

# Selbstbestimmt bis zum Lebensende zu Hause bleiben – Strategien niederschwelliger Hilfen und psychosozialer Beratung für alte Menschen und ihr Umfeld

*Astrid Hedtke-Becker, Rosemarie Hoevels,  
Ulrich Otto und Gabriele Stumpp*

## Gesellschaftlicher Kontext

»Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt« – wünschen sich die meisten Älteren auch bei wachsender Hilfebedürftigkeit. Demgegenüber erweist sich in der Realität, dass die meisten Menschen in Institutionen sterben und aufopfernde private Pflege sowie ambulante Dienste immer weniger ausreichen. Die Perspektive, im Alter zu Hause wohnen zu bleiben, »Ageing in place« (vgl. HEYE & VAN WEZEMAEL 2007, S. 45; CHAPMAN & HOWE 2001), wurde nicht nur in Deutschland, sondern auch international zwar zum politischen Credo (vgl. DOYLE & TIMONEN 2007), aber bisher in der Praxis kaum umgesetzt. Mit Blick auf den voranschreitenden gesellschaftlichen Wandel und die demografische Entwicklung bekommt die politisch gewollte und ökonomisch geforderte häusliche Versorgung von alten Menschen einen zunehmend hohen Stellenwert für Forschung und Praxis. Bisher gibt es kaum differenzierte Konzepte, die Lösungen zwischen einem vollkommen eigenständig geführten Leben in der gewohnten Umgebung einerseits und Wohnformen in Pflegeeinrichtungen andererseits anbieten. Die intensive Unterstützung von (auch altersverwirrten) Älteren mit wechselndem bis sehr großem Hilfe- und Pflegebedarf stellt dabei besondere Anforderungen im Feld der ambulanten Unterstützung und Pflege. Fraglich ist, wie künftig miteinander verschränkte informelle und formelle Lebens- und Unterstützungssettings geschaffen, flankiert und abgesichert werden können. Hierbei sollten Selbstbestimmung

und Autonomie sowie der Erhalt von Wohlbefinden und Gesundheit möglichst sowohl für die Hilfebedürftigen als auch für die Unterstützungspersonen nachhaltig erhalten bleiben und gefördert werden. Erschwerend wirken die sich immer stärker ausdifferenzierenden sozial-, familien- und pflegekulturellen Orientierungen innerhalb von Familien aus (vgl. ZIEGLER 2000).

Noch immer gilt in der Praxis die Alltags- und Fachmeinung: »... irgendwann geht's halt nicht mehr zu Hause ...«. Nur wenige innovativ konzipierte Dienste setzen dagegen: »Es geht in ganz vielen Fällen doch!« und zeigen auf, welche Bedingungen für den Verbleib zuhause sowie für die Erhaltung der Lebensqualität aller Beteiligten zentral sind (vgl. OTTO 2009).

**Zwischen den Generationen in der Familie** werden nach wie vor beträchtliche Versorgungsleistungen bei der Betreuung von in ihrer Lebensführung eingeschränkten Älteren (KOHLI & KÜNEMUND 2001, S. 514) erbracht. Auch die außerfamilialen Netzwerke Älterer erweisen sich als recht stabile Unterstützungspotenziale. So zählen langjährige und enge Freundschaften zu den stabilsten Beziehungen im Lebenslauf (ARMSTRONG & GOLDSTEEN 1990). Mit der **Netzwerkperspektive** wird die Komposition der internen und externen Ressourcen, die zur Bewältigung der Situation zur Verfügung stehen, ebenso analysierbar wie das Geflecht der positiven und möglicherweise auch negativen Unterstützung, die das Netzwerk mit sich bringt. Negativ können Netzwerkbeziehungen beispielsweise dann wirken, wenn sie durch Überversorgung zur Unselbstständigkeit führen (HASS & PETZOLD 2004, S. 8 ff.).

