durch die Richtlinien nach § 43b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen wurden auch Qualifikationsanforderungen formuliert und Tätigkeitsfelder beschrieben.

Die Qualifikationsanforderung des Gesetzgebers bezieht sich auf drei Aspekte:

- ein Orientierungspraktikum (40 Stunden)
- eine Qualifizierungsmaßnahme (160 Stunden)
- Fortbildung (jährlich 16 Stunden)

Die Inhalte der Qualifizierungsmaßnahme sind:

- Grundkenntnisse der Kommunikation und Interaktion im Umgang mit Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, mit Demenz, mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen
- Grundkenntnisse über Demenzerkrankungen, psychische Erkrankungen, geistige Behinderungen sowie somatische Erkrankungen
- Grundkenntnisse der Betreuungs- und Pflegedokumentation, Hygieneanforderungen und ein Erste-Hilfe-Kurs

Dieses Mindestmaß an Qualifizierung ist notwendig, denn Bewohnerinnen und Bewohnern „soll durch mehr Zuwendung, zusätzliche Betreuung und Aktivierung eine höhere Wertschätzung entgegengebracht, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. (...) Die Betreuungskräfte sollen den Pflegebedürftigen für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung stehen, ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln“ (GKV, 2016). Soziale Betreuung bedeutet also zum einen diese Leistungen zu erbringen, zum anderen aber auch, Mitarbeitende, die keine Fachausbildung haben, entsprechend anzuleiten, zu koordinieren und zu begleiten. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade hier ein hoher Handlungsbedarf besteht (BMG, 2015).

6. Soziale Betreuung muss organisiert sein

Im Zusammenhang mit Betreuungsleistungen in der stationären Altenhilfe haben sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von Begriffen, Berufen, Funktionen und Aufgabenfelder entwickelt, die den Betreuungsbereich unübersichtlich machten. In diesem Kapitel wird die Terminologie des HGBP sowie der aktuellen fachlichen Diskussion benutzt, um die Betreuungsleistungen und die Beschäftigten in einer Organisation zu beschreiben. Eine Einrichtung muss klären, wie die Betreuung organisiert werden soll, dies in ihrer Struktur implementieren und ihrem Organigramm sichtbar machen.

In der Regel bilden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialen Betreuung ein eigenes Team. Ein Team soll in erster Linie seine Aufgaben in Eigenarbeit organisieren. Probleme werden intern besprochen und erörtert, um Lösungen zu erarbeiten. Von Seiten der Einrichtung muss einem Team für die Wahrnehmung seiner Aufgaben genügend Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden. Effektives Arbeiten setzt eine gute Organisation und abgestimmte Arbeitsabläufe voraus. Eine weitere Bedingung für diese Teamarbeit ist eine gute Kommunikation und der Informationsaustausch innerhalb des Hauses. Grundlage hierfür ist eine Betreuungs- und Pflegeplanung, die das kontinuierliche Zusammenwirken aller Beteiligten sicherstellt.

Je nach Größe des Teams der Sozialen Betreuung sowie möglicher unterschiedlicher Qualifikationen entwickelte sich in der Vergangenheit häufig eine Struktur, die eine „Leitung der sozialen Betreuung“ vorsieht. Die Leitung der sozialen Betreuung sollte über eine Fachkraftausbildung in der sozialen Betreuung und über Kenntnisse in der Dienstplangestaltung sowie der Organisation verfügen. In der Regel ist sie für die fachliche Anleitung verantwortlich. Sie ist auch Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für andere Funktionsbereiche, insbesondere der Pflege. Die Leitung der sozialen Betreuung sollte den anderen Leitungskräften gleichgestellt und im Organigramm entsprechend verortet sein. Dies umfasst auch die Einbeziehung in die Kommunikations- und Leitungsstrukturen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der sozialen Betreuung müssen, je nach Betreuungs- und Pflegesystem, in den Wohnbereichen eingesetzt werden. Zentrale Aufgabe ist hier die Schnittstelle zur Pflege zu organisieren. Daher müssen auch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung und der Pflege über die Strukturen, Organisation und Aufgabenstellungen informiert sein. Es sind daher Arbeitsfeldbeschreibungen sinnvoll und hilfreich, in denen der Arbeitsplatz, aber auch das strukturelle Umfeld beschrieben werden. Die Ausführungen sind umfassender als die einer Stellenbeschreibung, die im Regelfall Bestandteil des Arbeitsvertrages ist. Durch die Erstellung einer solchen Beschreibung werden die Tätigkeiten im Bereich der Sozialen Betreuung für alle internen und externen Beteiligten transparent und überschaubar. Insbesondere Schnittstellenproblematiken (Verantwortlichkeiten, Zusammenarbeit, Absprachen etc.) sollen klar und eindeutig beschrieben sein. Eine Arbeitsfeldbeschreibung ist ein Instrument der Reflexion und Qualitätssicherung.

Inhalte einer Arbeitsfeldbeschreibung

- Aufgabenbereich/Funktion
- Ziele
- Arbeitsinhalte
- Rahmenbedingungen (räumlich, technisch, personell)
- Arbeitsabläufe
- Schnittstellen
- Kommunikationsstrukturen
- Ansiedlung der Stellen im Organisationsgefüge
- Einbindung in konzeptionelle Arbeit/Qualitätsentwicklung
Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung

7. Soziale Betreuung hat Ziele

7.1. Bedürfnisse erkennen

Das HGBP hat zum Ziel, dass die Angebote der Betreuung an den Bedürfnissen des Einzelnen ausgerichtet werden.⁷ Doch was sind die Bedürfnisse des Einzelnen? Bedürfnisse werden beschrieben als „Zustand oder Erleben eines Mangels, verbunden mit dem Wunsch ihn zu beheben“ (Deutscher Verein, 2002). Diese sehr allgemeine Definition macht deutlich, dass Bedürfnisse sehr unterschiedlich sein können. Aus diesem Grunde werden Bedürfnisse häufig kategorisiert. Die wohl bekannteste Einteilung stammt von dem amerikanischen Psychologen Abraham Maslow⁸, der zwischen physiologischen, Sicherheits-, sozialen, individuellen Bedürfnissen und dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung unterschied. In der weiteren fachlichen Auseinandersetzung kommt man unweigerlich zur Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci.⁹ Diese Theorie sieht neben den physiologischen Grundbedürfnissen drei universelle psychologische Grundbedürfnisse: das Bedürfnis nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit.

An dieser Stelle wird deutlich, warum das HGBP die Handlungsebenen der sozialen Betreuung unterteilt in

- Persönliche Lebensführung (Autonomie)
- Angemessene Lebensgestaltung (Kompetenz) und
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (soziale Eingebundenheit).

Dieses grundlegende Verständnis von Bedürfnissen ist in der sozialen Betreuung von besonderer Bedeutung, wenn es um die Frage geht, was eine Bewohnerin/einen Bewohner motiviert sich zu beteiligen, zu engagieren oder das Leben in die Hand zu nehmen.

Neben dem Antreiber Bedürfnisse spielen in der sozialen Betreuung auch die bestehenden Grenzen, vor allem aber die vorhandenen Ressourcen eine zentrale Rolle.

⁷ Vgl. §1 Abs.2 Nr.1 HGBP

⁸ Die Maslow'sche Bedürfnishierarchie, bekannt als Bedürfnispyramide, ist eine sozialpsychologische Theorie des US-amerikanischen Psychologen Abraham Maslow (1908–1970). Sie beschreibt menschliche Bedürfnisse und Motivationen in einer hierarchischen Struktur und versucht, diese zu erklären.

⁹ Die Self-Determination Theory, (SDT) ist eine Motivationstheorie. Sie wurde von Richard M. Ryan und Edward L. Deci in den, USA, entwickelt

7.2. Wohlbefinden ermöglichen

Fragt man Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung nach den Zielen ihrer Tätigkeit, so hört man häufig den Satz: „Ich möchte, dass es den Bewohnerinnen und Bewohnern gut geht und dass sie sich wohl fühlen“. Jeder würde diese Zielstellung ohne lange nachzudenken unterschreiben und doch ist es mit dem Wohlbefinden eine sehr komplexe Sache, über die ein Nachdenken lohnt.

Das subjektive Wohlbefinden einer Bewohnerin/eines Bewohners fußt auf der zuvor beschriebenen Struktur menschlicher Bedürfnisse. „Die Grundlage für das allgemeine Wohlbefinden liegt im physischen Bereich und widerspiegelt die ursprünglichen Bedürfnisse des Menschen nach Sättigung, Wärme, Freiheit von Schmerzen, des körperlichen ‚Versorgt seins‘. Diese Basisbedürfnisse werden in der Biografie ergänzt durch das Bedürfnis nach Geborgensein, Glück, Zufriedenheit, Umweltkontrolle, demgemäß dem psychischen Wohlbefinden. Die soziale Komponente ist die biografisch jüngste Form des Wohlbefindens. Sie beinhaltet das Bedürfnis nach Dazugehören, Teilhaben, nach dem Geben und Nehmen“ (Scheiber, 2008 S. 15). All dies ist beeinflusst von den vorhandenen Ressourcen der Bewohnerin/des Bewohners.

Eine fachliche Antwort auf das Zusammenspiel zwischen vorhandenen Ressourcen und dem subjektiven Wohlbefinden bietet das Modell von Pasqualina Perrig-Chiello (Perrig-Chiello, 1997). Innerhalb dieses Modells wird die subjektive Sicht des Menschen auf das eigene Wohlergehen als allgemeines Wohlbefinden bezeichnet. Es geht also nicht in erster Linie um volle Aktivitäten-Pläne und Angebote. Es geht darum menschlichen Grundbedürfnissen zu entsprechen. Es geht um ein „Sich-Wohl fühlen“, ein „In-Beziehung-sein“ und die Vermeidung von emotionaler und sozialer Einsamkeit. Ein möglichst autonomes Leben in einem neuen Umfeld, verbunden mit dem Gefühl der Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung muss Ziel einer jeden Maßnahme der Sozialen Betreuung sein. Planung, Durchführung und Evaluation von Leistungen der Sozialen Betreuung müssen daher immer diese Zielstellungen zugrunde legen.

In der Fachdiskussion ist es somit zielführender von einer psychosozialen Betreuung zu sprechen. „Die psychosoziale Perspektive, der doppelte Fokus bedeutet, den Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren.“ (Gahleitner, 2017 S. 29)

Dieser Begriff beschreibt sehr viel präziser diese unterschiedlichen Ebenen (Individuum, soziales Umfeld, unterstützende Person) des Wohlbefindens. Leider hat dieser Begriff keinen Eingang in das Leistungsrecht des SGB XI gefunden.

Fasst man die bisherigen Ausführungen zusammen so ist die Zielstellung der (psycho-)sozialen Betreuung wie folgt zu beschreiben: Ausgehend von den Bedürfnissen des Einzelnen und unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen haben die Leistungen der sozialen Betreuung die Zielstellung das physische, psychische und das soziale Wohl-

befinden der Bewohnerinnen und Bewohner positiv zu beeinflussen. Hierzu ist es notwendig:

- Die Bedürfnisse des Einzelnen zu erfragen
- Vorhandene Ressourcen zu erkennen
- Beziehungen zu ermöglichen und
- Teilhabemöglichkeiten zu schaffen.

Hieraus lassen sich verschiedene Aufgabenstellungen ableiten.

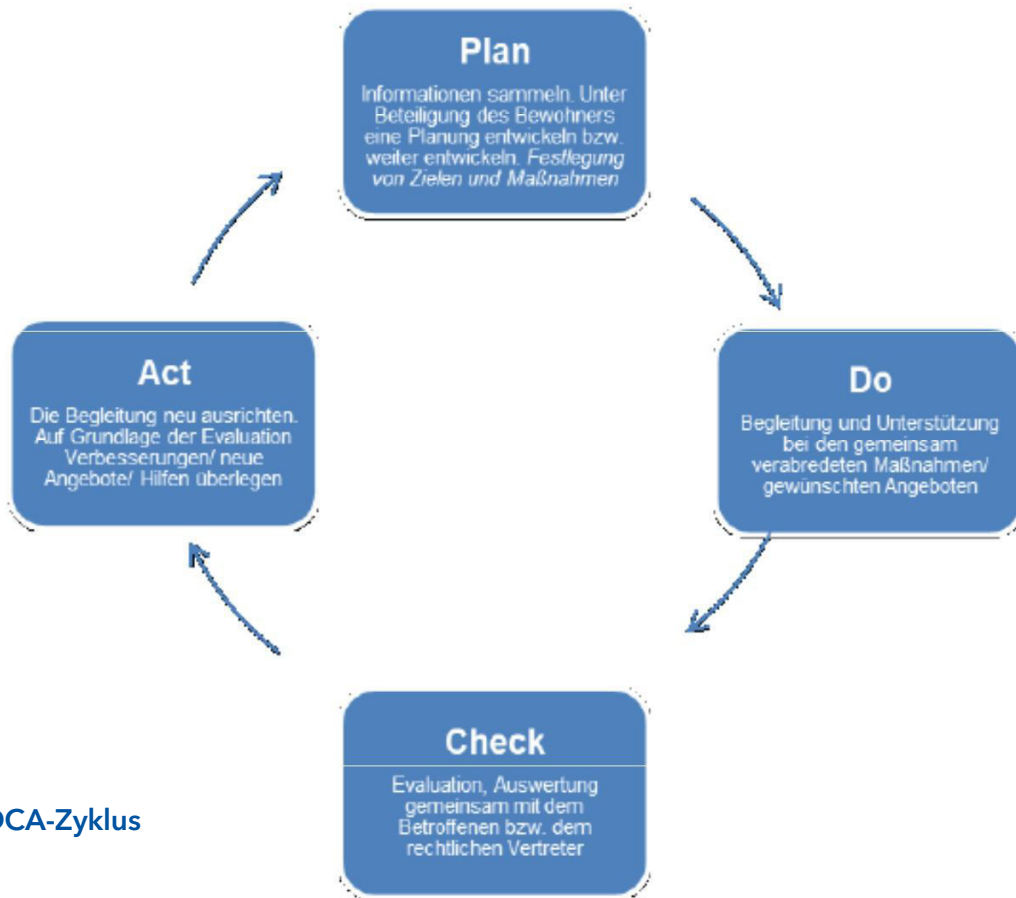
- Unterstützung in der Eingewöhnungsphase
- Herstellung von Alltagsnähe
- Schaffung des Gefühls von Sicherheit und Geborgenheit
- Stärkung der persönlichen Ressourcen und Kompetenzen
- Erhaltung und Förderung von Identität und Kreativität
- Erhaltung und Förderung von Selbstvertrauen und Selbstständigkeit und autonomer Lebensgestaltung
- Vermeidung von sozialer und emotionaler Einsamkeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

8. Soziale Betreuung ist Teil eines Prozesses

Pflegeeinrichtungen müssen sicherstellen, dass eine individuelle Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner prozesshaft erfolgt und dokumentiert wird. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der (zusätzlichen) sozialen Betreuung sowie der Pflege dokumentieren in einem von der Einrichtung ausgewählten Dokumentationssystem. Diese Regelung des HGBP spiegelt ein Prozessverständnis in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Einschränkungen wider.

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht legt daher bei allen Anforderungen an die zu erbringenden Betreuungs- und Pflegeleistungen die Anwendung des Pflegeprozesses in vier Schritten zu Grunde. Dieser Ansatz entspricht der Definition der WHO sowie vom Grundsatz her dem PDCA -Zyklus¹⁰, der als Regelkreis Grundlage jeder Form von Qualitätssicherung ist.

10 PDCA = Plan, Do, Check, Act (Planen, Tun, Überprüfen, Anpassen)



Der PDCA-Zyklus

PLAN

Erhebung: Jede Betreuungsplanung sollte auf einer individuellen Bedarfsanalyse beruhen. Diese wiederum setzt sich aus den erhobenen Biografie-Informationen, Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren Angehörigen sowie der fachlichen Einschätzung der Betreuungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zusammen.

Ziele und Maßnahmen: Die Maßnahmen bzw. Angebote, welche aufgrund der individuellen Bedarfsanalyse herausgebildet werden, sind in der Bewohnerdokumentation konkret zu beschreiben und mit einer Zielsetzung zu verknüpfen. Dabei müssen auch Betreuungsstandards zur individuellen (psycho-) sozialen Betreuung formuliert und im Leistungskatalog abgebildet werden.

DO

Es wird klar geregelt, wann und wie häufig eine Maßnahme angeboten wird bzw. angeboten werden kann. Dabei sollte aus der Beschreibung der Maßnahme hervorgehen, welche Qualifikation und Kompetenz für die Durchführung der Maßnahme notwendig ist. Gerade durch die verstärkten Einsatzmöglichkeiten von zusätzlichen Betreuungskräften kommt dieser Aufgabe im Kontext der Betreuungs- und Pflegeplanung eine besondere Bedeutung zu.

CHECK

Evaluation: Im Rahmen der Evaluation ist festzuhalten, inwiefern die Angebote geeignet sind, das beschriebene Ziel zu erreichen. Dies geschieht nicht selten in einer wöchentlich verfassten Eintragung zum Befinden der Bewohnerinnen und Bewohner in Zusammenhang mit den wahrgenommenen Einzelbetreuungs- und Gruppenangeboten sowie

weiterer relevanter Erlebnisse einzelne Bewohnerinnen und Bewohner betreffend. In der Evaluation der Maßnahmen sind die Einträge aus dem Verlaufsbericht auszuwerten.

ACT

Anpassen: Die Ergebnisse der Evaluation sind zur Anpassung der Betreuungs- und Pflegeplanung zu verwenden. Durch einen solchen Abgleich erhalten Betreuungskräfte stets auch einen Überblick über wichtige Informationen des Bereiches „Pflege“. Eine ganzheitliche Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner kann umso besser sichergestellt werden.

Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner: Die Betreuungskräfte stehen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in engem Kontakt und Austausch. Sie filtern adäquate Angebote heraus und sorgen für deren Beachtung im Tagesablauf. Eine sinnvolle Einbindung in die Besprechungsstruktur ist dementsprechend erforderlich. Um die mit der Bewohnerdokumentation verbundenen Herausforderungen fachgerecht ausführen zu können, benötigen Betreuungskräfte Schulungen auch zu Formulierungshilfen, denn letztendlich „wirkt die Dokumentation durch die Nutzung treffender Formulierungen nicht nur als ein Instrument der Qualitätssicherung, sondern bedeutet auch eine überzeugende Selbstdarstellung qualitativ guter Arbeit“ (Friese, 2017 S. 12).