**Die Vernetzung der informellen sozialen Netzwerke mit professionell-formellen Netzwerken** »von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements« (EVERS & OLK 1996) zielt auf die gesellschaftliche und individuelle Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sowie auf eine balancierte und bedarfsgerechtere Hilfe ab. Bewältigen lässt sich künftig die gesellschaftliche Unterstützung nur, wenn Fachkräfte ebenso wie alle weiteren Beteiligten darauf hinzielen, an flexiblen und dauerhaft tragbaren Maßanzügen der Hilfe mitzuwirken (MÜLLER 2002). Die Kooperationsforderung darf hingegen nicht die weitere Belastung schon überlasteter Unterstützerinnen bedeuten (ENGEL & ENGELS 1999).

## **Darstellung des Forschungsprojekts »InnoWo – Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt – in innovativen Wohnformen bzw. mit innovativ-ganzheitlichen Diensten«**

Als angewandte Forschung mit starkem Praxisbezug befasst sich InnoWo mit den eingangs geschilderten Fragestellungen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf das Teilprojekt »Wohnen im angestammten eigenen Ein- oder Zweipersonenhaushalt mit Unterstützung eines umfassenden Begleitdienstes«. Die sehr komplexen Prozesse im Kontext hoher bzw. wachsender Hilfebedürftigkeit im letzten Lebensabschnitt werden mit einem längsschnittbezogenen Forschungsparadigma in den Blick genommen. Auf die komplementäre Verschränkung der Bedarfs- und der Gebendenseite richtet sich die Annahme eines »Pflege(bedürftigkeits)prozesses«. Im Projekt werden zwei Hauptfaktoren für das Zuhause-wohnen-bis-zuletzt diskutiert, die beeinflussbar sind: a) ein intensives, integriertes Dienstleistungsangebot, b) die Bedingungen des persönlichen Wohn-, Lebens- und Netzwerkumfelds. Der Innovationsansatz a), von dem im Folgenden die Rede sein soll, bezieht sich auf unterschiedliche professionelle Unterstützungskonzepte, die über die flächendeckend ausgebauten Angebote hinausgehen und die Perspektive von »integrated care« systematisch ausloten. Ein weiteres Ziel ist es, die »Kann-Bruchstellen« herauszuziselieren, an denen das Zuhause-wohnen-bleiben womöglich scheitert bzw. welche anderen Interessen – und wie – Oberhand gewinnen.

Kooperationspartner ist hier der »Verein zur Beratung und Begleitung älterer und verwirrter Menschen und ihrer Angehörigen e. V. – VIVA« in Mannheim. Ausgangspunkt von VIVAs Arbeitsweise ist die psychosoziale Beratung unter Beachtung der bio-psycho-sozialen Dimensionen (vgl. HEDTKE-BECKER & HOEVELS 2005). In ihr werden die ersten Klärungsschritte hinsichtlich der Bedürfnislage, der Wünsche und der Hoffnungen und Ziele der Klientinnen und Klienten ermöglicht. Je nach Bedarf und Dringlichkeit werden Prozesse – in einem verkräfterbaren Tempo entschleunigt – in Gang gesetzt, nachdem geklärt wurde, welche Maßnahmen tatsächlich erforderlich sind. Dabei werden situa-

tionsadäquate Interventionen baldmöglichst initiiert, und ihre Umsetzung wird weiter beachtet.

Mit dem Angebot einer kontinuierlichen professionellen Bezugssozialarbeit erfahren Klientinnen, dass eine beständige Ansprechperson zur Verfügung steht. Nur so können sie Vertrauen und darauf aufbauend Perspektiven und Umsetzungsbereitschaft entwickeln. In der Reflexion der Bezugssozialarbeit durch Supervision können wichtige Elemente wie Nähe und Distanz, Wünsche und Übertragungen geklärt werden, so dass eine Klientenzentrierung erhalten bleibt, die um die Aspekte der Verhaltensmodifikation und der Systembezüge erweitert wird. In der Beratung schälen sich Richtungen der unterschiedlichen Versorgungsbedürftigkeit heraus: Geht es eher um einen psychosozialen Entscheidungs- und Klärungsprozess, der Klienten und Klientinnen zu einem weiteren selbstständigen Handeln befähigt? Oder geht es um die Art und Weise der Umsetzung eines Unterstützungsbedarfs, der einer ständigen Modifikation ausgesetzt ist? Die so erweiterte Beratung wird zur biografischen Begleitung, in der die Betroffenen angeregt werden, sich mit ihren eigenen Erfahrungen konkret und emotional einzubringen, so dass es zu einem erweiterten Verstehen und zu einem Sich-Verständigen kommt. Auf diesem Wege kann begleitende Hilfe besser angenommen und zu einem festen Bestandteil im Rahmen der Beratung werden (GALLIKER & KLEIN 2002).

VIVAs modellhafte Best Practice wird auf ihre Arbeitsweise hin untersucht wie auch die explizite Weiterentwicklung des Arbeitsmodells gefördert. Es werden aus dieser angewandten Forschung nachhaltige Impulse für innovative Praxis und deren weitere Verbreitung erwartet.

Die methodische Untersuchung erfolgt mit Instrumenten wie leitfadengestützte Interviews mit Adressatinnen und Adressaten bzw. relevanten Bezugspersonen, Professionellen und Helfern des Netzwerks, fortlaufenden Falldokumentationen, teilnehmenden Beobachtungen sowie Dokumenten- und Aktenanalysen und Gruppendiskussionen. Die erhobenen Daten wurden nun in einer ersten Analysephase ausgewertet, aus der sich die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse ergeben.

## **Belastungen und Krisensituationen, denen alte Menschen und ihre Angehörigen ausgesetzt sind**

In den folgenden drei Fallvignetten werden alte Menschen bzw. ihre Angehörigen in sich krisenhaft zuspitzenden Situationen beschrieben.

### **Vignette 1: Frau D.**

Frau D. ist 89 Jahre alt und lebt allein, seitdem ihr Mann vor 20 Jahren verstarb. Frau D. ist schwerhörig und wird als dement angesehen. Sie leidet an einer Herzschwäche, ist gehbehindert und inkontinent. 55 Jahre lebte Frau D. in der Innenstadt in einer 4-Zimmerwohnung, zunächst im Kreis ihrer Familie, dem Ehemann, einer Tochter und zwei Söhnen. Nach dem Auszug der Kinder, die ihr sehr viel bedeuteten, lebte Frau D. dort weiterhin allein bis zum Jahr 2004. Zur in der Nähe lebenden Tochter, den Enkelkindern und dem entfernt lebenden jüngsten Sohn bestehen seitdem kaum noch Kontakte. Den Auszug aus der Wohnung veranlasste ihre gesetzliche Betreuerin. Frau D. wurde eine kleine 1-Zimmer-Wohnung der Heilsarmee zugewiesen. Seitdem lebt sie dort ein sehr zurückgezogenes Leben ohne nachbarschaftliche Bezüge. In letzter Zeit klagen Hausbewohner über Frau D. und deren »vernachlässigte Wohnung«. Zudem beobachtet man die andauernden Übernachtungsbesuche des psychisch kranken älteren Sohnes.

### **Vignette 2: Herr K. und Frau E.**

Die beiden Söhne des Herrn K. machen sich Sorgen um den 83-jährigen Vater, der herzkrank ist und an einer schweren Form von Demenz leidet. Seit dem Tod seiner Frau vor 20 Jahren lebt er mit seiner 73-jährigen Lebensgefährtin zusammen. Die Frage nach einem guten häuslichen Versorgungskonzept für den Vater wird dringend. Auch werden Möglichkeiten zur Unterstützung der zunehmend belasteten Lebensgefährtin, Frau E., gesucht, die aber kategorisch jede Hilfe ablehnt. Besonders schwer leidet diese unter den immer häufiger eskalierenden Paarkonflikten. Die Söhne von Herrn K. sind sich einig, dem

Wunsch des Vaters, zu Hause wohnen zu bleiben bis zum Lebensende, entsprechen zu wollen. Frau E. hingegen beschäftigt sich zunehmend mit dem Gedanken eines Heimplatzes für den Partner. Sie ist kaum mehr in der Lage, in Ruhe ihren Haushalt zu erledigen, einkaufen zu gehen und eigenständig etwas zu unternehmen. Sie fühlt sich den aggressiven Verhaltensweisen des Herrn K. ausgeliefert und leidet gleichzeitig unter ihren Ohnmachts- und Schuldgefühlen. Verzweiflung und Angst ergreift sie, als die gewaltvollen Ausbrüche ihres Partners zunehmen. In der Familie findet sie für ihre Nöte kaum Gehör.