Ein weiteres Ziel des zum 21.03.2012 in Kraft getretenen HGBP ist es die Betreuungs- und Pflegedokumentation im Sinne einer tatsächlichen Entbürokratisierung (§ 21 Abs. 2 HGBP) sinnvoll zu verschlanken, ohne dass gesetzliche und fachliche Anforderungen vernachlässigt werden. Dieses Ziel wurde dann auch durch das Bundesprojekt zur „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege“ durch das Bundesministerium für Gesundheit verfolgt. „Ergebnis des Vorgehens ist die breite Verständigung auf ein verändertes Konzept für die Prozessgestaltung und deren Dokumentation in der Langzeitpflege – in der Folge Strukturmodell genannt“ (Beikirch, et al., 2015 S. 4).

Mit der Einführung des neuen Strukturmodells haben nicht wenige Einrichtungen ihr Vorgehen im Rahmen von Dokumentation überdacht und neu aufgestellt. Auch Betreuungskräfte sind gefordert, allumfassende und zeitaufwendige Aufschreibungen zu vermeiden, so sich hieraus kein relevanter Effekt für die Bewohnerinnen und Bewohner ableiten lässt. Entwicklung und Steuerung dieses individuellen Betreuungsprozesses ist gem. § 7 Abs. 1 HGBPAV durch Fachkräfte zu erbringen. Dies verdeutlicht, welche Bedeutung der Verordnungsgeber gerade dieser personenzentrierten Ausrichtung professionellen Handelns beimisst.

Zentrale Fachkraftaufgaben sind:

- die Erhebung des Betreuungs- und Pflegebedarfs,
- die Festlegung von Zielen und Maßnahmen in Betreuungs- und Pflegeprozessen sowie deren Evaluation,
- die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner über Maßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung.

Auf der Grundlage des beschriebenen Prozessverständnisses sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung aufgefordert den Betreuungs- und Pflegeprozess zu dokumentieren. Die Betreuungs- und Pflegeaufsicht vertritt die Auffassung, dass eine Betreuungs- und Pflegedokumentation im Wesentlichen vier Ziele verfolgt:

- Die Gewährleistung der Sicherheit für die Bewohnerinnen und Bewohner im Prozess der Betreuung und Pflege
- Die Qualitätssicherung des Betreuungs- und Pflegeangebots
- Die Herstellung einer Leistungstransparenz
- Die Sicherung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller am Prozess der Betreuung und Pflege beteiligten Personen (Regierungspräsidium, 2013 S. 3).

Die Betreuungskräfte sind aufgefordert, sich mit dem einrichtungsinternen Dokumentationssystem sowie den erforderlichen theoretischen Grundlagen vertraut zu machen und sich aktiv einzubringen. Es ist Aufgabe der Betreiber dies auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildungsplanung zu berücksichtigen.

Grundlegend gilt für die Betreuungskräfte „sowohl relevante Aspekte bezogen auf den Grad der Selbständigkeit als auch die emotionale Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in der Dokumentation festzuhalten“ (Friese, 2017 S. 10)

9. Soziale Betreuung - eine Aufgabe für alle

Die Sicherstellung der persönlichen Lebensführung sowie die Achtung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit durchziehen alle Lebensbereiche eines Menschen, auch eines pflegebedürftigen und alten Menschen. Bezogen auf Altenpflegeheime sind bei diesem Prozess alle Arbeits- und Aufgabenbereiche einbezogen und damit auch die unterschiedlichen Professionen. Für die Zusammenarbeit ist eine gemeinsame Plattform unbedingt erforderlich. Hierzu gehören u.a. gemeinsame Werte wie z.B. in der Pflege-Charta beschrieben, ein gemeinsames Leitbild sowie ein verbindendes Menschenbild.

Als eine grundlegende Arbeitshaltung wird der personenzentrierte Ansatz empfohlen. Er bietet den fachlichen Umgang mit bedarfsgerechten und bedürfnisorientierten Pflege- und Betreuungsleistungen (Greb-Kohlstedt, et al., 2017). „Personenzentriert heißt auch ‚ganzheitliche Erfassung der Situation‘“ (ebenda). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung und Pflege gestalten den Betreuungs- und Pflegeprozess gemeinsam, bleiben aber die jeweiligen fachlichen Berater innerhalb ihrer Profession.

Hinzu kommt, dass nicht alle Lebensbereiche einer Bewohnerin/eines Bewohners durch professionell Handelnde begleitet werden. Auch der Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter oder die Einbindung von Angehörigen und die Integration in das Gemeinwesen machen die soziale Betreuung zu einer Querschnittsaufgabe, die ein großes Augenmerk auf das Zusammenwirken aller Akteure legen muss. Die Kunst besteht darin, die Tätigkeiten aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für alle Bewohner so zu organisieren und zu koordinieren, dass jede Bewohnerin und jeder Bewohner bekommt, was für sie oder ihn notwendig

ist, um ein zufriedenes und selbst-bestimmtes Leben innerhalb der Einrichtung führen zu können. Dazu braucht es geeignete Strukturen, ein hohes Maß an Kommunikation, Akzeptanz sowie fachliche Kompetenz.

Stellenbeschreibungen stellen die einzelnen Arbeitsbereiche und Funktionen dar. Die jeweiligen Organisations- bzw. Arbeitsbereiche sind zu definieren (z.B. in Bezug auf Wohnbereiche, Bezugsbetreuung und –pflege, zentrale Arbeitsbereiche). Hierbei ist u.a. darüber zu befinden, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betreuungsbereich eine eigene Organisationseinheit bilden und wer für die Leitung und Anleitung verantwortlich ist. Eine „Leitung der sozialen Betreuung“ ist dann auch in die jeweilige Kommunikationsstruktur einzubinden wie z.B. in die Leitungsrunde.

In der Prozessgestaltung sind Betreuungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeiter gleichberechtigt zu beteiligen. Sie beginnt mit der Informationssammlung, umfasst die komplette Betreuungs- und Pflegeplanung und auch die Evaluation ist personenzentriert und gemeinsam durchzuführen. Diese Form der Prozessarbeit beinhaltet ein hohes Maß an Offenheit, Fachkompetenz sowie Kommunikationsfähigkeit. Für den jeweiligen Abstimmungsprozess ist festzulegen, wer ihn koordiniert. Vom personenzentrierten Ansatz ausgehend sind die Arbeits- und Organisationsstrukturen so zu gestalten, dass sie diesen Prozess ermöglichen (Wolf-Wennersheide, 1998).

10. Soziale Betreuung hat Schwerpunkte

Die bisherigen Ausführungen zeigen auf, wie sich die gesetzlichen und fachlichen Anforderungen der sozialen Betreuung entwickelt und verändert haben. Nicht zuletzt die Pflegestärkungsgesetze (PSG II und PSG III) und ein damit verbundener neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff bilden eine Grundlage, den Pflege- und Hilfebedarf alter Menschen anders zu betrachten. In der Folge beschreibt auch der Rahmenvertrag über die vollstationäre Versorgung gemäß § 75 SGB XI für das Land Hessen: „Die Ablösung der Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung erfordert eine konzeptionelle Neuausrichtung des pflegerischen Handelns. Die Aufgaben, die im Bereich der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Hilfen erbracht werden, erfolgen im jeweiligen situativen Kontext und dienen der Förderung der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen“ (Rahmenvertrag-SGB-XI, 2018). Der Rahmenvertrag spricht nicht mehr von „Maßnahmen“, sondern von „Aufgaben“, die ergänzt werden um

- Beratung und Edukation
- Prävention
- Prozesssteuernde Interventionen
- Alltagsbezogene Unterstützung

Diese neue Sichtweise auf den Pflege- und Hilfebedarf ist in die Gestaltung der sozialen Betreuung aufzunehmen. Soziale Betreuung greift die Lebensgeschichten auf, entwickelt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern neue Kontexte und begleitet in der För-

derung und dem Erhalt der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Auch wenn dieses Verständnis deutlich macht, dass alle Lebensbereiche der Bewohnerinnen und Bewohner durch Angebote der sozialen Betreuung begleitet werden können, so haben sich in vielen Einrichtungen in den vergangenen Jahren Schwerpunkte herausgebildet, die in der Folge beschrieben werden. Da sich alle Aktivitäten der sozialen Betreuung somit grundsätzlich auch an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ausrichten müssen, steht diese Anforderung zu Beginn.

10.1. Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz

Einer der Hauptgründe für einen Umzug in ein Altenpflegeheim ist das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung. (Scheiber, 2008 S. 4) So ist es nicht verwunderlich, dass in den meisten Altenpflegeheimen die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner an einer Demenz erkrankt ist. „Zwei Drittel aller Pflegeheimplätze sind von Demenzpatienten belegt“. (Kuhlmey, 2011 S. 47) Weitere betreuungs- und pflegebedürftige Personen, die in Heimen leben, sind zwar nicht demenziell erkrankt, zeigen jedoch aufgrund anderer Erkrankungen ähnliche Symptome.

Form und Inhalt der Leistungserbringung bedürfen daher gezielter, konzeptioneller Überlegungen. Für die Ausgestaltung der Sozialen Betreuung bedeutet das, alle Betreuungsangebote möglichst so zu konzipieren, dass die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigt sind.

Demenz (lateinisch: de-mens - „der Geist ist weg“ oder „ohne Geist“) ist ein Oberbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen. Demenz ist ein Syndrom, das heißt eine Kombination verschiedener Krankheitszeichen, die typischerweise gleichzeitig und gemeinsam auftreten. Es ist eine langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns, welche mit Störungen und Verlust geistiger Fähigkeiten einhergeht. Demenz heißt allerdings nicht „ohne Gefühl“. Gerade demenzkranke Menschen haben eine ausgeprägte Emotionalität in Bezug auf die verschiedenen Formen der Kommunikation bzw. Interaktion mit Menschen von denen sie gepflegt und betreut werden. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden allerdings von Veränderungen der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens begleitet. Demenzkranke Menschen leben immer mehr in ihrer eigenen Realität. Die Fähigkeit üblicher Interaktion und Kommunikation geht verloren. Umweltreize können weniger gut verarbeitet werden. Eine zeitliche, räumliche oder situative Orientierung sowie der Bezug zu Personen fallen den Betroffenen immer schwerer. Es gibt stets individuelle Verlaufsformen der Krankheit. Gänzlich unterschiedlich sind Menschen mit Demenz bei den Dingen, Personen und Erlebnissen, an die sie sich erinnern. Für Betreuungskräfte ist es daher wichtig herauszufinden, was für die Menschen früher wichtig war und heute wichtig ist (vgl. Kap. 10.3).

Ein Mensch mit Demenz braucht andere Menschen, um sich selbst als Person zu erfahren. Die Bedürfnisse nach Gemeinschaft, nach Beschäftigung und Arbeit, nach Identität und Entspannung werden als die vorrangigen Interessen von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung genannt (KDA, 2001 S. 20). Betroffene brauchen in besonderem

Maße Bezugspersonen. „In Beziehung sein“ ist sozusagen das beste Medikament. Auch der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ beschreibt die Wichtigkeit der Gestaltung der Beziehung: Die Zielsetzung besteht darin, dass jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung erhält, die „das Gefühl (...), gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein,“ erhalten oder fördern. (DNQP, 2018 S. 29) Ziel der Sozialen Betreuung ist es dementsprechend, Interaktion und Kommunikation und somit Beziehungsgestaltung zu fördern.

Hierbei ist es wichtig, dass unter den Akteuren Einigkeit darüber herrscht, in welcher Form Menschen mit Demenz in ihrer jeweiligen Lebenswelt begegnet wird. Voraussetzung für eine gelingende Soziale Betreuung ist ein respektvoller Umgang, indem einfühlsam auf individuelle Bedarfe reagiert wird. Eine eventuell schmerzliche Orientierung an der Realität kann zu Irritationen führen und auf Widerstand stoßen. Gleichzeitig ist das Vortäuschen von Lebenswelten ebenfalls zu vermeiden, da dies keinem wertschätzenden Umgang entspricht und zu Enttäuschungen führen kann. Im Team sollte daher gemeinsam ein Weg gefunden werden, Gefühle und Antriebe von Menschen mit Demenz wertschätzend anzuerkennen und auf diese zu reagieren.

Je geringer die Handlungskompetenz eines Menschen, desto größer ist die Bedeutung seiner Umgebung. „Mit abnehmender Anpassungsfähigkeit wächst die Bedeutung einer flexiblen Umgebung, des räumlichen Milieus, des sozialtherapeutischen Umgangs mit den Betroffenen und des organisatorischen Rahmens“ (Wojnar, 2001 S. 40) Betreuungskräfte übernehmen Aufgaben in Zusammenhang mit dem Wohnumfeld von Menschen mit Demenz. Das räumliche Milieu (vgl. Kap.10.5.) soll insbesondere Sicherheit und Orientierung bieten sowie Geborgenheit vermitteln und Rückzug ermöglichen. Bezogen auf das soziale Milieu steht im Mittelpunkt des Bestrebens, eine personenzentrierte (person-zentrierte¹¹) soziale Betreuung im Alltag zu gewährleisten. Die Tagesstruktur sollte als Eckpfeiler sich wiederholende Abläufe und Rituale aufweisen. Die Betreuungsangebote finden im besten Fall in überschaubarer Gruppengröße und mit hoher Personenkonstanz statt.

In der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen geht es darum Identität zu stärken und zu erhalten. Ein Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung verliert damit nicht seinen Anspruch auf Würde und Individualität.

11 Der Begriff „person-zentriert“ erfährt durch den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ eine Renaissance. Ursprünglich von Carl Rogers wurde dieser Begriff im Kontext der Beziehung eines Therapeuten zu seinem Klienten entwickelt. Rogers entwickelte so das Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung weg vom Begriff des Klienten hin zur ganzheitlichen Betrachtung einer Person. Im weiteren Verlauf wurde dieser Ansatz von Rogers nicht mehr nur auf eine Person bezogen, sondern auf ganze gesellschaftliche Gruppen. Dadurch wurde nicht mehr die Haltung eines Einzelnen in den Fokus genommen, sondern die Ausrichtung einer Institution, einer Gruppe von Mitarbeitenden, verschiedener gesellschaftlicher Gruppen etc. Mit dieser gesellschaftsorientierten Weiterentwicklung wurde zunehmend auch der Begriff der Personenzentrierung eingeführt.

Der Expertenstandard besinnt sich nun wieder auf den Begriff der „person-zentrierten Pflege“ und stellt somit die Anforderung an die Beziehung zwischen Betreuungs- und Pflegebedürftigen und der Person, die Unterstützung leistet. Es geht darum einer Haltung zu entwickeln, die die Person in den Mittelpunkt stellt und dabei die Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen sieht. Die Betreuungs- und Pflegeaufsicht verwendet daher zunehmend beide Begriffe je nach Beratungs- und Prüfkontext.

Die hohe Sensibilität demenziell erkrankter Menschen macht sie besonders verletzlich. Respektloses Verhalten und Mangel an Wertschätzung lösen als Reaktion ein Verhalten aus, das die Umwelt möglicherweise überfordert. Einem solch „herausforderndem Verhalten“ gilt es jedoch mit Verständnis und professioneller Reflexion zu begegnen. Soziale Betreuung leistet einen erheblichen Beitrag an professioneller Begleitung und Zuwendung, damit es gar nicht erst zu einer Eskalation kommt.

Bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung bleiben trotz aller intellektueller Einbußen zwei wichtige Kompetenzen erhalten:

- Sinneswahrnehmungen: Menschen mit Demenz spüren beispielsweise Hunger, Kälte und Wärme oder riechen Düfte etc.;
- Gefühle: Demenziell erkrankte Menschen empfinden Freude, Wut, Trauer, Angst etc. Menschen mit Demenz verfügen über einen besonderen Gefühlsreichtum und eine herausragende Gefühlsintensität, sie sind hochsensibel und emotional stark empfänglich.

Diese Ressourcen gilt es im Rahmen der sozialen Betreuung gezielt anzusprechen und zu aktivieren.

Als bedeutsame Wirkungsbereiche im Rahmen der konkreten Gestaltung sozialer Betreuung lassen sich insbesondere nennen:

Musik

Der Einsatz von Musik in den unterschiedlichsten Formen (z. B. singen, musizieren, tanzen/„sitztanz““) ist in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz eine der positivsten Einflussmöglichkeiten und bildet somit einen Schwerpunkt in (psycho-)sozialer Betreuung. Musik drückt Emotionen aus, weckt Gefühle und Erinnerungen, fördert Kontakte, Kommunikation und Sprache, gibt Struktur und regt zu körperlicher Bewegung an. Musik ist für einen Großteil der Menschen eine Quelle der Lebensfreude. Auch ist mit Musik Stärke erfahrbar, denn an alte Liedtexte und in jungen Jahren erlernte Tanzschritte kann sich meist mühelos erinnert werden. So wird das Gehirn in vielfacher und ausgezeichneter Weise gefordert und gefördert.

Eine biografiebezogene Auswahl an Musikstücken kann hilfreich sein, den einzelnen Menschen zu erreichen. Allerdings sollte beachtet werden, dass eine Demenzerkrankung auch den individuellen Musikgeschmack verändern kann. Musik im Hintergrund abzuspielen ist kritisch zu bewerten, denn sie bindet zerebrale Reserven. Wenn gleichzeitig etwas Anderes getan werden soll, kann es zu einer Überforderung kommen. Soziale Betreuung sollte Möglichkeiten schaffen, Musik bewusst zu erleben.

Berührung

„Seelenpflegerisch wirksame Berührung geht über die Haut, durch die Haut, unter die Haut“ (Hofmann, 2017).

Im Kontext pflegerischen Handelns sind Berührungen eine Selbstverständlichkeit und müssen gerade in der Begleitung von Menschen mit Demenz sehr bewusst wahrgenommen und unter Umständen auf der Basis der Beziehung interpretiert werden. Im Zusammenhang mit Angeboten der sozialen Betreuung sollte man sich stets vor Augen führen, dass Menschen mit Demenz durch Körperkontakt leicht erreicht werden können. Beispielsweise können in einzelne Angebote Massage-Elemente gut eingebaut werden. Einzelbetreuung und Gruppenangebote eignen sich, um mit den Händen in Berührung zu kommen. Kenntnisse in Basaler Stimulation® versetzen Betreuungskräfte in die Lage, Situationen gut einzuschätzen und entsprechend sensibel vorzugehen. Auf eine fachgerechte Anleitung von handelnden Personen bei der Durchführung von Betreuungsangeboten sollte Wert gelegt werden. Entscheidend für den Erfolg ist die ungeteilte Aufmerksamkeit während der Einzelbetreuung.