### **Vignette 3: Ehepaar Frau und Herr A.**

Herr und Frau A. möchten so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben. Dies gelang viele Jahre mit großem Einsatz der Familie trotz vielfältiger Behinderungen der Eheleute. Bei Frau A., 61 Jahre alt, begann vor zehn Jahren eine demenzielle Entwicklung. Vor 15 Jahren erlitt Herr A. einen Schlaganfall und behielt Beschwerden im sprachlichen und motorischen Bereich zurück. Beiden Eheleuten wurde die Pflegestufe II erteilt. Krisenhaft spitzte sich die Situation erstmals im Jahr 2008 zu. Die pflegende Schwiegertochter konnte die sie sehr belastende Pflege nicht mehr leisten. Herr und Frau A. waren seitdem vor allem auf die Hilfestellungen des 17-jährigen Enkelsohnes B. angewiesen, der seit früher Kindheit bei den Großeltern lebt. Nachdem sich B. in letzter Zeit nicht genügend um sein schulisches und berufliches Fortkommen gekümmert hatte, veranlasste dessen Vater, der Sohn von Herrn und Frau A., den Auszug aus der Wohnung der Großeltern. Die Schwester von Frau A. und der Sohn von Herrn und Frau A. übernahmen gemeinsam die gesetzliche Betreuung des Ehepaares. Im Familienkreis wird die Situation zunehmend als untragbar belastend empfunden. Eine Heimunterbringung scheint unausweichlich.

### **Fazit**

In den beschriebenen Krisensituationen wird deutlich, wie vielfältig die Belastungen der alten Menschen und auch die ihrer Angehörigen sind. Ebenso zeigt sich, dass bestimmte Situationen verschieden wahrgenommen werden und zu unterschiedlichen – manchmal gegensätzlichen – Reaktionsweisen führen. Die Beteiligten sind gefordert, sich

ständig neu zu orientieren, Bewältigungsstrategien immer wieder anzupassen, zu verändern bzw. neu zu entwickeln. Um Schritt zu halten, sind sorgfältig multiperspektiv geplante Interventionen sowie sinnvoll strukturierte Übergänge gefragt. Gleichzeitig sind die bei Veränderungen notwendig werdenden persönlichen Entwicklungsschritte der Betroffenen im Hilfenetz zu antizipieren und zu ermöglichen.

## Beispiele niederschwelliger Hilfen für alte Menschen und ihr Umfeld

Aus dem vorliegenden Material ergeben sich die unten aufgeführten Leitsätze. Im Weiteren werden die im letzten Kapitel beschriebenen Vignetten wieder aufgegriffen und der Unterstützungsprozess, den VIVA maßgeblich verantwortete, beschrieben und kommentiert. Zum besseren Verständnis: Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen von VIVA sind mehrfach qualifiziert und verfügen über eine psychosoziale Beratungsausbildung. Sie werden im Folgenden »Beraterin« genannt. Die nebenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind – nach interner Schulung – überwiegend stundenweise hauswirtschaftlich tätig. Sie werden nachfolgend »Helfer« oder »Helferin« genannt.

### Leitsätze zum Unterstützungsprozess

- Damit fremde Hilfe angenommen werden kann, wird zunächst von der VIVA-Beraterin eine vertrauensvolle Beziehung mit dem alten Menschen aufgebaut.
- Eine frühzeitig beginnende sorgfältig eingeleitete Begleitung trägt dazu bei, (weitere) Krisensituationen zu vermeiden.
- Hilfen sollten nicht an dem Willen der Betroffenen vorbei stattfinden, sondern sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten.
- Manchmal stehen Kontakte mit Angehörigen lange im Mittelpunkt der Betreuung.
- Die Stabilität des geknüpften professionellen Netzwerks als Ergänzung zum familiären Netzwerk hängt davon ab, ob Angehörige davon überzeugt werden können, dass die häusliche Versorgung durch ein genau abgestimmtes verlässliches Vorgehen mit professioneller Hilfe praktisch und finanziell machbar ist.

- Die prozessorientierte Begleitung bewirkt mehr Stabilität, wenn das geknüpfte Hilfenetz den Bedürfnissen und dem Bedarf aller beteiligten Akteure Rechnung trägt.
- Erst nach Aufbau eines Vertrauensverhältnisses kann ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit der Familie entstehen.
- Die intensive Einbeziehung von Angehörigen befördert den Austausch und die aktive Zusammenarbeit mit diesen und untereinander.
- VIVA-Einsätze werden dem steigenden Betreuungsbedarf angepasst.
- Die Hilfen sollten stufenweise vorgenommen werden, um die Akzeptanz der Hilfen zu erreichen.
- Die Auswahl der Helferinnen und Helfer muss auf beiden Seiten passgenau erfolgen.
- In der Beratungssituation kann die Verbalisierung von Unsicherheit, Selbstzweifel, Schuld- und Schamgefühlen Erleichterung verschaffen.
- Für Angehörige, die einen häufig unausgesprochenen Hilfebedarf haben, bestehen engmaschige und regelmäßige Gesprächsmöglichkeiten mit VIVA-Beraterinnen.
- Die Beziehungskonflikte innerhalb der Familie im Hilfeprozess sind zu erkennen und zu berücksichtigen.

## **Darstellung der Hilfeprozesse und der Krisenbewältigung – gelingende und nichtgelingende Interventionen – Folgerungen für die Praxis**

### **Fortsetzung Vignette 1**

Die Betreuung von Frau D. durch VIVA beginnt im Jahr 2005. Die gesetzliche Betreuerin von Frau D. wendet sich 2008 an VIVA. Die »große Unordnung und die hygienischen Mängel« zu Hause bei Frau D. seien grenzwertig. Frau D. komme nicht mehr allein zurecht, verweigere aber jede fremde Hilfe. In der Hoffnung, dass Frau D. in der kleineren Wohnung besser Ordnung und Sauberkeit halten könne, habe die gesetzliche Betreuerin ihr die jetzige kleine Wohnung vermittelt. Nun sei der Zustand der Wohnung bereits wieder ähnlich wie

in der alten Wohnung. Nach einem ersten Hausbesuch vereinbart die Beraterin, Frau M., regelmäßige Kontakte zu Hause bei Frau D. Behutsam beginnt Frau M. den Aufbau einer Beziehung durch ihre regelmäßig wöchentlich stattfindenden Besuche. Frau D. möchte Frau M. anfangs keine Arbeit zumuten. Nur langsam gewöhnt sie sich daran, Unterstützung zu bekommen. Schließlich lässt es Frau D. zu, dass Frau M. ihr beim Saubermachen der Wohnung zur Seite steht, ihr beim Bedienen der Waschmaschine behilflich ist usw. Gern kommt Frau D. schließlich bei gemeinsamen Tätigkeiten ins Gespräch mit Frau M. Ein halbes Jahr später ist der Haushalt wieder ordentlicher und eine erste geeignet erscheinende VIVA-Helferin kommt zu täglichen Einsätzen zu Frau D. Frau M. besucht Frau D. weiterhin in regelmäßigen Abständen.

Nach Ausscheiden der bisherigen gesetzlichen Betreuungsperson im Jahr 2008 übernimmt Frau O. die Betreuung. 2009 kündigt die Wohnungsgesellschaft der Heilsarmee Frau D. die Wohnung. Es sei untragbar, dass der Sohn dort ununterbrochen gemeinsam mit der Mutter lebe. Die gesetzliche Betreuerin reagiert darauf nicht und legt keinen Widerspruch gegen die Kündigung ein. Die zuständige Amtsärztin plädiert für eine Heimeinweisung, nachdem sie Frau D. und ihren Sohn anlässlich eines Hausbesuchs gesehen hatte. Selbst im Sohn findet Frau D. keine Unterstützung, als es um die Heimfrage geht. Frau D. nimmt die Heimperspektive ohne zu widersprechen hin und lässt sich im September 2009 ins Heim einweisen. Lediglich Frau M. weiß davon, dass Frau D. nicht ins Heim möchte.