Geruchssinn

Eine besondere Bedeutung bei der Sinneswahrnehmung hat der Geruchssinn. Obgleich Störungen bezogen auf das Riechen in einem Frühstadium der Demenz beschrieben werden, kann davon ausgegangen werden, dass Gerüche Erinnerungen wecken: Informationen, die von Riechmolekülen ausgehen, gelangen direkt in die Hirnregionen, in denen Emotionen und zum Teil auch Erinnerungen verarbeitet werden. Deshalb kommt es zur Verbindung beider Bereiche, mit der Folge, dass ein Geruch noch nach vielen Jahren besondere Emotionen auslösen kann. Ein angenehmer Geruch entfaltet daher unmittelbar eine positive Wirkung. Mit Ansätzen von Aromatherapie sind Betreuungskräfte in der Lage, die Betreuungsangebote entsprechend aufzuwerten.

Tiere

Zahlreiche Studien belegen, dass der Einsatz von Tieren in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz sinnvoll ist. Tiere besitzen die besondere Fähigkeit, einen Zugang zu der Welt von Menschen mit Demenz zu finden. Tiere vermitteln Lebensfreude und Sicherheit, sie beugen Gefühlen von Einsamkeit vor und bieten Gesprächsstoff unter der Bewohnerschaft. Impulse im Sinnes- und im biographischen Erleben werden ange-regt (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 159ff.). Die bedingungslose Akzeptanz der Tiere, die sie in einem speziellen Training lernen, stärkt das Selbstwertgefühl der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Umgang mit Tieren ermöglicht Körperkontakt und schenkt Berührung und Wärme. Tiere vermögen es Geborgenheit zu vermitteln. Sie fördern die Bewegungsbereitschaft auch in Zusammenhang mit deren Versorgung. Soziale Betreuung vermag es, all diese Prozesse durch entsprechende Betreuungsangebote in Gang zu setzen und zu begleiten. Das psychische und physische Wohlbefinden im Blick habend, erreicht soziale Betreuung mit unterschiedlichsten tiergestützten Angeboten eine Steigerung der Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz.

Hände

Eine Möglichkeit der Betreuung von Menschen mit Demenz ist das Beschäftigen der Hände. Betroffene erfahren hierdurch Ruhe und Erdung. Eine Beschäftigung der Hände kann

zum Beispiel mit einem Rosenkranz oder mit einer Puppe erreicht werden. Beim Bewegen der Hände ist auch das Ertasten verschiedener Materialien wichtig. In besonders ausgerichteten (psycho-)sozialen Betreuungsangeboten kann ausprobiert werden, inwieweit solche Angebote bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern auf Interesse stoßen, sei es während einer 10-Minuten-Aktivierung im Rahmen einer Einzelbetreuung oder als Inhalt von Gruppenangeboten.

Spiritualität/Religion

Menschen, die einen Bezug zu Spiritualität haben, sollten Unterstützung im Ausleben spiritueller Erlebnisse erfahren. Ein gemeinsam gesprochenes Gebet kann Trost und Stärkung vermitteln. Betreuungskräfte, die gläubig sind, sollten ermuntert werden, ihre Spiritualität mit interessierten Bewohnerinnen und Bewohnern zu teilen. Der begleitete Besuch von Gottesdiensten gehört zu den Aufgaben von Betreuung.

Zu beachten ist bei allen genannten (psycho-)sozialen Betreuungsangeboten sowie auch bei hier nicht aufgelisteten Maßnahmen, dass Unter- oder Überforderung zu vermeiden sind und entsprechende Angebote immer flexibel gestaltet sein sollten. Die Teilnahme an einem Betreuungsangebot sollte nicht an Erwartungen geknüpft sein. Das Ablehnen einer Aktivität ist stets erlaubt.

Die Begleitung von Menschen mit Demenz gelingt vor allem dann, wenn sich ein funktionierendes Netzwerk gefunden hat. Ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen, Angehörige, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie ggf. (Fach-)Ärzte – die Fachkraft der sozialen Betreuung kann hier das Case Management übernehmen und die im Netzwerk engagierten Akteure miteinander in Austausch und Verbindung bringen. Betreuungskräfte können Wünsche und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern herausfinden und vermitteln. Im Rahmen von Prozessgestaltung gilt es, Betreuungsstandards so zu gestalten, dass sie Individualität in der Begleitung zulassen. Die Einrichtung muss dafür Sorge tragen, dass auch Betreuungskräfte entsprechend ihrer Qualifikation an der Betreuungs- und Pflegeplanung beteiligt sind. Nur so können Betreuungsprozesse adäquat durchgeführt und evaluiert werden. (vgl. Kap. 8).

10.2. Einzug

Grundsätzlich sollte zu einem adäquaten Aufnahmeverfahren unter Einbeziehung aller Professionen ein „Ablaufplan“ für ein gelingendes Aufnahmemanagement erstellt werden. Gegebenenfalls sollte hierzu ein Standard im Rahmen des Qualitätssicherungssystems erarbeitet werden. Empfehlenswert sind Kriterienkataloge sowie Checklisten zur Eigenkontrolle. Maßgeblich sind hierbei klare Regelungen sowie eine Koordination der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Ein erfolgreiches Aufnahmemanagement erfolgt in mehreren im Folgenden beschriebenen Stufen und endet nicht unmittelbar mit dem Einzug des Bewohners, sondern nach ca. 8 bis 12 Wochen mit einer Reflexion der bisherigen Erfahrungen und sich ggf. hieraus ableitenden notwendigen Evaluierungen.

Erstgespräch

Der Einzug in das Altenpflegeheim stellt für die Bewohnerin/den Bewohner möglicherweise ein kritisches Lebensereignis dar. Er geht häufig einher mit Verlusterfahrungen, Ängsten und Unsicherheiten und der bewussten oder unbewussten Erkenntnis, ein „letztes Mal“ umzuziehen. Wegen der Brisanz und den sich daraus ergebenden Anforderungen ist der Einzug einfühlsam und professionell zu gestalten. Im persönlichen oder telefonischen Gespräch wird um die Möglichkeit einer Einrichtungsaufnahme gebeten. Empfehlenswert ist im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten ein Hausbesuch. Neben Abklärung der pflegerischen Situation des Interessenten sollte auch bereits zu diesem Zeitpunkt eine erste kurze Sozialanamnese erfolgen, um intern abklären zu können, in welcher Wohngruppe/ in welchem Wohnbereich der Interessent am ehesten integriert werden könnte. Dies gilt insbesondere bei einem Einzug in ein Doppelzimmer.

Wünschenswert ist, wenn künftige Bewohnerinnen und Bewohner

- sich die Einrichtung vor dem Einzug anschauen können,
- ihr zukünftiges Zimmer und die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner kennen lernen,
- ein Kontakt mit dem Einrichtungsbeirat hergestellt wird,
- die Atmosphäre kennen lernen.

Eine Übersicht über das von der Einrichtung bereitgehaltene Betreuungsangebot sowie das in der Einrichtung gelebte Betreuungs- und Pflegekonzept sollten dargestellt werden, eine Hausführung angeboten werden. Falls möglich sollte ein Probewohnen angeboten werden. Informationen über Möglichkeiten der persönlichen Ausgestaltung des Zimmers, Angaben zur Bewohnerstruktur, Kurzvorstellung der pflegerischen und betreuenden Versorgungsmöglichkeiten sollen ebenfalls gegeben werden. Bereits im Vorfeld des Einzugsverfahrens soll die Angebotspalette der gemeinschaftlichen und individuellen Betreuungsangebote und bereitgehaltenen Freizeitmaßnahmen vorgestellt werden. Gleichmaßen muss festgestellt werden inwieweit die individuellen Wünsche und Vorstellungen der zukünftigen Bewohnerin/des Bewohners sich in die Einrichtungsstrukturen integrieren lassen bzw. deckungsgleich sind. Hier muss ggf. eine beiderseitige Angleichung erfolgen.

Das zuvor beschriebene klassische Verfahren im Rahmen eines Erstgesprächs den Umzug vorzubereiten, ist häufig allerdings nicht möglich. Der direkte Umzug aus einer Akutversorgung im Krankenhaus in das neue Zuhause lässt den zeitlichen Vorlauf auf ein Minimum schmelzen. Auch führt die verbesserte ambulante Versorgung oder der direkte Übergang aus der Kurzzeitpflege zu Informationsdefiziten auf beiden Seiten. Umso wichtiger ist es die ersten Tage in der Einrichtung strukturiert zu planen.

Einzug eines neuen Bewohners/einer neuen Bewohnerin

Unmittelbar vor dem Einzug werden elementare medizinische, pflegerische und betreuende Informationen schriftlich fixiert, die zeitnah nach dem Einzug komplettiert werden. Im Anschluss obliegt den zuständigen Fachkräften aus Betreuung und Pflege in Koopera-

tion mit allen Professionen eine intensive Beobachtung und Begleitung des Bewohners. Nach Erstellung der Pflege- und Betreuungsplanung sowie der Erarbeitung einer aussagekräftigen Biografie werden die daraus entstandenen handlungsleitenden Maßnahmen umgesetzt und verstärkt überprüft.

Oftmals ist die Eingewöhnungsphase von Gefühlen wie Wut, Trauer, Aggression und Ärger, oder aber von Traurigkeit, Selbstzweifeln und Resignation begleitet und muss von allen Mitarbeitern professionell begleitet werden. Hierbei ist ein unvoreingenommenes und empathisches Vorgehen maßgeblich. In dieser Situation, die eine schwere Belastung für die Psyche darstellt, ist es erforderlich diese Gefühle zuzulassen, ihnen Platz zu geben. Der Mensch braucht Begleitung, Unterstützung und Hilfestellung von Angehörigen, Partnern, Freunden und den zukünftigen Bezugspersonen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung.

Sofern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung hier im Schwerpunkt tätig sind, müssen sie wichtige Aspekte beachten. Jeder neue Bewohner möchte willkommen geheißen werden, daher muss Zeit für Gespräche eingeplant werden. Der Bewohner/die Bewohnerin möchte das neue Zuhause einrichten. Hierbei braucht es häufig Unterstützung. Eine Vielzahl von neuen Eindrücken gilt es für die Menschen zu verkraften, viele neue Informationen strömen auf sie ein. Viele Kontaktmöglichkeiten sind zu schaffen, und gleichzeitig ist der Wunsch nach Rückzug zu respektieren. Dabei darf bei den Bewohnerinnen und Bewohnern nie der Eindruck entstehen, dass man sie in die Einsamkeit entlässt.

Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es auch, wichtige biografische Informationen nach Rücksprache mit den Bewohnerinnen und Bewohnern festzuhalten und in die Pflege- und Betreuungsplanung zu integrieren. Insbesondere Auffälligkeiten (Depressionen, Aggressionen, Wahnvorstellungen, Verwirrheitszustände, Ängste etc.) sollten möglichst erhoben, entsprechend berücksichtigt und dokumentiert werden. Besonders Menschen mit Demenz brauchen in dieser Zeit viel Fürsorge, weil hier ein großes Gefährdungspotenzial vorliegen kann. Die neuen Bezugspersonen kennen seine/ihre „Sprache“ nicht. Beide Seiten werden vorerst mit vielen Missverständnissen zu kämpfen haben. Zu beachten ist, dass Menschen mit Demenz wesentlich länger brauchen, um sich an die neue Lebenssituation zu gewöhnen.

Ein weiterer Personenkreis, der einer besonderen Begleitung bedarf, sind stark immobile Bewohnerinnen und Bewohner, da hier die Gefahr der Isolation und Vereinsamung groß ist. Sie haben nicht die Möglichkeit, auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohner zuzugehen. Sie sind in besonderem Maße abhängig von Zuwendung, Pflege und Betreuung und einem aktiven Gegenüber.

10.3. Biografiearbeit

Biografiearbeit beinhaltet die Summe aller bisherigen Erfahrungen und Erinnerungen, Lebensgewohnheiten, Bewältigungsmechanismen und Rituale, die die Identität eines Menschen ausmachen. Sie ist mehr als nur ein Lebenslauf. „Es ist die gelebte, interessante

Geschichte eines Menschen mit all ihren Höhen und Tiefen, Erinnerungen an Orte, Zeiten und Menschen, Land und Leute, Freude und Leid, Erfolge und Verluste“ (Greb-Kohlstedt, et al., 2017 S. 45). Biografiearbeit bedeutet, die Lebenserfahrungen in die Alltagsgestaltung einzubeziehen. Daraus ergeben sich drei Blickrichtungen:

- Vergangenheit = Lebensbilanz (Welche Faktoren haben die Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst?)
- Gegenwart = Lebensbewältigung (was steht für den Menschen im Vordergrund des Lebens?)
- Zukunft = Lebensplanung (was erhofft/befürchtet der Mensch?)

Die Biografie einer Bewohnerin/eines Bewohners eröffnet die Möglichkeit, ihr/sein Verhalten zu verstehen, um sie/ihn angemessen zu begleiten. Vor allem in der Einzugsphase ermöglicht sie den Zugang zu der Bewohnerin/dem Bewohner. Integration und Eingewöhnung können damit erleichtert werden. Biografiearbeit ist ein immerwährender fortlaufender Prozess. Mit dem Einzug in ein Altenpflegeheim wird eine weitere Lebenserfahrung hinzugefügt, die in die Betreuungsarbeit einfließt. So wird im Rahmen des Einzugs ein erstes Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner geführt, um Informationen zu erhalten und sie/ihn kennenzulernen. Häufig begleiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung diese ersten Tage und werden so zur/zum ersten bekannten Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der Einrichtung.

Eine personenzentrierte Betreuung und Pflege erfordert, dass alle an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soweit möglich biographische Hintergründe der Bewohnerin/des Bewohners kennen und in ihre jeweiligen Aufgaben einbeziehen. Daher sind biographische Informationen ein zentraler Bestandteil der Informationssammlung.

Eine umfassende Biografiearbeit ist zentrale Grundlage für den Aufbau einer Beziehung. Sie hilft, um miteinander in Kontakt zu kommen, vertraute Gespräche zu führen und damit eine Stabilität und Sicherheit zu vermitteln.

Die Bewohnerin/der Bewohner kann selbst entscheiden, welche persönlichen Lebensumstände sie/er erzählt. Wenn eine Bewohnerin/ein Bewohner nichts erzählen möchte, dann ist das zu respektieren.

In der Situation, in der Bewohnerinnen und Bewohner selbst keine Auskunft mehr erteilen können, muss ein anderer Weg gefunden werden. Dies geschieht häufig im Gespräch mit den Angehörigen oder nahestehenden Personen. Eine alleinige Befragung der Angehörigen bedeutet zwar häufig ein Mehr an Informationen, birgt jedoch die Gefahr einer verzerrten Darstellung. Zudem sollte die Bewohnerin/der Bewohner selbst entscheiden können, welche Informationen festgehalten werden.

Eine weitere Methode ist es, die nonverbalen biografischen Ausdrucksformen wie z.B. Kleidung, Gestaltung des Zimmers, gewählte Körperpflegemittel und Kosmetika, bestimmte Verhaltens- und Umgangsformen etc. aufzunehmen. Nonverbale Kommunikati-

on ist eine Methode, um Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Wünschen einzubeziehen. Hier ist die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der sozialen Betreuung gefordert.

Informationen aus der Biografiearbeit fließen in den Betreuungs- und Pflegeprozess ein. Neben der Erhebung der sozialadministrativen Daten wie beispielweise Ausbildung, Beruf, Kinder, Eheschließung, Scheidung, Verlust des Partners etc. geht es verstärkt darum die persönliche Entwicklung zu erfahren. Hierbei spielen Wünsche und Abneigungen sowie einschneidende Lebensereignisse eine maßgebliche Rolle. Neben Alltagsgewohnheiten spielen Aspekte wie z.B.

- Körperpflege/Waschrituale
- Trink- und Ernährungsgewohnheiten
- Einschlaf- und Weckrituale
- Sinnesschädigungen

eine nicht unerhebliche Rolle bei der Betreuung und Pflege. Auch hier zeigt sich eine Schnittstelle für das gesamte Team. Das jeweils gewählte Pflege- und Betreuungsmodell sowie das Dokumentationssystem bilden den Rahmen für die Biografiearbeit. Die erhobenen biografischen Informationen bilden die Basis für die Betreuungsplanung. Auch bei der Planung ist zu prüfen, wo es Schnittstellen zu „klassischen Pflege Themen“ gibt. Hier muss es eine Verständigung geben. Das gleiche Verfahren gilt für die regelmäßige Evaluation.

Einrichtungen, die auf der Grundlage des Strukturmodells arbeiten, sind in der Kommunikation besonders gefordert, da andere Anforderungen an die Verschriftlichung erhaltener Informationen gestellt werden. Die sechs Themenfelder der strukturierten Informationssammlung haben in der Regel eine Beziehung zu der Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner. „In Form der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) steht eine Grundstruktur zur Verfügung, in der pflege- und betreuungsrelevante biografische Aspekte entsprechend dokumentiert werden können. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Vorgabe, wesentliche Äußerungen der pflegebedürftigen Person zunächst im „Originalton“ festzuhalten (Feld B) und diese „Botschaften“ bei der Verständigung zu der pflegfachlichen Situationseinschätzung in den Themenfeldern zu beachten. Die in der SIS® (Felder B und C1) festgehaltenen pflegerelevanten biografischen Angaben können so bei der Maßnahmenplanung zur Pflege und Betreuung Berücksichtigung finden“ (Patientenbeauftragter, 2019). Auch wenn das Strukturmodell eine Struktur bereitstellt, die die Biografie berücksichtigt, liegt es im Ermessen der Einrichtung biographische Informationen ggf. auch in einem gesonderten Formular zu erheben. Die Bewohnerin/der Bewohner schildert ihre/seine persönliche Sicht und handelt die erforderlichen Maßnahmen aus. Aufgaben der Betreuung und Pflege lassen sich nicht klar trennen. Die Kooperation der beiden Tätigkeitsbereiche ist unbedingt erforderlich um beispielsweise die parallele Dokumentation unterschiedlicher, ggf. sogar widersprüchlicher Informationen zu vermeiden.