### Fazit

Da sich Frau D. in alles fügte, war es ein Leichtes, über sie hinweg zu entscheiden. Schon der ihr auferlegte Umzug in eine sehr kleine Wohnung, die den Besuch des einzigen Menschen verhindert, zu dem Frau D. eine engere Beziehung aufrechterhalten konnte, erscheint im Nachhinein unsinnig. Wichtig wäre es, jemandem, der sehr bescheiden in einer kleinen eigenen Welt lebt, diese Welt, wenn gewünscht, zu erhalten. Dazu wäre es von Anfang an erforderlich gewesen, Frau D. selbst bzw. die involvierte Fachstelle VIVA in der Entscheidungsphase mit einzubeziehen.

## Fortsetzung Vignette 2

Die Söhne des Herrn K. wenden sich im Jahr 2007 hilfeschend an VIVA. Zunächst werden Beratungsgespräche allein mit den Söhnen geführt, um die Frage nach einem guten häuslichen Versorgungskonzept für den Vater vorzubereiten und Möglichkeiten der immer dringender werdenden Unterstützung der jede Hilfe ablehnenden Lebensgefährtin vorzubereiten. Es finden bald auch gemeinsame Gespräche mit den besorgten Söhnen und Frau E. in der Beratungsstelle statt.

Parallel dazu beginnt die Beraterin, Frau F., mit Frau E. regelmäßige supportive Einzelgespräche. Ab 2009 berichtet Frau E. von immer häufiger auftretenden aggressiven Verhaltensweisen des Herrn K. ihr gegenüber. Das Benennen der bisher uneingestanden Gefühle von Schuld und Ohnmacht verhilft dazu, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Frau E. akzeptiert im November 2010 die regelmäßigen Besuche eines Helfers, der sich ihres Lebensgefährten annimmt. Während sich dieser mit Herrn K. unterhält oder spazieren geht, kann Frau E. nun wieder mehrmals in der Woche in Ruhe ihren Haushalt erledigen, einkaufen gehen und mit Freundinnen etwas unternehmen. Dem VIVA-Helfer gelingt es zeitweise, mit Frau E. ein recht gutes Verhältnis herzustellen. Frau E., die in letzter Zeit oft innerlich verzweifelt ist, spricht gegenüber der Beraterin die gewaltvollen Ausbrüche ihres Partners, denen sie sich ausgeliefert fühlt, an. Es geht darum, gemeinsam nach Möglichkeiten des konfliktlösenden Umgangs bei Streitigkeiten des Paares zu suchen. Frau E. bekommt Raum, ihre von den Söhnen missbilligten Wünsche der Heimunterbringung und damit einhergehende unterschwellige Konflikte zu äußern. Frau E. und der Schwiegersohn sehen sich geeignete Heime an, um »für alle Fälle« vorbereitet zu sein. Schließlich wünscht Frau E., dass der Helfer durch eine Helferin abgelöst werde. Der neuen Kraft gelingt es leicht, die Balance zwischen der Betreuung des dementen Mannes und der Zuwendung für Frau E. herzustellen. Dennoch kommt Herr K. auf Wunsch der Partnerin in ein Heim. Unter dem Vorwand eines Urlaubs lässt sich Herr K. darauf ein. Die Helferin besucht Herrn K. weiterhin dreimal wöchentlich im Heim.