Die Biografiearbeit bildet eine zentrale Aufgabe in der sozialen Betreuung, da sie die Basis für die Betreuungs- und Pflegearbeit bildet. Die fachlichen Kompetenzen in Kommunika-

tion, Beziehungsgestaltung, Konfliktbearbeitung und strategisches Arbeiten tragen dazu bei, die Bewohnerin/der Bewohner in seiner gesamten Persönlichkeit anzunehmen und zu begleiten mit dem Ziel, das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten oder wiederzufinden. Dies findet sich in der Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen wieder. § 7 HGBPAV fordert ausdrücklich den Einsatz von Fachkräften in der Betreuung und beschreibt die zentrale Tätigkeit in der Prozesssteuerung und fachlichen Anleitung.

10.4. Sexualität und Intimität

Sexualität bedeutet ein Erleben von Lust. Sie wird als Möglichkeit zur Befriedigung psychosozialer Bedürfnisse, wie Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz betrachtet (Beier, et al., 2011 S. 12). Dies bildet eine Ressource für Lebensfreude und Lebensqualität (Sowinski, et al., 2017). Wie diese am besten ermöglicht werden kann muss individuell entschieden werden. Dabei können unter anderem sexuelle Hilfsmittel, die Vermittlung sexueller Dienstleistungen (z. B. Sexualassistenz) oder einfach die Ermöglichung von Privatsphäre hilfreich sein (pro-familia, 2016).

Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 HGBP ist die Intimsphäre und die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohnern zu wahren und zu fördern. Dazu gehört auch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und Intimität, welche zu den Grundbedürfnissen eines Menschen gehören und auch im Alter – und auch nach Einzug in eine Pflegeeinrichtung – bestehen bleiben. Von zentraler Bedeutung ist, dass Bewohnerinnen und Bewohnern nicht die Erfahrung machen bei Einzug in die Einrichtung ihre diesbezüglichen Wünsche „an der Pforte abgeben“ zu müssen. Eine wesentliche Rolle hierbei spielt die räumliche Milieugestaltung. Bewohnerinnen und Bewohnern, welche in einem Doppelzimmer leben, brauchen einen anderen Umgang mit der Thematik, als das in Zusammenhang mit dem Ausleben von „Intimität und Sexualität“ in einem Einzelzimmer der Fall ist.

Da das Thema „Sexualität im Alter“ lange Zeit tabuisiert war und auch heute oftmals noch wenig Beachtung findet, ist es wichtig, dass Mitarbeiter/innen zu diesem Thema geschult werden und Informationsveranstaltungen wahrnehmen. Das Ausbilden einer professionellen Haltung sollte das Ziel sein. Dies ist von besonderer Bedeutung wenn man bedenkt, dass die Bedeutung von Sexualität „(...) sich in den letzten 50 Jahren von einer „ehelichen Pflichterfüllung“ hin zu einer Ressource für gelebte Intimität verschoben“ (Rothkegel, 2006) hat. In den kommenden Jahren werden zunehmend Menschen in stationären Wohnformen leben, die ein völlig anderes Verständnis von Sexualität und damit einhergehender Erfahrungen mitbringen. Einrichtungen müssen konkrete und konzeptionell beschriebene Handlungsansätze entwickeln, um den Anforderungen gerecht zu werden. Der Umgang mit demenz- bzw. krankheitsbedingter Sexualisierung lässt sich nicht gut planen und einschätzen. Hier sind es nicht selten die spontanen und einfühlsamen Reaktionen der begleitenden/betreuenden Akteure, die entsprechende Situationen handhabbar machen.

Nicht selten stehen Angehörige dem Ausleben von „Sexualität im Heim“ kritisch gegenüber (Vight-Klußmann, 2014). Betreuungskräfte können im Rahmen ihrer Angehörigenarbeit eine andere Haltung vermitteln. Ein behutsames Einwirken und eine klare Position der Einrichtung können hilfreich sein, um Akzeptanz zu schaffen.

Multiprofessionelle Teams bieten großes Potential, wenn es um die Sicherstellung eines empathischen Umgangs mit dem Thema Sexualität und Intimität in einer Einrichtung geht. Unterschiedliche Sichtweisen können miteinander beispielsweise in multiprofessionellen Fallbesprechungen ausgetauscht werden. Eine kompetente professionelle Gesprächsführung ist überdies von Vorteil:

- wenn Bewohnerinnen und Bewohnern durch andere Bewohnerinnen und Bewohnern sexuell belästigt oder bedrängt werden
- wenn sexuelle Handlungen oder Äußerungen seitens der Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber Mitarbeitenden Gefühle wie Scham oder Ekel hervorrufen
- wenn in Zusammenhang mit beispielsweise einer demenziellen Erkrankung mit entsprechend herausforderndem Verhalten umzugehen ist

Nicht jeder Mensch kann oder möchte offen über Sexualität sprechen. Dem Thema liegt eine individuelle Schamgrenze zugrunde, die es zu respektieren gilt. Eine klare, eindeutige (positive) Haltung der verantwortlichen Betreuungskraft verbunden mit einem fundierten Wissen in Hinblick auf diese Thematik ist entscheidend dafür, ob Sexualität und Intimität in einer Einrichtung ihren Platz bekommt oder nicht.

10.5. Milieugestaltung

Insbesondere durch kognitive und somatische Einschränkungen sowie aufgrund von Sinnesbehinderungen sind Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen der Altenhilfe abhängiger von ihrer Umgebung als gesunde Menschen. „Der Alltag der Betroffenen findet nahezu ausschließlich im Heim statt. Für pflegebedürftige Menschen endet der Aktionsradius nicht selten an den Grenzen des Zimmers oder Bettes“ (Saup, 1994 S. 50). Die Bewohnergruppe, welche nach Lust und Laune ihren Wohnbereich oder gar die Einrichtung selbstständig verlassen kann, ist kaum mehr existent. Hieraus ergibt sich, dass das räumliche Milieu im Alten- und Pflegeheim eine bedeutende Rolle einnimmt.

Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 des HGBP soll das Wohnangebot an den Bedürfnissen der Betreuungs- und Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, folgende Aspekte bei der Wohnraumgestaltung zu berücksichtigen:

- Sicherheit und Geborgenheit
- Selbstbestimmung und Kontrolle
- Orientierung, Biografie und Routine
- Beständigkeit und Verlässlichkeit
- Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit
- Stimulation und Anregung

- Privatheit, Rückzug und soziale Interaktion
- Kontinuität und Bezug zum gewohnten Lebensraum
- Möglichkeit zur Anpassung an Veränderungen

Doch auch soziale Faktoren, wie beispielsweise das Verhalten der Betreuungs- und Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeiter gegenüber den zu betreuenden Menschen, nehmen erheblichen Einfluss auf das Milieu einer Einrichtung.

Adäquates Wohnangebot

Wohnqualität wird von Menschen subjektiv bewertet. Neben funktionalen Komponenten bestimmt das individuelle Bedürfnis nach Sicherheit, Privatheit und Freiheit die Wünsche und Bedürfnisse. Die unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner erfordern von den Einrichtungen ein flexibel gestaltbares Milieu. Stehen Individualität, Eigenkontrolle und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner im Vordergrund, oder sind es institutionelle Anforderungen wie Schutz, Pflege und Fürsorge zur Sicherstellung der Versorgung? Schlussendlich sind es beide Komponenten, welche es gilt möglichst stimmig zusammenzuführen, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

Aspekte der Milieugestaltung bei Einzug

Folgende grundsätzliche Aspekte sind im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in die Einrichtung zu bedenken:

- Die angebotenen Räumlichkeiten entsprechen den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit körperlichen, geistigen und/oder seelischen Einschränkungen
- Bei Wahlmöglichkeiten werden Wünsche der zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner zur Lage des Zimmers berücksichtigt sowie unter Umständen auch bei der Auswahl der Wandfarbe und sonstiger Renovierungen
- Die Gestaltung mit eigenen Möbeln, Bildern und Erinnerungsstücken ist möglich und wird gefördert
- Bei Aufnahme in ein Mehrbettzimmer beginnt bereits mit der Aufnahme das gegenseitige Kennenlernen der zukünftigen Mitbewohnerinnen/Mitbewohnern. Die bereits in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner werden bei der Entscheidung über die Vergabe des Platzes beteiligt
- Es wird über den Zugang zu TV/Radio, Internet und Printmedien informiert
- Es wird miteinander abgestimmt, inwieweit technische Geräte im Bewohnerzimmer genutzt werden können (Bspw. Kühlschrank)
- Es wird auf die Möglichkeit der Mitnahme von Textilien wie eigener Bettwäsche, Kissen oder Decken hingewiesen
- Bereits bei Einzug in die Einrichtung werden die Möglichkeiten und Grenzen der Tierhaltung besprochen
- Es wird ein Zimmerschlüssel ausgehändigt

Einzel- und Doppelzimmer

„Einzelzimmer zählen zu den wichtigsten ökologischen Bedingungen, um erfolgreiches Altern in Altenhilfeeinrichtungen zu ermöglichen“ (Kreimer, 2000 S. 65). Aus dem Leben im Mehrbettzimmer erwachsen für die meisten Bewohnerinnen und Bewohner erhebliche Nachteile. Die Privatheit ist eingeschränkt, Rückzugsmöglichkeiten sind kaum vorhanden und die Entscheidungskompetenz ist eingeschränkt. Nach § 12 Abs. 2 HGBPAV sind Einzelzimmer vorzuhalten. Für Bewohnerinnen und Bewohner, die gerne gemeinsam wohnen möchten (z. B. Ehepaare), können Wohnplätze so gestaltet werden, dass zwei Einzelzimmer zu einer Nutzungseinheit zusammengeschlossen werden. Darüber hinaus kann die BPAH nach § 12 Abs. 2 S. 3 unter bestimmten Umständen auch Doppelzimmer genehmigen. „Die meisten Menschen unserer Kultur sind es gewohnt zu bestimmen, wie viel Privatheit und wie viel soziale Kontakte sie haben wollen. In einem Mehrbettzimmer sind die Mitbewohner einander ausgesetzt und sie können nicht bestimmen, wo das eigene Lebensumfeld aufhört und das des Mitbewohners anfängt. Der Kontrollverlust der Privatsphäre führt zu Gewalt und Aggression oder Rückzug und Resignation. Deshalb ist der persönliche Lebensraum von besonderer Bedeutung, da er Individualität, Intimität und Schutz bietet“ (KDA, 2001 S. II/20).

Nach Graber-Dünow stellt sich die Frage, wie auch unter „suboptimalen Bedingungen ein Mindestmaß an Privatheit und Wohnatmosphäre herzustellen ist“ (Graber-Dünow, 1999 S. 57). Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Vor dem Betreten des Bewohnerzimmers anklopfen und die Aufforderung zum Eintreten abwarten
- Einrichten von sogenannten „Zonen“ in Mehrbettzimmern, welche den Privatbereichen der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordnet werden
- Eine Sichtschutz-Vorrichtung (Paravent) zur Verfügung stellen und zum Einsatz bringen
- „Auch sollte zumindest der um das Bett befindliche Bereich des Zimmers mit persönlichen Gegenständen des Bewohners individuell gestaltet werden können. Wichtig ist dabei außerdem, dass sich dieser Bereich auch im Sichtfeld des Betroffenen befindet“ (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 62).

Das Vorhandensein eines Einzelzimmers allein garantiert an sich jedoch noch keine hohe Wohnqualität. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Ausgestaltung der Räumlichkeiten.

Gestaltung des Zimmers

Ein Einzelzimmer kann leichter persönlich gestaltet werden. „Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen. Die Milieugestaltung orientiert sich im Rahmen der Funktionalität also nach der Biografie und kann durchaus unterschiedlich sein.“ (Tauch, 2011) Bis auf das Pflegebett, welches aus arbeitsorganisatorischen Gründen häufig erforderlich ist, sollten Bewohnerinnen und Bewohner an Möbeln und Einrichtungsgegenständen mitbringen dürfen was sie möchten. Bei der Gestaltung des Zimmers sollte deren größtmöglicher Einfluss gewährleistet sein. Vertraute und emotional besetzte Mö-

bel und Einrichtungsstücke sind für die Eingewöhnung in eine neue Umwelt wichtig. Sie ermöglichen das Fortführen eines Teils der Lebenskontinuität und erleichtern es den einziehenden Bewohnerinnen und Bewohnern einen emotionalen Bezug zum neuen Wohnraum herzustellen. „Sie sind nicht nur ein Stück der persönlichen Geschichte und somit Teil der eigenen Identität, sondern dienen auch seiner Selbstdarstellung. Eine individuelle Möblierung von Zimmern ruft zudem Verhaltenserwartungen an alle, die den Raum betreten, hervor und dient somit dem Schutz der Privatsphäre“ (Graber-Dünow, 1999).

Bewohnerinnen und Bewohner dürfen nicht den Eindruck haben, dass sie in ein Krankenzimmer gezogen sind. „Auch, wenn es die Pflege des Betroffenen zu erleichtern scheint, wenn Inkontinenzvorlagen und sonstiges Pflegematerial immer griffbereit in Bett Nähe liegen, gehören Pflegeutensilien zumindest nicht in das Sichtfeld des Betroffenen. (...) Anstelle einer funktionellen Gestaltung sollte das Zimmer vielmehr die persönliche Atmosphäre des Bewohners widerspiegeln. (...)“ (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 63ff).

Gerade für immobile Bewohnerinnen und Bewohner, also jene Menschen, die die meiste Zeit liegend im Bett verbringen ist die Gestaltung des Blickfeldes von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund sollte gerade bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern der Deckengestaltung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In die Gestaltung des Zimmers fließt der bisherige Lebensraum bzw. die Biografie, auch bezogen auf religiöse Hintergründe, ebenso mit ein, wie persönliche Vorlieben. Unter Berücksichtigung dieses Wissens kann eine wohnliche Atmosphäre entstehen.

„Ein spezifisches ‘Heimproblem’ ist in vielen Fällen das Offenstehen von Zimmertüren. (...) Wenn das Bett vom Flur aus sichtbar ist, bedeutet dies jedoch zugleich, dass der Bewohner dann jeglichen Blicken von Besuchern, Gästen und Mitbewohnern ausgesetzt ist, die seine Privatheit verletzen und sogar als entwürdigend erlebt werden können. Zimmertüren sollten also in der Regel nur dann offenstehen, wenn der Bewohner dies ausdrücklich wünscht“ (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 67).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung in Hinblick auf die Gestaltung des Zimmers ihre Unterstützung anbieten, dabei die genannten Aspekte der räumlichen Milieugestaltung berücksichtigen und wichtige Informationen mit Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner in die Betreuungs- und Pflegeplanung einfließen lassen.

Gestaltung der Gemeinschaftsflächen

Die Gemeinschaftsräume sollen der Begegnung dienen und Bewohnerinnen und Bewohnern Anreiz bieten miteinander zu kommunizieren. Einer Isolierung soll entgegengewirkt und signalisiert werden: „Du bist nicht alleine!“ Die Räume sollten übersichtlich angeordnet und gut einsehbar sein. Im Sinne einer Wohngemeinschaft wäre zu erwarten, dass

verschiedene Räumlichkeiten innerhalb einer Einrichtung unterschiedlich ausgestaltet sind je nach zu betreuender Bewohnergruppe bzw. entsprechend deren Wünschen und Bedürfnissen. Das räumliche Milieu bezogen auf Gemeinschaftsflächen kann dadurch positiv beeinflusst werden, dass:

- lange und unzureichend beleuchtete Flure vermieden und möglichst kurze Wege angeboten werden um beispielsweise Stürze zu vermeiden
- Quellen der Überforderung und Reizüberflutung ausgeschaltet werden, indem beispielsweise nicht ständig der Fernseher oder das Radio läuft und Lärm vermieden wird
- Geborgenheit vermittelt wird beispielsweise durch eine bequeme Möblierung
- für ein angenehmes Raumklima Sorge getragen wird (Raumtemperatur, Luftfeuchtigkeit, Frischluftzufuhr, Vermeidung von Geruchsbelästigung etc.)
- Sicherheit und Orientierung gefördert wird, zum Beispiel durch eine auffällige Zimmerkennzeichnung oder große Kalender mit Jahreszeitmotiven zur zeitlichen Orientierung
- warme Farben eingesetzt werden zur Beruhigung und Steigerung einer gemütlichen Wohnatmosphäre
- zur Sicherheit ausreichend Handläufe vorhanden sind
- Tiefe Fenster eingebaut sind, um auch im Sitzen den Blick nach draußen zu ermöglichen
- Vorhänge vorhanden sind, die bei Dunkelheit oder um irritierende Spiegelungen zu vermeiden, zugezogen werden können
- farbig und ansprechend gestaltete Pflegebäder genutzt werden können
- Pflanzen aufgestellt werden, warme Farben und unterschiedliche Materialien Verwendung finden sowie gezielt Raumdüfte eingesetzt werden etc.
- die Einrichtung für Sauberkeit, Hygiene und Ordnung sorgt.

Das Vereinen von Aspekten der Funktionalität und einer bestimmten Ästhetik nimmt eine besondere Rolle bei der Betrachtung der Gestaltung von Gemeinschaftsflächen ein (Altenheim, 2014 S. 14). „Viele Häuser orientieren ihre Atmosphäre bereits am herkömmlichen Wohnen, jedoch widerstrebt dies häufig dem Bedürfnis nach möglichst großer Sicherheit und dem Streben nach betrieblicher Effizienz“ (Altenheim, 2013 S. 13). Die verantwortlichen Akteure sind gefordert, zukunftsweisende Raumkonzepte auf den Weg zu bringen und zu begleiten, bei denen die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner im Fokus stehen.

Soziale Betreuung kann sich diesbezüglich einbringen, indem genannte Aspekte je nach Zuständigkeitsbereich beraten und umgesetzt werden und entsprechende Sichtweise im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner vertreten wird.

Soziales Milieu

„Für die innere unsichtbare Struktur des Milieus als Lebensraum, in dem verschiedene Menschen miteinander leben und umgehen, ist insbesondere der Stil der Kommunikati-

on bedeutsam der unbedingt von Toleranz und Akzeptanz geprägt sein muss. Das heißt, Meinungen müssen zugelassen und Kontroverse in einer Weise ausgetragen werden, die Demütigung und Bevormundung des Gesprächspartners vermeiden“ (Deutscher Verein, 1997 S. 648).

Das größte Hindernis ein soziales Milieu zu gestalten, in dem ein gleichberechtigter Dialog stattfindet, ist ein institutionskonzentrierter Umgangstil, in dessen Zusammenhang der reibungslose Ablauf des Betriebes Vorrang hat vor individuellen Wünschen und Bedürfnissen der zu Betreuenden. Um Normalität, Selbstbestimmung und Autonomie herzustellen sind den Bewohnerinnen und Bewohnern so viele Freiräume wie möglich zu eröffnen, in denen sie eigenverantwortlich entscheiden können. Dem Bedürfnis nach Rückzug sollte stets entsprochen werden. Das Erweitern von Handlungsspielräumen vor dem Hintergrund individueller Fähigkeiten sollte Unterstützung finden. Ziel ist es, das seelische Befinden der Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbessern, insbesondere durch das Entwickeln von Strategien zu individueller Stärkung, dem Ausleben personaler Strebungen und dem Erleben positiver Sinneserfahrungen und Kontakte. Eine an traditionellen und individuellen Gewohnheiten ausgerichtete Tagesstruktur zu entwickeln, welche Vertrauen schafft, ist darüber hinaus ein Aufgabenbereich, in dem sich soziale Betreuung verstärkt einsetzen kann und soll.

Ein personenzentrierter Ansatz sowie besondere Aspekte der Beziehungsgestaltung nehmen positiven Einfluss und bestimmen das soziale Milieu in besonderem Maße. Appelliert wird an das Selbstverständnis der Betreuenden sowie deren positive soziale Grundhaltung. „Es gilt, die Würde des Einzelnen zu wahren, ihm Wertschätzung und Anerkennung seiner Persönlichkeit entgegenzubringen und zu vermitteln. Denn auch bei schwerster Krankheit bewahrt der Mensch seine Persönlichkeit und seine individuellen Bedürfnisse. Ebenso selbstverständlich ist die Intimsphäre des Pflegebedürftigen zu respektieren, seine Wünsche zu berücksichtigen sowie seine Biografie zu achten“ (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 60).

Aufgabe der sozialen Betreuung ist es, sich dahingehend stets weiterzubilden und zu reflektieren, um den Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem möglichst positiven Pflege- bzw. Betreuungsverständnis zu begegnen. „Es gilt in besonderem Maße, die eigene Haltung zu reflektieren und seine Handlungen danach auszurichten. Nicht „blinder Aktionismus“ ist gefragt, sondern zielgerichtetes Handeln auf Grundlage der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen. Selbstverständlich sind alle Maßnahmen, soweit es möglich ist, mit ihm abzustimmen. Seine Wünsche sind die alles entscheidende Richtschnur jeglichen Handelns“ (Scholz-Weinrich, et al., 2015 S. 60). Je größer das Bewusstsein dafür ist, desto besser können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Vorgänge im Betreuungsalltag reagieren und positiv Einfluss nehmen.

Gleichzeitig sollte man sich aber auch bewusst sein, dass es Tage gibt, an denen nichts wirklich gelingen mag und einem der persönliche Einsatz „nicht gedankt“ wird, an denen nicht alle Anforderungen und Ansprüche umgesetzt werden können. Es darf und muss

daher auch möglich sein, Enttäuschung oder Überforderung zum Ausdruck zu bringen. Zur professionellen Beziehungsgestaltung zählt eben auch authentisch und „echt“ zu (re) agieren. So lange dies in würdevoller Art geschieht und Schuldzuweisungen gegenüber den zu Betreuenden ausbleiben, ist auch solches Verhalten und Empfinden der handelnden Personen erlaubt. Denn auch das Leben „zu Hause“ ist nicht immer gelingend und bedürfnisadäquat.

10.6. Mitwirkungsmöglichkeiten

Das HGBP sieht vor, dass Bewohnerinnen und Bewohner möglichst umfassend an der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse mitwirken. Diese Zielstellung bezieht sich auf die Angelegenheiten des Einrichtungsbetriebs, wie Qualitätssicherung, Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Einrichtungsordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung. Zur Umsetzung dieser Mitwirkungsrechte ist die Bildung von Einrichtungsbeiräten vorgesehen. Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass viele in einer Einrichtung lebende betreuungs- und pflegebedürftige Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, die für den Einrichtungsbeirat vorgesehenen Aufgaben umfassend zu erfüllen, ist die Möglichkeit gegeben, neben Bewohnerinnen und Bewohnern auch andere Personen, wie Angehörige, Betreuerinnen, Vertreter örtlicher Seniorenorganisationen oder sonstige Vertrauenspersonen der Bewohner in den Einrichtungsbeirat zu wählen. Alle Detailregelungen hierzu sind in der Ausführungsverordnung zum HGBP grundgelegt.

Kann ein Einrichtungsbeirat nicht gebildet werden, so sind seine Aufgaben durch einen von der Betreuungs- und Pflegeaufsicht bestellten Einrichtungsfürsprecher wahrzunehmen, sofern es keine andere Form gibt, die sicherstellt, dass die Aufgaben des Einrichtungsbeirates wahrgenommen werden.

Für die soziale Betreuung ergeben sich folgende Aufgaben:

Grundsätzliche Unterstützung:

- Das Recht der Bewohnerschaft zur Mitwirkung in den Angelegenheiten des Einrichtungsbetriebes ernst nehmen.
- Im Zusammenwirken mit der Einrichtungsleitung ist dieses Recht als Gestaltungsprinzip des Alltags in der Konzeption zu verankern.

In der Folge werden oftmals die ebenfalls in der Ausführungsverordnung zum HGBP grundgelegten Pflichten des Betreibers auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung delegiert. Dies bietet gerade für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung eine Fülle von Möglichkeiten der Interaktion mit Bewohnerinnen und Bewohnern.

Konkrete Unterstützung im Einrichtungsalltag:

- Einflussmöglichkeiten und Handlungsspielräume im Sinne dieser Mitwirkungsrechte mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sind zu erörtern
- Über Ziel und Inhalt dieser Regelungen ist zu informieren

- Wenn nötig ist Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Wahl zu leisten
- Die Motivation der Bewohnerinnen und Bewohnern zur Mitarbeit im Einrichtungsbeirat ist zu fördern
- Notwendige Unterstützung bei der Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne von Assistenz ist zu gewährleisten
- Kontakte zum Umfeld der Bewohner und ins Gemeinwesen sind herzustellen, um weitere Kandidaten für den Beirat zu gewinnen
- Überlegungen zur Bildung eines Ersatzgremiums zur Mitwirkung sind anzustellen, wenn ein Einrichtungsbeirat nicht zu wählen ist
- Sofern ein Einrichtungsfürsprecher bestellt ist, ist dessen Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern zu unterstützen

Alle Möglichkeiten, Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ihrer Fähigkeiten an der Gestaltung des Alltags zu beteiligen sollen genutzt werden. Dies bietet die Chance, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner trotz eingeschränkter Gesundheit als aktiv handelnde Menschen erfahren und sich dadurch das Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit“ verringert. Dadurch wird das Zutrauen in die eigene Kraft und die soziale Kompetenz gesteigert. Hinzu kommt, dass die im Heimrecht vorgesehene Ausweitung der Mitwirkung in den meisten Fällen nur umsetzbar ist, wenn es gelingt, die engagierten und kompetenten ehrenamtlich Tätigen in die Umsetzung mit einzubeziehen. Hier ist die Schnittstelle in der Begleitung ehrenamtlich Tätiger zu beachten. (s. Kap 11.11.)

10.7. Gemeinwesenarbeit

Das HGBP fordert eine soziale Betreuung, die gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Doch was bedeutet Teilhabe in der gegenwärtigen Diskussion um eine „gute soziale Betreuung“? In den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts verstand man die zentrale Aufgabe sozialer Betreuung auch in der Öffnung der Einrichtung (Hummel, 1986) hin zu einem integrierten Bestandteil eines funktionierenden Gemeinwesens. Auch in der ersten Auflage dieser Handlungsempfehlungen war die Zielrichtung klar vorgegeben. „Jedes Altenpflegeheim, das mit den Menschen, die in ihm leben und arbeiten, selbst ein Gemeinwesen darstellt, ist ein fester Bestandteil seiner Umgebung. Das Maß, in dem das Heim in das Gemeinwesen integriert ist und vernetzte Strukturen entwickelt sind, hängt von der Art und Intensität der Außenkontakte ab. Das Gegenteil einer Integration in das bestehende Umfeld wäre die Isolation“ (Regierungspräsidium, 2002).

Allen gemeinwesenorientierten Ansätzen lagen dabei zwei zentrale Aspekte zugrunde.

1. Man wollte auf diese Weise auch die Interessenslage der Wohnbevölkerung im unmittelbaren Umfeld einer Einrichtung ernst nehmen und aufgreifen und
2. bestehende Ressourcen, die das Wohnumfeld bietet nutzen bzw. weiterentwickeln.

Was bedeutet dies für die konkrete Ausgestaltung der Sozialen Betreuung?

Zunächst braucht es ein Bewusstsein, welchen konzeptionellen Beitrag die soziale Betreuung zur Gemeinwesenorientierung leisten soll und kann. Es kommt darauf an, welches Selbstverständnis die Gesamteinrichtung für ihr Quartier, ihren Stadtteil, entwickelt hat. Sowohl eine bewohnerbezogene als auch eine institutionsbezogene Grundannahme sind dabei von Bedeutung.

1. „Der insgesamt zugrunde gelegte Zusammenhang zwischen der Verwirklichung von individuell wünschenswertem Erleben von Wohlbefinden und den diese erst ermöglichenden sozialen Strukturen ist für die Suche nach geeigneten sozialräumlichen Unterstützungsprozessen ein leitendes Paradigma“ (Begemann, et al., 2016 S. 71)
2. Die Wahrnehmung der Einrichtung in der Region, im Stadtteil kann positiv beeinflusst werden. Gerade für verantwortliche Leitungskräfte sind die Angebote der Sozialen Betreuung, die in das Gemeinwesen wirken, von besonderer Bedeutung, tragen sie doch in ganz besonderem Maße zur positiven Wahrnehmung im „Außenraum“ bei. Anders formuliert: „Pflegedienstleistungen werden besonders häufig in persönlichen Kontakten weitergegeben. Das (...) spricht für die geplante Entwicklung einer kommunikativen Informationsinfrastruktur im Sozialraum“ (Schubert, et al., 2013).

Moderne Konzepte der Gemeinwesenorientierung verstehen sich daher nicht als gut gemachte PR-Maßnahme, sondern beschreiben als wesentliche Grundlage die Orientierung am Willen der Bewohner in Bezug zu den Ressourcen des Stadtteils. In der Folge wird eine Einrichtung im ländlichen Raum andere Zielvorstellungen und Angebote entwickeln als ein Haus inmitten einer Großstadt

Dieses Selbstverständnis bestimmt zentral die Zielstellung der gemeinwesenorientierten Angebote der sozialen Betreuung. Diese müssen sich daher aus den dialogisch entstandenen Betreuungs- und Pflegeplanungen entwickeln. Hier wird besprochen, was eine Bewohnerin/einen Bewohner bewegt, welche Interessen sie/er früher motiviert hat und welche Sehnsüchte noch heute „Antreiber“ sind. Dies eröffnet Chancen für alle Beteiligten, d. h. das Leben in der Einrichtung wird lebendiger, bestehende Kontakte und Beziehungen, welche die Menschen vor dem Einzug pflegten, sollen und können weitergeführt werden. Bürgerinnen und Bürger aus der Gemeinde/dem Stadtteil erhalten durch die Transparenz die Möglichkeit, sich zu informieren und für sich die Frage zu klären, ob sie sich möglicherweise ehrenamtlich engagieren. Die Öffnung und Begegnung vollzieht sich wechselseitig, d. h. Bewohnerinnen und Bewohner nehmen Angebote außerhalb wahr und Bürgerinnen und Bürger sowie Institutionen aus dem Stadtteil kommen in die Räume der Einrichtung. Ein Umzug in ein Altenpflegeheim soll eben nicht bedeuten, dass man im Abseits steht und nur noch in seiner eigenen kleinen Welt lebt. Es geht um gesellschaftliche Teilhabe und die Anerkennung, dass die Pflegeeinrichtung Institution und damit Bestandteil des Gemeinwesens ist.

Angebote der sozialen Betreuung müssen sich aber auch an einer sich verändernden Bewohnerschaft ausrichten. Anders als noch in den 90er Jahren ist die Zahl der stark pflegebedürftigen Menschen in einer Einrichtung prägend. Neben der Öffnung nach außen

ist es daher auch ein Ziel, Einrichtungen nach innen zu öffnen, d. h. Arbeitsabläufe und Regeln im Hinblick auf eine Vereinbarkeit mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu hinterfragen. Es geht ferner darum, die positiven Chancen eines Lebens in einer Einrichtung zu erkennen, d.h. neue Erfahrungen machen zu können, neue Menschen kennen zu lernen, Freundschaften aufzubauen, gemeinsam mit anderen eine Gemeinschaft zu entwickeln in der ein lebendiger Austausch stattfindet, der Halt und Geborgenheit vermittelt und sinnstiftend ist (s. Kapitel 11.5).

Es gibt verschiedenste Maßnahmen, zur Öffnung der Einrichtung nach außen und innen. Zu benennen wäre u.a.:

- Begegnungsmöglichkeiten schaffen (Café, Durchführung öffentlicher Veranstaltungen etc.)
- Offener Mittagstisch
- Publikationen („Heimzeitung“, Broschüren, Internetseite etc.)
- Informationsveranstaltungen für Angehörige und Interessierte
- Gewinnung, Begleitung und Unterstützung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Den Bewohnerinnen und Bewohnern die Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung ermöglichen
- Keine Besuchszeitenregelung
- Kontakte zu Kirchengemeinden, Schulen, Vereinen, Behörden, etc. suchen, erhalten und pflegen
- Mitarbeit in regionalen Gremien
- Pressekontakte
- Internetzugang

10.8. Veranstaltungen, Gruppenangebote, Einzelangebote

Die soziale Betreuung hat das Ziel, Bewohnerinnen und Bewohnern, im Rahmen von Veranstaltungen, Gruppen- und individueller Einzelbetreuung tagesstrukturierende Angebote zu machen, die diesen Gelegenheiten geben, ihren individuellen Interessen und Bedürfnissen nachzukommen. Dabei sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht mit ihren Defiziten, sondern mit ihren Stärken konfrontiert werden. Der Rahmenvertrag nach §75 SGB XI beschreibt diese Aufgaben wie folgt: „Sie unterstützen den pflegebedürftigen Menschen bei der persönlichen Lebensführung und der Gestaltung des Wohn- und Lebensumfeldes nach eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen sowie bei der Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben. Damit fördern sie die Aufrechterhaltung bestehender und den Aufbau neuer sozialer Bezüge und Kompetenzen und tragen den geistigen und seelischen Bedürfnissen Rechnung. Handlungsleitend für diese Aufgaben ist die Orientierung an der Selbständigkeit und der individuellen Lebensgeschichte der pflegebedürftigen Menschen sowie ihren aktuellen Bedürfnissen“ (Rahmenvertrag-SGB-XI, 2018)

Dies bedeutet, dass die Angebote der sozialen Betreuung sich inhaltlich an den Bedürfnissen ihrer Zielgruppe orientieren und nach Möglichkeit von den beteiligten Menschen selbst mitgestaltet werden. Sie zeichnen sich durch gleichberechtigte und abwechslungs-

reiche Interaktionen aus. Kontinuität ist dabei ebenso von Bedeutung wie zusätzlich stimulierende Reize. Erkenntnisse aus der Biografie bilden eine Grundlage für die inhaltlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Aufgabe der Fachkräfte in der sozialen Betreuung ist es, mit der Bewohnerin oder dem Bewohner gemeinsam festzulegen, welche Veranstaltungen, Gruppen- und Einzelangebote in welchem Intervall (also wie oft) angeboten werden sollen. Daraus leitet sich in der Folge das Gesamtangebot der Einrichtung ab. Zu ergründen ist aber auch, ob es nicht auch ein Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung gibt. Neben den viel zitierten Aktivitäten des täglichen Lebens sollte es auch Raum für die „Passivität“ des täglichen Lebens geben (Schützendorff Erich, 2011 S. 36).

Veranstaltungen

Der Begriff Veranstaltungen im weiteren Sinne umfasst alle Angebote, die sich an mehrere Bewohnerinnen und Bewohner richten. Im engeren Sinne können hier zum Beispiel Veranstaltungen der Einrichtung gemeint sein, die auch für Menschen offen sind, die nicht im Haus wohnen, z.B. Konzerte, Feste oder Gottesdienste. Der Begriff kann aber auch für bereichsübergreifende Angebote verwendet werden, die sich nur an die Bewohner der Einrichtung richten, wie z.B. Ausflüge, Besuche von Tanzveranstaltungen oder Stadtteilfesten oder ein ausgedehnter Einkaufsbummel mit Besuch eines Cafés. Veranstaltungen unterstützen häufig die jahreszeitliche Orientierung und sollen die Teilhabe der Bewohner am Leben in der Gemeinschaft der Einrichtung und in der Gesellschaft an sich (Stadtteil, Sozialraum) fördern.

Als Beispiele für Veranstaltungen wären zu nennen:

- Konzerte
- Ausflüge
- Gottesdienste
- Feste
- Besuch von Kindergärten und Schulen
- Besuch von Veranstaltungen im Umfeld

Individuelles Gruppenangebot für mehrere pflegebedürftige Menschen

Gruppenangebote sind im Gegensatz zu Veranstaltungen Angebote, die sich an einen mehr oder weniger festen Personenkreis richten. Sie basieren auf den Grundsätzen der Gruppenpädagogik. Gruppenangebote orientieren sich an ihrer Zielgruppe und sind dementsprechend inhaltlich und strukturell differenziert zu gestalten. Im Rahmen von Gruppenangeboten können Bewohnerinnen und Bewohner ihren Interessen trotz ggf. vorliegender Einschränkungen weiter nachgehen, z.B. indem sie sich musikalisch (Singkreis, Musiknachmittag), sportlich (Gymnastikgruppe, Kegeln) oder kreativ (Handarbeitskreis, Bastelgruppe) betätigen. Interessen (z.B. am Tagesgeschehen, an Politik, an Geschichte, an fremden Kulturen...), aber auch gewohnten Tätigkeiten (Kochen, Backen, Gartenarbeit, hauswirtschaftliche oder handwerkliche Tätigkeiten) kann in entsprechenden Gruppenangeboten nachgegangen werden. Wichtig ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner

in der Gruppe nicht über- oder unterfordert werden, damit sich ein Gefühl des Dazugehörens einstellen kann und das eigene Tun als sinnhaft erlebt wird. Zudem sind Gruppenangebote ein Ort der Begegnung. Die regelmäßigen Treffen mit einem überwiegend gleichbleibenden Personenkreis sind ein guter Rahmen zum Aufbau neuer Kontakte und Freundschaften.