## Fazit

Im Fall K. sieht sich die Beraterin dem komplexen familiären Geschehen mit widerstreitenden familiären Bestrebungen gegenüber. Die Bemühungen der Söhne von Herrn K., dem Wunsch des Vaters, zu Hause zu bleiben bis zum Lebensende, zu entsprechen, und sich dazu rechtzeitig professionell unterstützen zu lassen, schienen erfolgversprechend. Frau E., in der Pflegesituation am stärksten belastet, ließ sich nach intensiver Einzelberatung schließlich auf die von VIVA entsprechend den Bedürfnissen von Herrn K. und von Frau E. ausgewählten häuslichen Hilfen ein. Damit gelang über einen längeren Zeitraum die Entlastung des familiären Systems. Entscheidende Veränderungen taten sich im Beratungsverlauf von Frau E. Zunehmend wagte sie es, ihrer andauernden Überforderung mit der Pflege ihres Lebensgefährten Ausdruck zu geben. Damit einhergehend reifte in ihr die Entscheidung, ihren Partner im Heim unterzubringen. Leider war es ihr nicht möglich, mit ihrem Lebensgefährten offen über ihr Vorgehen zu sprechen, so dass Herr K. die Akteursrolle verlor.

## Fortsetzung Vignette 3

Im Fall des Ehepaares A. wird zum oben beschriebenen kritischen Zeitpunkt 2008 erstmals die Beratungsstelle VIVA hinzugezogen. Erst als die Beraterin den Angehörigen zusichert, die bisher von der Schwiegertochter geleistete Betreuung übernehmen zu können und nach Darlegung der Finanzierbarkeit, stellt die Familie die Heimplösung zurück. Regelmäßige Einsätze zunächst einer HelferIn beginnen. Ebenso finden fortlaufende Beratungsgespräche in größer werdenden Abständen mit Familienangehörigen durch die VIVA-Beraterin statt. Neben der Betreuung durch VIVA sind täglich mehrmalige Einsätze eines Pflegedienstes notwendig. Die Zunahme des psychosozialen und hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs – durch die fortschreitende Demenz von Frau A. – erfordert nach und nach weitere drei Helfer. Seit Beginn des Jahres 2011 sind nach der Einstufung beider Eheleute in Pflegestufe III insgesamt sechs Helfer tätig, die notwendig gewordenen Nachtdienste inbegriffen. Die mehrmals täglichen Einsätze seitens der Beratungsstelle und des Pflegedienstes erfordern immer wieder neue Absprachen. Besonders schwierig wird es, als das Ehepaar, das abends spät ins Bett

zu gehen pflegt, nun nach Plan des Pflegedienstes bereits um 18 Uhr zu Bett gebracht werden soll, damit der Pflegeabenddienst seinen nicht flexibel handhabbaren Dienst verrichten kann.

Von Beginn der Versorgung an finden regelmäßige von der VIVA-Beraterin, Frau K., organisierte monatliche Team-Besprechungen statt. Während sich das Helferteam monatlich trifft und zwischendurch in telefonischem Kontakt befindet, kommen bei Bedarf zusätzlich die übrigen Akteure, die gesetzlichen Betreuerinnen und weitere Familienmitglieder, das Sozialamt und der Pflegedienst hinzu. Die Beraterin hat dabei vielfältige Aufgaben. Sie ist gleichzeitig die Einsatzleitung, Moderatorin, Fachfrau für Geriatrie und Gerontopsychiatrie sowie Supervisorin. Im Begleitprozess geht es um Bedarfsveränderungen und Bedürfnisanpassungen. Zur Erhaltung eines stabilen Hilfenetzes werden verschiedene Auffassungen über das weitere Vorgehen wie zur Frage der Heimeinweisung zusammengetragen, erörtert und abgeglichen. Bei den vom Sohn geäußerten Zweifeln an der Machbarkeit einer häuslichen Versorgung mit steigendem Bedarf werden alternative Möglichkeiten und Schritte besprochen.

Das zunehmend engmaschig geknüpft Hilfenetz kann eine weitere Belastung, die Krankenseinweisung des Ehemannes im Frühjahr 2010, vermeiden. Die Übergänge zwischen den ambulant-stationär-ambulant Bereichen werden durch aktive telefonische Informationsvermittlung zwischen der Beraterin und dem Krankenhausteam überwunden. Zwei der Helferinnen machen Besuche im Krankenhaus.

In der Supervision der Beraterin Frau K. wirft die immer dringlichere Suche des Sohnes nach einem passenden Heim, trotz bester Versorgung der Eltern, die Frage auf, ob der durch VIVA fast völlig entlastete Sohn sich – nun tatenlos geworden – zu wenig einbezogen und gefragt fühlt. Auch entsteht die Hypothese, dass die Konzentration der Beraterin auf die Eltern und deren Hilfeprozess biografische Geschehnisse im Sohn wieder belebt haben, die sein aktuelles Verhalten und sein Handeln erklären.