Als Beispiele für Gruppenangebote wären zu nennen:

- Bewegungsangebote (z.B. Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe, leichte Bewegungsspiele, Ballspiele, Kegeln, Yoga...)
- Angebote für den Geist (z.B. Gedächtnistraining, Gesprächskreise, Themenachmittage, Zeitungsrunden...)
- Musikalische Angebote (Singkreise, Musiknachmittage, Konzerte, Wunschkonzert...)
- Hauswirtschaftliche und alltagspraktische Angebote (Koch- und Backangebote, Einkaufsbummel, Gartenarbeit, Aufräumen und Dekorieren...)
- Kreative Angebote (Handarbeitskreis, Bastelgruppe, Handwerken, Töpfern...)
- Angebote für spezielle Zielgruppen (Männerstammtisch, Fußballertreff, Nagelpflege, Wellness...)

Es ist hilfreich, zunächst ein Grundangebot zu definieren, in dem alle wiederkehrenden Gruppenangebote der Einrichtung aufgelistet sind. Dabei sind die unterschiedlichen Bedarfslagen von mobilen und immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern ebenso zu berücksichtigen, wie die von kognitiv eingeschränkten und kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern. Das Grundangebot kann dann durch jahreszeitlich passende Angebote, neue Ideen oder neu erkannte Bedarfslagen ergänzt werden. Wie homogen die Zusammensetzung einer Gruppe hinsichtlich motorischer und kognitiver Fähigkeiten sein muss, damit die Zielsetzung des Angebotes erreicht werden kann, ist nur im praktischen Geschehen zu ermitteln. Es ist daher regelmäßig für jedes Angebot zu überprüfen, ob die aktuelle Zusammensetzung der Gruppe und das Gruppenziel noch zusammenpassen oder ob eines von beiden verändert werden muss.

Individuelle Angebote für einzelne pflegebedürftige Menschen

Individuelle Einzelangebote sind für immobile und ständig bettlägerige Menschen besonders wichtig, da sie oft nicht mehr an größeren Veranstaltungen außerhalb ihres Zimmers teilnehmen können. Aber auch Menschen mit Depressionen oder Orientierungsstörungen, die Räume aus eigener Kraft nicht mehr verlassen können oder wollen, benötigen eine besonders intensive Betreuung in ihrer gewohnten und vertrauten Umgebung. Die Inhalte der Betreuung sind so unterschiedlich wie die verschiedenen Unterstützungsbedarfe, die Menschen haben können. Zudem können viele Inhalte von Gruppenangeboten auch Inhalte von Einzelbetreuungen sein.

Als Beispiele für Einzelangebote wären zu nennen:

- Bewegungsangebote (z.B. begleitete Spaziergänge, Gehübungen, Gymnastikübungen...)
- Angebote für den Geist (z.B. Gesprächsangebote, Ratespiele, Vorlesen, Biographische /Erinnerungsangebote, 10-Minuten-Aktivierung, Betrachten von Erinnerungsgegenständen (Fotos, Andenken) ...)
- Musikalische Angebote (Singen, Musizieren, Musik hören...)
- Hauswirtschaftliche und alltagspraktische Angebote (Kochen am Bett, Einkaufsbummel, Pflanzenpflege, Wäschepflege, Zimmerpflege...)
- Kreative Angebote (Malen, Kneten, Handarbeiten, Fingerfarbe...)
- Angebote zur Wahrnehmungsförderung (Basale Stimulation, Kim-Spiele)
- Religiöse Angebote

Auch bei Einzelbetreuungen sind die Inhalte aus den Bedürfnissen, Interessen und Gewohnheiten der Bewohnerin/des Bewohners abzuleiten und ständig an diese anzupassen. Häufig ist es gerade im Rahmen der Einzelbetreuungen möglich im Laufe der Zeit immer mehr Informationen darüber zu gewinnen, welche Inhalte besser oder weniger gut geeignet sind. Bei Einzug einer Bewohnerin/eines Bewohners stellt sich also nicht nur die Frage, an welchen bestehenden Angeboten die Bewohnerin/der Bewohner teilnehmen möchte, sondern insbesondere, welche Angebote erst geschaffen werden müssen, um den individuellen Bedarf abdecken zu können. Da hier permanent Anpassungen der Strukturen und Prozesse erforderlich sind, ist die Steuerung der Angebotsstruktur durch Fachkräfte unentbehrlich.

10.9. Esskultur

Der Begriff Esskultur beschreibt neben der ausreichenden Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit milieugestaltende Aspekte.

Ziel ist es eine positive und anregende Atmosphäre zu schaffen, die „zum Essen einlädt“. Grundsätzlich tragen Mahlzeiten zur Lebensqualität bei, gleichermaßen dienen sie als Gelegenheit zur Kommunikation der Bewohnerinnen und Bewohner miteinander und können so als Basis zur Knüpfung von sozialen Kontakten dienen. Durch unterschiedliche Angebote, wie beispielsweise einen offenen Mittagstisch oder einer offenen Cafeteria können bei den Mahlzeiten auch Kontakte zu Personen, die nicht im Haus leben, geknüpft werden.

Eine altersgerechte Ernährung entspricht häufig nicht den Essgewohnheiten alter Menschen. Daher müssen Kompromisse gefunden werden, die in einem regelmäßigen Austausch mit dem Küchenchef der Einrichtung abgestimmt werden. Eine derartige Kooperation mit der Küchenleitung, ggf. unter Einbeziehung des Einrichtungsbeirates, ermöglicht Einfluss auf die Speiseplangestaltung, Wunschessen oder auch Ausrichtung von Geburtstagsfeiern. Grundsätzlich sollte die Möglichkeit der Auswahl zwischen unterschiedlichen Menüs bestehen. Um eine weitest gehende Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme

ermöglichen zu können, sollten entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Eine Ablehnung dieser, wie auch der Wunsch, Mahlzeiten abseits des Speisesaals aufnehmen zu können, müssen akzeptiert und ebenfalls begleitet werden. Die notwendige Assistenz muss passgenau und situationsgerecht unter Hinzunahme biografischer Angaben und Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen geplant, begleitet und regelmäßig evaluiert werden. Hierfür muss nicht nur genügend Personal vorhanden sein, es müssen auch entsprechend große Zeitkontingente eingeplant werden, um jeder Bewohnerin und jedem Bewohner die Möglichkeit zu geben die Mahlzeiten ohne zeitlichen Druck einnehmen zu können. Grundsätzlich sollen die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit haben die Mahlzeiten im Speisesaal, ihrem Wohnbereich oder in ihrem Zimmer einnehmen zu können. Die notwendigen Zeitkorridore zur Einnahme der Mahlzeiten müssen flexibel sein und sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren.

Im Rahmen einer Tagesstruktur können bestimmte Wohngruppen ihr Essen selbst zubereiten bzw. es erfolgt beispielsweise in „Hausgemeinschaften“ eine selbstbestimmte und (mit der erforderlichen Unterstützung) selbst zubereitete Mahlzeitenversorgung.

Unterschiedliche Kostformen, einschließlich eines vegetarischen und ggf. auch veganen Menüs oder der Berücksichtigung religiöser Speisevorschriften, gehören oftmals zum heutigen Standard. Buffets können mit Hilfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch bettlägerigen und immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern angeboten werden. Hierdurch werden deren selbstbestimmten Handlungsspielräume erweitert. Zwischenmahlzeiten ergänzen eine ausgewogene Ernährung. Ein kontinuierliches Getränkeangebot, unabhängig von der Tageszeit und den Räumlichkeiten, muss seitens der Einrichtung bestehen. Neben Mineralwasser, Kaffee, Tee und Saft sollte das Getränkeangebot anlassbezogen auch Bier und Wein beinhalten, besonders an Feiertagen und bei Veranstaltungen. Abwechslung bieten auch länder- oder themenspezifische Wochen.

Das Ambiente während der Mahlzeiten wirkt sich entscheidend auf die Esskultur und die Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner aus. Ein ansprechend gedeckter Tisch regt nicht nur zur Nahrungsaufnahme an, sondern stellt auch den Genuss und Kommunikation während der Mahlzeit in den Vordergrund.

Neben flexiblen Tischzeiten ist auch aussagekräftiger Speiseplan auszuhängen. Beides sollte in entsprechender Größe nicht nur auf dem Wohnbereich, sondern an verschiedenen Stellen angebracht werden. Es sollte darauf nicht nur das Angebot des täglichen Mittagstisches dargestellt sein, sondern auch die Angebotspalette des Frühstückangebotes und des Abendbrot. Hier ist unter Umständen die Hinzunahme von Piktogrammen oder auch Fotos hilfreich.

Während für einen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner Mahlzeiten eine große Bedeutung haben, besteht bei anderen Bewohnerinnen und Bewohner die Gefahr, dass Nahrung- und Flüssigkeitszufuhr nicht im erforderlichen Maß erfolgen. Dehydrierung und Gewichtsabnahme müssen sensibel beobachtet und deren Ursachen eruiert werden.

Vor dem Hintergrund der mannigfaltigen Ursachen bieten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung zahlreiche Möglichkeiten der (psycho-)sozialen Intervention. Beziehungsstiftende Interventionen (z.B. Unterstützung bei der Zusammensetzung der Tischgemeinschaft), an der Biographie ausgerichtete Rahmenbedingungen (z.B. Geschirrauswahl, Wunschgerichte etc.) oder eine personenzentrierte direkte Beziehungsaufnahme (z.B. Unterstützung beim Essen, gemeinsame Tischgespräche) bieten vielfältige Möglichkeiten im Zusammenhang mit den zuvor mit der Bewohnerin/dem Bewohner vereinbarten und geplanten Unterstützungsleistungen.

10.10. Angehörige einbeziehen

Angehörigenarbeit in der stationären Altenhilfe ist keine freiwillige Leistung, sondern eine Kernaufgabe von Betreuung und Pflege und muss daher professionalisiert werden. Nicht zuletzt der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz umfasst Angehörigenarbeit als einen wesentlichen Bestandteil in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

Im Rahmen der Angehörigenarbeit muss man sich darüber bewusst sein, dass Angehörige auch immer selber Betroffene sind. Sie befinden sich in einem langsamen Prozess des Abschiednehmens, da die nahestehende Person krankheitsbedingte Veränderungen durchlebt. Hinzu kommt möglicherweise ein schlechtes Gewissen, dass die Betreuung und Pflege nicht mehr zu Hause aufgefangen werden konnten. Der sich daraus entwickelnde Schmerz kann ein Risikofaktor für Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung werden.

Grundsätzlich bedeutet die Arbeit und Einbeziehung von Angehörigen eine multiprofessionelle Aufgabenstellung. Für Fachkräfte in der sozialen Betreuung ergibt sich dennoch eine herausgehobene Rolle mit Blick auf die bereits beschriebenen Kompetenzen und Fähigkeiten wie Beziehungsarbeit, soziale und kommunikative Kompetenz, Konfliktmanagement in Beziehungen, Beratung im Bereich der sozialrechtlichen Belange, Fähigkeiten zu multiprofessioneller Teamarbeit. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch das Erkennen und die Beachtung der Grenzen, was eine gründliche Klärung der institutionellen Rahmenbedingungen voraussetzt.

Zu Klärung sei an dieser Stelle erwähnt, dass der Begriff „Angehörige“ sich nicht ausschließlich auf den Kreis der Verwandten bezieht. Vielmehr geht es um nahestehende, bedeutende Menschen, die eine Bewohnerin/einen Bewohner im Leben begleitet haben.¹² Diese „Lebensbegleiter“ sind Experten in Sachen „persönlicher Lebensführung“ einer Bewohnerin/eines Bewohner und sollten daher auch weiter diese Rolle des „Lebensbegleiters“ ausfüllen dürfen. Somit bedeuten Angehörige grundsätzlich eine Bereicherung für Betreuung und Pflege, weil sie die Lebenssituation für Bewohnerinnen und Bewohner stabilisieren und bereichern können. Dies zu erkennen und zu akzeptieren ist eine wesentliche Anforderung an professionelles Handeln.

12 Der deutsche Hospiz- und Palliativverband verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „Zugehörigen“ und schreibt: „Zugehörige“ ist umfassender als nur „Angehörige“, da damit neben Familienangehörigen weitere für die sterbende Person relevanten Personen aus dem privaten bzw. persönlich bedeutsamen sozialen Umfeld gemeint sind, wie z. B. Freund/innen, Nachbar/innen, Kolleg/innen aus Beruf/Ehrenamt/Vereinen, Bekannte etc. (Palliativverband, 2018)

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist gekennzeichnet von einer Fülle von Situationen, Rollen und Aufgaben, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder eine große Herausforderung darstellen.

Oft fühlen sich Angehörige durch den Umzug der pflegebedürftigen Menschen großen seelischen Belastungen ausgesetzt. Auch sie müssen sich mit den institutionellen Strukturen auseinandersetzen. Durch eine gelungene Angehörigenarbeit, in der Angehörige Akzeptanz erfahren, lassen sich oftmals Konflikte schon im Ansatz lösen oder gar vermeiden. Positive Erfahrungen können auch dazu beitragen, sich aktiv in der Einrichtung einzubringen und mitzugestalten (Wolf-Wennersheide, 1998). Angehörigenarbeit muss konzeptuell bearbeitet und Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen geregelt werden.

Beispiele für Angehörigenangebote

- Die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der Einrichtung müssen bekannt sein
- Angehörigengruppe zum Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen, Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls, Einbeziehung in gemeinsame Arbeit, Integration ins Heimgeschehen, Vermittlung von Informationen und Herstellen von Transparenz
- Angebot einer Sprechstunde zu einem festen Termin immer am selben Ort, zur Herstellung und Förderung einer positiven Beziehung, zur Hilfestellung in psychosozialen Fragen, zur Unterstützung in Krisensituationen
- Beratungsgespräche für Möglichkeiten, Fragen und Probleme, die individuell bewegen, zu besprechen. Hier geht es wesentlich um Problemfindung/ Fokussierung, Intervention im Beziehungsgeflecht Bewohner/Angehöriger/ Einrichtung, Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen, Initiierung von Hilfe zur Selbsthilfe, Transparenz der sozialtherapeutischen Arbeit, Hilfestellung bei anfallenden Problemen
- Fortbildungsangebote, die sich an den Interessen der Angehörigen orientieren, zur Information über altersspezifische Probleme, zum Entgegenwirken von Ängsten und Unsicherheiten, zur Hilfestellung im Umgang mit veränderten Situationen, zur Schaffung von Sicherheit im Umgang mit dem Bewohner, zur Sensibilisierung für die Problematik des Bewohners

10.11. Ehrenamtliche gewinnen und begleiten

Im Kontext der Öffnung einer Einrichtung zum Gemeinwesen (vgl. Kap. 10.7) ist auch die Gewinnung von ehrenamtlich tätigen Frauen und Männern zu sehen. Eine Einrichtung öffnet sich für Außenstehende und bietet ihnen u.a. die Möglichkeit, sich zu engagieren. Dies kann für eine Einrichtung von großem Nutzen sein, allerdings ist ehrenamtliches Engagement kein Selbstläufer, sondern es erfordert einen zeitlichen Aufwand, finanzielle Ressourcen und Personaleinsatz, um Ehrenamtliche zu gewinnen, zu koordinieren und zu begleiten. Auch dieser Teil der Arbeit muss in der Einrichtungskonzeption ausgeführt werden.

Es sollte somit ein gemeinsames Verständnis aller Hauptamtlichen in einer Einrichtung zum Engagement von ehrenamtlich Engagierten geben um auf dieser Grundlage den Bedarf für ehrenamtliche Tätigkeit zu beschreiben. Nur so kann die Einrichtung ihre Erwartungen und Wünsche gegenüber den ehrenamtlich Tätigen transparent darstellen, aber auch offen sein für Angebote, die Ehrenamtliche anbieten wollen. Die Koordination der ehrenamtlich Tätigen, insbesondere die Zusammenarbeit mit den hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Einbindung in die Organisation und Strukturen und die Kontakte zu den Bewohnerinnen und Bewohnern ist unbedingt erforderlich. „Die Leitung der Sozialen Betreuung ist in Ihrer Funktion geradezu prädestiniert, auch die Ansprechperson für die ehrenamtlich Engagierten, also die Ehrenamtskoordinatorin zu sein. Nur durch diese verbindende Leitungsperson, die vielfach als Ehrenamtskoordinatorin bezeichnet wird, können beide Gruppen der hauptamtlichen Betreuungsmitarbeiter und der Ehrenamtlichen gemeinsam ein Team bilden, das sich zusammen um das Wohl, die Beschäftigung, Förderung und Aktivierung der Bewohner kümmert!“ (Ehm-Widmann, 2017 S. 14).

Ehrenamtliche benötigen klare Rahmenbedingungen, Ansprechpartner und auch eine fachliche Anleitung. Dazu gehört auch die Möglichkeit die ehrenamtliche Tätigkeit zu reflektieren, Probleme anzusprechen, Fragen zu stellen und die Kenntnisse zu erweitern. Gerade hierfür sind die fachlichen Kompetenzen der Betreuungsfachkräfte erforderlich. So entsteht für die soziale Betreuung ein umfassendes Aufgabenfeld:

- Konzeptionelle Vorbereitung
- Entwicklung einer gemeinsamen Haltung zum Einsatz von ehrenamtlich Tätigen in Zusammenarbeit mit Einrichtungs-, Pflegedienst- und Hauswirtschaftsleitung
- Vorstellung des Hauses und der Einrichtungskonzeption gegenüber potentiell am Ehrenamt Interessierten
- Erfragen von Neigungen und Fähigkeiten
- Aufzeigen möglicher Tätigkeitsfelder
- Koordination des Einsatzes (Wer passt mit welcher Fähigkeit in welches Einsatzfeld?)
- Organisation der Rahmenbedingung (Räumlichkeiten/Material etc.)
- Sicherstellen des Informationsflusses zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen.
- Sicherstellen der Kommunikation zwischen den ehrenamtlich Tätigen (z.B. Erfahrungsaustausch)
- Evaluierung der Angebote
- Ermittlung des Schulungsbedarfes für ehrenamtlich Tätige
- Öffentlichkeitsarbeit zum Ehrenamt

10.12. Sterbebegleitung

In den Alten- und Pflegeheimen hat ein Strukturwandel stattgefunden. Bewohnerinnen und Bewohner sind bereits bei Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung hochbetagt und schwerstpflegebedürftig. Die zu erwartenden Auswirkungen des PSG II und III wer-

den diese Entwicklung verstärken. Die Versorgung und Begleitung von Menschen mit palliativem Pflegebedarf und von sterbenden Menschen nimmt somit im Heimalltag einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Um die Versorgungsstrukturen zu verbessern, trat Ende 2015 das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) in Kraft, dessen Ziel es unter anderem ist, Menschen in der letzten Lebensphase jegliche medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Hilfe zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen. In der gemeinsamen Gestaltung und Bewältigung dieser Aufgabe ist in einer stationären Einrichtung die Zusammenarbeit der Bereiche Pflege und soziale Betreuung zu entwickeln. Dies bedarf einer guten, koordinierten und sich ergänzenden Zusammenarbeit der betreuenden Professionen. Es gilt Sterben nicht zur Routine werden zu lassen, sondern jedem Sterbenden individuell seinen Raum zu geben. Nicht eine umfängliche Erhebung von biografischen Informationen, die ja häufig bei der kurzen Verweildauer oft nicht mehr geleistet werden kann, steht im Vordergrund, sondern eine Fokussierung auf das für diese Phase Wesentliche. So stellt sich die Frage, welche Form von Begleitung für den sterbenden Menschen angemessen ist. Hierzu ist es wichtig, dass sich alle Beteiligte miteinander austauschen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung steht insbesondere die Abstimmung mit dem Bereich der Pflege im Fokus. Die Festlegung jeweiliger Aufgaben soll Ziel des Abstimmungsprozesses sein. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung werden somit als Teil eines multiprofessionellen Teams mit individuell festgelegten Aufgabenbereichen tätig. Die Aufgabenstellung an die Betreuungsdienste ist daher einrichtungsspezifisch und nicht starr festgelegt.

Mögliche Aufgabenbereiche im Rahmen der sozialen Betreuung können sich aus folgenden Punkten ergeben:

- Beteiligung bei der Feststellung des Bedarfs im Rahmen der Sterbebegleitung; Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Betreuung können, wenn es im Team so vereinbart wird, in der Sterbebegleitung die Rolle der begleitenden Person einnehmen
- Wenn der Wunsch geäußert wird, soll über den Sterbeprozess gesprochen werden
- Kommunikation gelingt auch über Blickkontakt, die Hand halten, berühren, da sein
- Unter dem Aspekt der Milieugestaltung kann für eine vertraute, ruhige und angenehme Atmosphäre im Zimmer gesorgt werden
- Für Angehörige da sein, sie in den Sterbeprozess einbeziehen und begleiten, Gespräche ermöglichen oder Raum für gemeinsame Stille schaffen
- Thematisierung von Tod und Sterben im Rahmen von Veranstaltungen für Angehörige (Angehörigengruppe, Angehörigenabend/Themenabend etc.)
- Auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner, den Pastor oder Pfarrer informieren oder sonstige Personen kontaktieren
- Individuelle Rituale erkennen, benennen und respektieren
- Bewohnerinnen und Bewohner nicht alleine lassen
- Mitbewohnerinnen und Mitbewohner über den Sterbeprozess informieren und ein Abschiednehmen ermöglichen

- Auf einen respektvollen Umgangston im Alltag achten und hierzu Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder ggf. auch Gäste des Hauses beraten und informieren
- Im Rahmen des Sterbeprozesses Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Angehörige sein sowie mögliche ehrenamtliche Helferinnen und Helfer anleiten und begleiten
- Anleitung und Begleitung von zusätzlichen Betreuungskräften nach SGB XI im Rahmen der Sterbebegleitung
- Beteiligung an Teamsitzungen und ethischen Fallbesprechungen in einem multiprofessionellen Team zur Erörterung und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung (psycho-)sozialer Aspekte
- Zusammenarbeit mit Hospizdiensten auf Grundlage von Kooperationsverträgen, beispielsweise als Ansprech- und Vermittlungsstelle, sowie die Gestaltung und Umsetzung gesundheitlicher Versorgungsplanung laut Hospizgesetz
- Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Hospizmitarbeitende und das SAPV Team
- Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Netzwerkarbeit (Case-Management) zur regionalen und überregionalen Vernetzung
- Mitwirkung an der Entwicklung tragfähiger und aktueller (palliativgeriatrischer) Konzepte zur Sterbebegleitung

Wesentlich für die Gestaltung der Sterbebegleitung ist die gemeinsame wertschätzende Grundhaltung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um in dieser Lebensphase Schmerzen zu lindern, Gespräche zu führen, Geborgenheit zu geben und letzte Wünsche zu erfüllen. Die (psycho-)soziale Begleitung der Betroffenen hat zum Ziel, die letzte Lebensphase lebenswert zu gestalten und somit dazu beizutragen, eine bestimmte Lebensqualität zu wahren und ein Sterben in Würde zu ermöglichen (Greb-Kohlstedt, et al., 2017). Für sterbende Bewohnerinnen und Bewohner ist Selbstbestimmung das höchste Gut. Der eigene Wille und die individuellen Wünsche müssen in der Betreuung und Pflege immer im Mittelpunkt stehen. Sie bilden die handlungsleitenden Werte für alle begleitenden Maßnahmen selbst dann, wenn beispielsweise Betroffene eine Unterlassung von helfenden Maßnahmen in einer Patientenverfügung bestimmt haben.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betreuung und Pflege müssen sich persönlich in der Lage fühlen, Sterbende zu begleiten. Einrichtungsbetreiber sollten die Möglichkeit nutzen das Personal durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Tod und Trauer zu qualifizieren sowie Kommunikations- und Reflexionskenntnisse zu vermitteln (Teuschl, 2018).

11. Soziale Betreuung – Zusammenfassung und Ausblick

Die gemachten Ausführungen haben verdeutlicht, dass das Arbeitsfeld der sozialen Betreuung so komplex ist wie die Lebensvollzüge der Bewohnerinnen und Bewohner. Auch der fachliche Diskurs der Sozial- und Pflegewissenschaften fordert immer stärker eine person(en)-zentrierte Pflege, die den Einzelnen und seine Lebenssituation in den Mittelpunkt stellt. In der Folge sind professionell Handelnde und Entscheidungsträger in den Einrichtungen gefordert nicht nur die Organisationsstrukturen, sondern auch und gerade die eigene Haltung und das Selbstverständnis zu reflektieren und ggf. neu auszurichten.

Die Konzentration auf die individuellen Bedarfe des Einzelnen ist eine zentrale Forderung des HGBP. Sie hat mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Leistungsrecht ebenfalls einen höheren Stellenwert bekommen. Hinzu kommt, dass die Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner mit der subjektiven Wahrnehmung von Sicherheit, sozialen Beziehungen und Autonomie korrelieren. Diesen Anforderungen gerecht zu werden wird auch zukünftig nur mit Hilfe multiprofessioneller Teams in den Einrichtungen möglich sein. Nur so ist die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven möglich.

Die beschriebenen Schwerpunkte machen deutlich, dass das Arbeitsfeld der sozialen Betreuung eine hohe Fachlichkeit erfordert. Diese Fachlichkeit kann durch Angebote der zusätzlichen Betreuung nicht ersetzt werden, sondern sie wird durch diese notwendiger denn je. Planungsaufgaben, fachliche Anleitung und Koordination haben somit für die Fachkräfte der Sozialen Betreuung eine sehr viel höhere Bedeutung als noch vor 10 Jahren. In vielen hessischen Einrichtungen arbeiten bereits seit Jahren pädagogische Fachkräfte (Sozialarbeiter/innen, Pädagogen/innen etc.) mit diesen Schwerpunkten. Oftmals sind sie als „Leitung des Sozialdienstes“ gerade für diese Aufgabenstellung prädestiniert.

Bestehende Strukturen besser zu vernetzen, das Zusammenwirken zwischen Einrichtungs-, Pflegedienst-, Hauswirtschafts- und Sozialdienstleitung zu fördern und die Einbindung von Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen fachlich zu begleiten ist Ziel der Beratungs- und Aufsichtstätigkeit der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht. Vor diesem Hintergrund wird sich die Betreuungs- und Pflegeaufsicht in Hessen auch weiterhin gegen eine „Gegenüberstellung“ oder gar ein „Aufrechnen“ von Pflegeleistungen und Leistungen der Sozialen Betreuung wenden. Um den beschriebenen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine angemessene Ausstattung mit Fachkräften der Sozialen Betreuung unumgänglich. Nur so lässt sich ein gemeinsames Verständnis der Lebenswelten Betroffener entwickeln und in einem multiprofessionellen Team ausgestalten. Die vorliegenden fachlichen Leitlinien bieten eine Grundlage dafür.

12. Glossar

Assistierte Autonomie	<p>Der Begriff beschreibt das Zusammenspiel von gesellschaftlichen Unterstützungsleistungen und der Selbstbestimmung des Einzelnen.</p> <p>Nach dem Verständnis der UN-BRK kann Autonomie nur durch gesellschaftliche Unterstützungsleistungen gelebt werden. Sie zielt auf selbstbestimmte Lebensführung, die ohne fördernde und unterstützende soziale Strukturen nie gelingen kann.</p>
Autonomie	<p>Altgriechisch für „sich selbst Gesetze gebend“; wird oft mit Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Selbständigkeit gleichgesetzt. Im Kontext sozialer Betreuung beschreibt Autonomie die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen seine Angelegenheiten selbst zu bestimmen.</p>
Bedürfnisse	<p>Ein Bedürfnis ist allgemein das subjektive Gefühl eines Defizits, sowie der darauf gegründete Wunsch der Abhilfe. Dieses Verständnis beruht auf der in der humanistischen Psychologie von Maslow entwickelten Bedürfnishierarchie. Diese geht von fünf Stufen bzw. fünf unterschiedlichen Bedürfnisebenen aus, die eine unterschiedliche Priorität aufweisen. Vier dieser Stufen bezeichnet Maslow als Defizitbedürfnisse, die den Menschen motivieren auf Abhilfe zu drängen. 1. Physiologische Bedürfnisse, 2. Sicherheitsbedürfnisse 3. Soziale Bedürfnisse, 4. Individualbedürfnisse. Nur die fünfte Stufe, die Selbstverwirklichung ist im Maslow'schem Sinne kein Defizitbedürfnis.</p>
Betreuungskräfte	<p>Betreuungskräfte ist ein Sammelbegriff für alle an der Betreuung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Begriff ermöglicht keine Differenzierung nach Qualifikationen.</p>
Betreuungsfachkräfte	<p>Betreuungsfachkräfte sind Mitarbeitende, die aufgrund ihrer Berufsausbildung einen Fachkraftstatus im Sinne der Ausführungsverordnung zum HGBP erlangen. Die Berufsausbildungen und Qualifikationen, die dies ermöglichen sind in der Anlage 1 und 2 der HGBP AV aufgelistet. Einzelne Aufgaben sind den Betreuungsfachkräften vorbehalten. Siehe hierzu auch §7 HGBP AV.</p>
Community Care	<p>(von engl. Community, Gemeinwesen und Care, Sorge, Fürsorge) ist ein Modell zum Umgang der Gesellschaft mit ihren Mitgliedern. Es kommt ursprünglich aus dem Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderung und wurde in den USA und Schweden entwickelt. Geschichtlich lassen sich die Leitsätze und die Ideologie des Community Care-Ansatzes auf das Normalisierungsprinzip, die Sozialpsychiatrie und auf die Gemeinwesenarbeit zurückführen.</p>

gerontopsychiatrisch	Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP) definiert die Gerontopsychiatrie als einen eigenständigen Teilbereich der Psychiatrie. Gerontopsychiatrie beschäftigt sich mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen, d. h. mit Menschen jenseits des 60. Lebensjahres. Manchmal wird die Grenze auch schon beim 55. Lebensjahr gezogen. Die Gerontopsychiatrie befasst sich insbesondere mit psychischen Erkrankungen, die typischerweise erst in dieser späten Lebensphase auftreten, wie Demenzen.
Gemeinwesenarbeit	Die Gemeinwesenarbeit stellte zunächst, neben sozialer Einzelhilfe und Gruppenpädagogik, die dritte Methode der Sozialarbeit dar. Heute wird sie als „Grundorientierung, Sichtweise, Herangehensweise an soziale Probleme, als übergreifendes handlungsleitendes Konzept verstanden (...), in das unterschiedliche Methoden und Verfahren integrierbar sind“ (Stimmer, 2000). Gemeinwesenarbeit ist von der Arbeitsform her auf regionale Einheiten gerichtet. In der Umsetzung zielt sie auf den Stadtteil und nicht pädagogisch auf einzelne Individuen. Demzufolge arbeitet die Gemeinwesenarbeit mit den Ressourcen des Stadtteils und seiner Bewohner.
Heim	Der Duden erläutert den Begriff Heim u.a. als öffentliche Einrichtung, die der Unterbringung eines bestimmten Personenkreises (z.B. Alte, Kranke, schwer erziehbare Jugendliche) dient. Aufgrund der Ausweitung des HGBP auch auf ambulante Versorgungsleistungen und einer konsequenten Ausrichtung auf Bürgerinnen und Bürger und nicht auf bestimmte Wohnformen, ist der Begriff Heim vollständig aus den gesetzlichen Regelungen in Hessen verschwunden (vgl. auch Hessischer Landtag, Drucksache 18/03763). Das HGBP verwendet ausschließlich den Begriff Einrichtung. Gleiches gilt auch für die Begriffe Heimgesetz (jetzt: Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen) oder Heimaufsicht (jetzt: Betreuungs- und Pflegeaufsicht).
HGBP	Abkürzung für Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen
HGBPAV	Abkürzung für Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen

Identität	Für den Begriff der Identität (lat. Idem = derselbe) finden sich in der Psychologie verschiedene Definitionen. Gemein haben sie im Kern, dass sich Identität einerseits formt aus eigenen Erfahrungen und dem eigenen Selbstverständnis, andererseits aus dem sozialen Kontakt mit anderen Gruppen und dem daraus folgenden Abgrenzungs- oder Zugehörigkeitsgefühl. Identitätsbildung wird als lebenslange Entwicklung gesehen. Davon ausgehend, dass Identitätsentwicklung ein fortschreitender Prozess ist, der sich aus Erfahrungen aus der Vergangenheit und neuen Erfahrungen formt, lässt sich schließen, dass Menschen mit Demenz auf Hilfe und Unterstützung beim Wahrnehmen der eigenen Identität angewiesen sind (Pädagogik, 2019).
Inklusion	Der Begriff wird in der Fachöffentlichkeit aus unterschiedlichen Blickrichtungen diskutiert (Pädagogik, Systemtheorie, Soziale Arbeit, Psychiatrie etc.). Im Kontext der sozialen Betreuung in Altenpflegeheimen verwenden diese fachlichen Leitlinien den Begriff Inklusion in der Definition von Georg Franken wonach Inklusion und Teilhabe als aufeinander bezogene und normativ begründete Konzepte sind, in denen „Verschiedenheit wertgeschätzt und gesellschaftliche Strukturen so gestaltet sein müssen, dass alle Menschen durch Bürgerrechte gesichert in der Mitte der Gesellschaft leben können. Ihre praktische Umsetzung zielt auf die Verwirklichung einer selbstbestimmten, gleichberechtigten Teilhabe in den individuellen Lebenswelten der betroffenen Personen, wie sie sich vor allem in gemeinwesen- und sozialraumorientierten Formen des Community Care zeigt. Sie schließt aber auch andere Lebensformen, beispielsweise in stationären Settings nicht allgemein aus. Maßstab ist jedoch, dass die individuellen Teilhaberechte verwirklicht werden – und dies schließt Wahlmöglichkeiten und die Entscheidungsfreiheit der betroffenen Personen ebenso ein wie deren Unterstützung, um ihre Selbstbestimmung auch verwirklichen zu können“ (Franken, 2014).
Interessen	Unter Interesse versteht man die gesteigerte geistige bzw. emotionale, uneigennützige Anteilnahme, die eine Person an einer Sache oder einer anderen Person nimmt. Diese Anteilnahme oder Aufmerksamkeit besteht längerfristig und unterscheidet sich so vom sogenannten Neugierverhalten; sie ist mit einer hohen Wertigkeit verbunden. Auch Vorlieben und Hobbies werden als Interessen bezeichnet. Von den (Grund-)Bedürfnissen sind die Interessen unabhängig. Werden die individuellen Interessen der Betreuungs- und Pflegebedürftigen in die Betreuung mit einbezogen, kann die Lebensqualität subjektiv verbessert werden.

Lebensqualität	<p>„In den Sozialwissenschaften wird der Begriff Lebensqualität etwa seit den 1970er Jahren verwendet und aus verschiedenen Blickwinkeln definiert. In der Literatur wird häufig zwischen dem schwedischen Ansatz (level of living approach), der einen Lebensstandard beziehungsweise ein Lebensniveau definiert, und dem US-amerikanischen Modell der Lebensqualität (quality of life – QOL) als gegenpolige Sichtweisen unterschieden“ (Baumgartner, 2016 S. 73). Die fachlichen Leitlinien der Sozialen Betreuung verwenden den Begriff vor dem Hintergrund des QOL Modells und stellen damit die Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse in den Vordergrund. Lebensqualität ist somit die Übereinstimmung zwischen einem subjektiv definierten Anspruch und der Erfüllung dieses Anspruchs.</p>
Menschenwürde	<p>(Menschen-) Würde ist der innere und zugleich soziale Wertanspruch, der dem Menschen um seinen Willen zukommt. Die Würde besteht darin, dass der Mensch als geistig sittliches Wesen von Natur darauf angelegt ist, in Freiheit und Selbstbewusstsein sich selbst zu bestimmen und in der Umwelt auszuwirken. Die Menschenwürde ist unantastbar. Art. 1 Grundgesetz ist eine objektive Verfassungsnorm, die sich in der Form einer Generalklausel als Verhaltensnorm an alle richtet, die aber dem Einzelnen kein subjektives Recht gewährt. Die Menschenwürde ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die wichtigste Wertentscheidung des Grundgesetzes. Sie kann niemandem genommen werden, weil sie nach der Ordnung des Grundgesetzes dem Menschen durch seine bloße Existenz eigen ist. Wohl aber kann der Achtungsanspruch verletzt werden, den jeder Einzelne als Rechtspersönlichkeit hat. Daher geht es zunächst um den Schutz vor der Verletzung dieses Achtungsanspruchs, der dem Menschen kraft seines Menschseins zukommt. Der Staat hat nicht nur selbst Eingriffe zu unterlassen, sondern muss z. B. durch Gesetze darauf hinwirken, dass nicht nur die öffentliche Gewalt, sondern auch Dritte die Menschenwürde jedes Einzelnen achten (vgl. Artikel 1 Abs. 1 GG).</p>
Personenzentrierter Ansatz	<p>Der Personenzentrierte Ansatz, geht auf den amerikanischen Psychologen Carl Rogers (1902–1987) zurück. Er davon aus, dass jeder Mensch die Fähigkeit und die Tendenz besitzt, sich konstruktiv, also zum für ihn Positiven hin, zu entwickeln, um selbstverantwortlich seine Probleme zu lösen. Er wurde in Abgrenzung zu einer institutionszentrierten Steuerung entwickelt. Anders formuliert: der Betroffene ist Experte in eigener Sache und weiß um die Hilfen, die er benötigt, und nicht die Institution entscheidet welche Hilfen bereitgestellt werden.</p>

„person-zentrierte“ Pflege von Menschen mit Demenz	ist ein Begriff, den der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ zu Grunde legt. Er beschreibt die Entwicklung einer Haltung, die die Person in den Mittelpunkt stellt und dabei die Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen sieht. Dieser Ansatz geht zurück auf Dawn Brooker und Tom Kitwood.
Pflegecharta	Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (kurz Pflege-Charta) ist ein Katalog von Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Sie wurde 2005 von der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen initiierten Arbeitsgruppe „Runder Tisch Pflege“, an der viele Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft teilnahmen, verabschiedet.
Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz	Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI Inkrafttreten: 01.01.2002
Pflege- Neuausrichtung- Gesetz	Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI Inkrafttreten: 01.01.2013
Pflege-Qualitäts- sicherungsgesetz	Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege Inkrafttreten: 01.01.2002
Pflege-Weiterent- wicklungsgesetz	Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Inkrafttreten: 01.07.2008
PSG I	Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI Erstes Pflegestärkungsgesetz Inkrafttreten: Im Wesentlichen 01.01.2015

PSG II	<p>Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI</p> <p>Zweites Pflegestärkungsgesetz</p> <p>Inkrafttreten: In den wesentlichen Teilen ab 01.01.2017</p>
PSG III	<p>Gesetz zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes Sozialgesetzbuch XI</p> <p>Drittes Pflegestärkungsgesetz</p> <p>Inkrafttreten: Im Wesentlichen ab 01.01.2017</p>
Psychosoziale Hilfen	<p>sind alle Unterstützungsleistungen, die sich auf das Erleben und Verhalten einer Person beziehen, insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder Personengruppen betrifft und damit das Ziel verfolgen das Erleben und Verhalten des Bewohners/ der Bewohnerin positiv zu beeinflussen.</p>
Qualität	<p>Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor formulierter Kriterien (Donebedian, 1970 zit. nach Giebing, et al., 1999).</p>
Rahmenvertrag über die vollstationäre Versorgung gemäß § 75 SGB XI für das Land Hessen	<p>Der Rahmenvertrag regelt die Inhalte der Pflegeleistungen, die Bedingungen der Pflege und die Grundsätze der personellen Ausstattung. Gesetzliche Grundlage dazu ist § 75 SGB XI. Vertragspartner sind die Landesverbände der Pflegekassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK) des Landes, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) auf der einen und Vereinigungen der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land auf der anderen Seite.</p>
Selbstbestimmung	<p>„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können“ (Artikel 1 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen). Selbstbestimmung ist daher das Recht des Einzelnen und der Gruppe auf frei gewählte und eigenverantwortliche Gestaltung der eigenen Angelegenheiten.</p> <p>„Selbstbestimmung bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen dem, was eine Person für sich selber möchte (individuelle Kategorie) und dem, was im Kontext einer Gruppe, bzw. einer Gesellschaft möglich ist“ vgl. (Hähner, et al., 2005 S. 63)</p>

<p>Sozialcharta</p>	<p>Die Europäische Sozialcharta (ESC) ist ein vom Europarat initiiertes und 1961 von einer Mehrheit seiner Mitglieder beschlossenes völkerrechtlich verbindliches Abkommen, das der Bevölkerung innerhalb der Unterzeichnerstaaten umfassende soziale Rechte garantiert.</p>
<p>Sozialdienst</p>	<p>Der Begriff Sozialdienst bezeichnet den für soziale Betreuung zuständigen berufsgruppen-übergreifenden Dienst.</p> <p>Sozialdienste gibt es seit Ende der 1970er Jahre. Die an Krankenpflege orientierten Konzepte wurden zugunsten von Vorstellungen abgelöst, die sich an Grundsätzen einer ganzheitlichen, aktivierenden und personenzentrierten Betreuung und Pflege ausrichteten. Eine Einrichtung wird seitdem nicht als reine Versorgungseinrichtung, sondern als Lebens- und Wohnort begriffen. Um die Lebens- und Wohnbedingungen von Alten- und Pflegeeinrichtungen an denen von Privathaushalten zu orientieren, zogen neue Berufsgruppen mit sozialer Ausrichtung in die Einrichtungen ein, die unter dem Begriff Sozialdienst zusammengefasst sind.</p>
<p>Soziale Betreuung</p>	<p>beschreibt ein Aufgabenfeld bei der Begleitung und Unterstützung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Den Begriff kennt sowohl das Ordnungsrecht als auch – bis 2017 – das Leistungsrecht (SGB XI).</p> <p>Ordnungsrechtlich: Das HGBP spricht von der Leistungserbringung im Rahmen der sozialen Betreuung (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 HGBP).</p> <p>Wörtlich heißt es: Eine Einrichtung darf nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber, „den Betreuungs- und Pflegebedürftigen eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung und eine persönliche Lebensführung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Rahmen der sozialen Betreuung“ ermöglicht.</p> <p>Leistungsrechtlich sollen durch Leistungen der sozialen Betreuung „die Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt.“</p> <p>Durch das PSG II wurde der Begriff im Leistungsrecht abgelöst.</p>

Soziale Hilfen	Der Begriff soziale Hilfen kommt aus dem leistungsrechtlichen Verständnis des Sozialhilferechts und beschreibt persönliche Hilfen, die unmittelbar einem Betroffenen (Leistungsberechtigten) angeboten werden.
Teilhabe	Teilhabe beschreibt die dem Individuum offenstehende und von diesem genutzte Möglichkeit, an allen Prozessen in der Umwelt teilzunehmen, die subjektiv als bedeutsam empfunden werden. Diese Teilnahme kann zum einen „aktiv“ und „gestaltend“ sein, das heißt, das Individuum prägt durch eigenes Handeln diese Prozesse mit. Diese Teilnahme kann zum anderen rezeptiver Natur sein, das heißt, das Individuum ist über alle Prozesse informiert, nutzt diese, ohne aber unmittelbar einzugreifen, nimmt zu dieser Stellung (vgl. Qualitätsniveau III der BuKo QS, März 2006). Siehe auch Inklusion
UNBRK	ist das Kürzel für die UN-Behindertenrechtskonvention. Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ ist ein Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde und am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist.
UN-Konvention	Mit dem Begriff UN-Konvention werden völkerrechtlich bindende Verträge zwischen den Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen bezeichnet.
UN-Menschenrechtscharta	ist eine andere Bezeichnung für die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, auch Deklaration der Menschenrechte oder kurz AEMR genannt. Es handelt sich dabei um unverbindliche Empfehlungen der Vereinten Nationen zu den allgemeinen Grundsätzen der Menschenrechte. Sie wurde am 10. Dezember 1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen genehmigt und verkündet.

Literaturverzeichnis

Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises. 1998. Sozialarbeit im Altenheim: Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit. Kulmbach : Baumann Fachzeitschriftenverlag., 1998.

Altenheim. 2014. Altenheim. 06 2014, 6.

—2013. Altenheim. 11 2013, 11.

Amann, Anton, Bernd, Löger und Lang Gert. 2005. Lebensqualität im Altenpflegeheim,. Schriftenreihe der Niederösterreichischen Landesakademie. 2005, Bd. 30, Juli.

Ansen, H.,. 2000 . Soziale Beratung, . [Buchverf.] F.(Hrsg.) Stimmer. Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit,. s.l. : München, 2000 , S. 632 f.

Arbeitskreis der Sozialarbeiterinnen aus Alten- und Pflegeheimen. 1992. Sozialarbeit im Alten- und Pflegeheim – Ein Leitfadens. Frankfurt : Eigenverlag, 1992.

Arnold, Susan. 2009. Vertrauen als Konstrukt,. s.l. : Tectum Verlag, 2009.

BAGÜS. 1996. Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege . 1996.

Baumgartner, Gudrun. 2016. Selbstaktualisierung und Steigerung der Lebensqualität demenziell veränderter Menschen durch Humorintervention. München : Universität der Bundeswehr, 2016.

Begemann, Heckmann und Weber. 2016. Soziale Arbeit als angewandte Ethik. Stuttgart : Kohlhammer, 2016.

Beier, Klaus M. und Loewit, Kurt K. 2011. Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. . Berlin : Springer Verlag, 2011.

Beikirch, Kämmer und Roes. 2015. Handlungsleitung zur Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells (Version 1.1). Berlin : Bundesministerium für Gesundheit, 2015.

BGBl. 1996. Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG). 1996.

—2015. Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II). BGBl 2015 Teil I Nr. 54, . 2015, S. 2424.

Bielefeldt, Heiner. 2011. Inklusion als Menschenrechtsprinzip: Perspektiven der UN-Behindertenrechtskonvention;. [Buchverf.] Horster D. und Moser V. Ethik der Behindertenpädagogik: Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Stuttgart : Kohlhammer, 2011, S. 149 - 165.

Bloech, Julia. 2012. Soziale Arbeit in der stationären Altenhilfe – Implementierung, Degeneration und Perspektive. Bielefeld : s.n., 2012.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit. 2015. Evaluation zu den Wechselwirkungen zwischen der Leistungserbringung in der (teil-) stationären Pflege und der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI-Untersuchungsbericht. Berlin : Eigenverlag, 2015.

Brandenburg, Herrmann und Kricheldorf, Cornelia. 2019. Multiprofessioneller Personal-mix in der Langzeitpflege. Stuttgart : Kohlhammer, 2019.

BT-Drs. 13/3696. Vgl. Begründung zum Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG) .

Deutscher Verein, für öffentliche und private Fürsorge. 2002. Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt : s.n., 2002.

—1997. Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M. : Nomos, 1997.

—2017. Fachlexikon der Sozialen Arbeit. s.l. : Nomos, 2017.

DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 2018. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück : Hochschule Osnabrück, 2018.

Ehm-Widmann, Kornelia. 2017. Zusammen ist man weniger alleine. Aktivieren. 2017, 5.

Franken, Georg. 2014. Inklusion und Teilhabe, Eine Begriffsklärung. Witten : Eigenverlag, 2014.

Friese, Andrea. 2017. Formulierungshilfen - Aktivitäten der sozialen Betreuung dokumentieren. Hannover : Vincentz, 2017.

Gahleitner, Silke Brigitta. 2017. Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Beltz Juventa : Weinheim, 2017.

Gaus, D und Drieschner, E. 2011. Pädagogische Liebe. [Buchverf.] E. Gaus, D. Drieschner. Liebe in Zeiten pädagogischer Professionalisierung. Wiesbaden 2011 : s.n., 2011, S. 7-26.

Geisthardt, Günter. 2010. Menschenrechte – Menschenwürde – Menschenbild; Vortrag bei der Tagung „Werte und Wertevermittlung in der politischen Bildung“ - 11.Tage der politischen Bildung. Landau. : s.n., 2010.

Giebing, H und François-Kettner, H. 1999. Pflegerische Qualitätssicherung. s.l. : Hogrefe AG, 1999.

Giesecke, H.,. 1996. Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns,. Weinheim : s.n., 1996.

GKV, Spitzenverband. 2016. Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016. 2016.

Goleman, Daniel. 2008. Soziale Intelligenz. s.l. : Knaur, 2008.

Graber-Dünow, Michael:. 1999. Milieuthérapie in der stationären Altenhilfe;. Hagen : Brigitte Kunz Verlag, 1999.

Greb-Kohlstedt, Kammeyer und Rücker. 2017. Dokumentation in der Betreuungsarbeit. Hannover : Vincentz, 2017.

Hähner und Niehoff. 2005. Kompetent begleiten, Selbstbestimmung ermöglichen, Ausgrenzung verhindern. Marburg: Lebenshilfe, 2005.

HGBPAV-Begründung. 2017. Begründung zur Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen. §7. 29. 11 2017.

Hofmann, Dr. Dieter. 2017. „Kein Ende mit Schrecken: Seelenpflege im Alltag“, Tagung am 12.06.2017. Darmstadt: unveröffentlichtes Skript der Weiterbildung, 2017.

Horner, Judith. 2011. Zufriedenheitsanalyse im Alten- und Pflegeheim. Linz: Fachhochschule Linz, 2011.

Hummel, Konrad. 1986. Öffnet die Altersheime – Gemeinwesenorientierte ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen,. s.l.: Beltz, 1986.

KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe. 2001. Qualitätshandbuch Leben mit Demenz,. Köln : Eigenverlag, 2001.

Kreimer, Reinhard:. 2000. Möglichkeiten und Grenzen der geriatrischen Rehabilitation in einer autonomiefördernden Heimumwelt; . Hagen 2000 : Brigitte Kunz Verlag, 2000.

Kuhlmei, Prof-Dr. Adelheid. 2011. Einführung in die Thematik. [Buchverf.] Bundesministerium für Gesundheit. Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin : Eigenverlag, 2011, S. 47-49.

Lenz, Karl und Nestmann, Frank. 2009. Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim und München : Juventa Verlag, 2009.

Mahler, Claudia. 2013. Menschenrechte: Keine Frage des Alters. Berlin : Deutsches Institut für Menschenrechte,, 2013.

Pädagogik, Online Lexikon für Psychologie und. 2019. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. [Online] 2019. [Zitat vom: 22. 01 2019.] <http://lexikon.stangl.eu/522/identitaet>.

Palliativverband, Deutscher Hospiz- und. 2018. Grundsatzpapier, Verwendung grundlegender Begriffe im DHPV. Berlin : Eigenverlag, 2018.

Patientenbeauftragter, Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. 2019. www.patientenbeauftragter.de. [Online] 02. 01 2019. <https://www.patientenbeauftragter.de/datenschutz/2-uncategorised/122-haeufige-fragen-zum-neuen-strukturmodell-3#5>.

Perrig-Chiello, Pasqualina. 1997. Wohlbefinden im Alter: körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen,. s.l. : Juventa, 1997.

PflegeVG. 1994. Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. BGBl 1994 Teil I Nr. 30 S. 1014. 26. 05 1994.

pro-familia. 2016. Sexualität und Demenz. Für Angehörige und Pflegekräfte. Frankfurt am Main: : profamilia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband., 2016.

Rahmenvertrag. 2018. Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen. 2018.

Reboly, Katharina. 2016. Psychosoziale Interventionsformen I. Präsentation. s.l.: SFU Berlin, 2016.

Regierungspräsidium, Gießen. 2002. Fachliche Leitlinien der Betreuung in Altenpflegeheimen. Gießen: Eigenverlag, 2002.

—2013. Rahmenempfehlungen zur Dokumentation. Gießen: Eigenverlag, 2013.

Rothkegel, Andreas. 2006. Sexualität und Paarberatung im Wandel. www.profamilia.de. [Online] 2006. <https://www.profamilia.de/bundeslaender/nordrhein-westfalen/beratungsstelle-koeln-zentrum/veroeffentlichungen.html>.

Saup, Winfried. 1994. Altenheime als „Umwelten“. [Buchverf.] Andreas Kruse/Hans-Werner Wahl. Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort? Göttingen: Kohlhammer Verlag, 1994.

Scheiber, Corinne. 2008. Wohlbefinden bei Bewohnerinnen und Bewohnern eines Altenheimes in Abhängigkeit des Eintrittszeitpunktes. Zürich: Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2008.

Scholz-Weinrich, Gabriele und Graber-Dünnow, Michael. 2015. Lebensraum Bett. Hannover : Schlüter, 2015.

Schubert, Herbert und Veil, Katja. 2013. Herbert Schubert, Katja Veil: Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum. www.sozialraum.de. [Online] 01 2013. [Zitat vom: 02. 05 2019.] <https://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php>.

Schützendorff Erich. 2011. Vom Recht des Alters auf Eigensinn,. Curaviva. 06 2011, S. 36.

Sowinski, Christine und Scholl, Anette. 2017. Liebe, Lust, Demenz und Scham. ProAlter. 03 2017, S. 16ff.

Stimmer, F.,. 2000. Grundlage des methodischen Handelns in der sozialen Arbeit, . Stuttgart : s.n., 2000.

Störig, Hans Joachim:. 1996. Kleine Weltgeschichte der Philosophie. s.l. : Fischer, 1996.

Stracke-Mertes, Ansgar. 2003. Soziologie. Der Blick auf soziale Beziehungen. . Hannover : Vincentz, 2003.

Tauch, Dr. Jörg. 2011. Milieu und Orientierung in der stationären Altenpflege,. 2011.

Tesch-Römer, Clemens. 2002. Lebensqualität im hohen Alter. Herausforderungen für Forschung und Praxis,. in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. 2002, Bd. 149, 5.

Teuschl, Dr. Hildegards. 2018. „Palliative Care und Hospizarbeit“. [Online] CS Dachverband Hospiz Österreich,, 2018. <https://www.hospiz.at/fachwelt/hospiz-und-palliative-care-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/>.

Trunkenpolz, Kathrin. 2018. Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern mit Demenz. Berlin : Budrich, 2018.

Vester, Heinz-Günter. 2009. Kompendium der Soziologie I Grundbegriffe: (2009) Der Mensch als soziales Wesen — zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft, Natur und Kultur. In: Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.

Vight-Klußmann, van der. 2014. (Kein) Sex im Altenheim?. Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe. Hannover: : Schlüterscher, 2014.

Wojnar, Jan. 2001. Demenzkranke verstehen. [Buchverf.] Peter (Hrsg.) Dürrmann. Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover : Vincentz-Verlag, 2001.

Wolf-Wennersheide, Sabine. 1998. Sozialtherapeutische Standards in der Altenpflege. s.l. : Schlütersche, 1998.