## Fazit

Die Vignette zeigt das vielschichtige Zusammenspiel und die »Fallstricke«, die entstehen, wenn Betroffene, die Familie und weitere Akteure im Hilfeprozess interagieren.

- Hilfestellungen von Professionellen sollten nicht dazu führen, dass Familienmitglieder ihre Funktion ganz verlieren, indem die bis dahin von ihnen geleistete Alltagsversorgung fast gänzlich auf Helferinnen und Helfer übertragen wird.
- Familienangehörige, die im Hilfeprozess eingebunden sind, sollten im Sinne einer biografischen Begleitung einbezogen werden.
- Die beschriebenen Aufgaben der Beraterinnen zeigen, dass besondere fachliche Kompetenzen wie psychosoziale und systemische Beratungs-, Einsatzleitungs-, Moderations- und Supervisionskompetenzen (bei VIVA in Personalunion) bei der Beraterin vorhanden sein sollten.
- Die Qualität eines betreuenden Helfer-Teams ist durch einen regen Informationsfluss untereinander sowie durch aufeinander abgestimmtes Arbeiten miteinander gekennzeichnet bei größtmöglicher Personen- und Zeitkonstanz.
- Dabei entstehende Konkurrenzen untereinander in Bezug zum Klienten oder der Klientin müssen die Beraterinnen erkennen und steuern.
- Die Kooperation mit anderen beteiligten Einrichtungen, Diensten, Behörden muss aktiv und kontinuierlich aufrecht erhalten, Übergänge müssen gestaltet werden.
- Auch muss im Begleitprozess immer wieder überprüft werden, inwieweit eine Helferin oder ein Helfer weiterhin der betroffenen Person »gut tut«. Es ist auch zu überprüfen, ob sie den sich verändernden u. U. komplexer werdenden Aufgaben gewachsen sind.

## Abschließende Bemerkungen

Aus den hier vorgestellten Vignetten können Folgerungen und Strategien für die ambulante Versorgung von alten, unterstützungsbedürftigen Menschen bzw. Hochaltrigen gezogen werden: Die geschilderten Krisenereignisse zeigen, dass möglichst frühzeitige niederschwellige präventive Interventionen, vor allem aber die psychosoziale Beratung, erste Krisen verhindern oder hinauszögern können. Beginnt der Hilfeprozess in einer aktuellen Krise, ist es häufig notwendig, mehrere biopsychosoziale Interventionen simultan durchzuführen (vgl. HEDTKE-BECKER et al. 2003). Entscheidend kommt es dabei auf die Sorgfalt und Professionalität der Fachkräfte an, damit sie das gesamte Umfeld

nicht verstören oder überfordern. Nicht zuletzt führt ein maßgeschneiderter Hilfeprozess nur dann mittel- und langfristig zum gewünschten Ziel des Verbleibens zu Hause – wenn möglich bis zum Lebensende –, wenn dieser immer aufs Neue und zuverlässig nachgebessert wird und die alten Menschen die Akteursrolle behalten können. Akteure in diesem Sinne sind aber auch, das zeigen diese Vignetten deutlich, die – oft selbst alten – Angehörigen, deren Interessen und Bedürfnisse keineswegs konform mit denen der alten Menschen sind und für die das Zusammenleben oder die »Sorgearbeit« (STEINER-HUMMEL 2000) unerträglich werden kann.

## Literatur

- ARMSTRONG, M. J.; GOLDSTEEN, K. S. (1990): Friendship support patterns older American women. In: *Journal of Aging Studies*, 4. Jg., S. 391–404.
- CHAPMAN, N. J.; HOWE, D. A. (2001): Accessory Apartments: Are they a Realistic Alternative to Ageing in Place? *Housing Studies*, 16 (5), S. 637–650.
- DOYLE, M.; TIMONEN, V. (2007). Home Care for Ageing Populations. A Comparative Analysis of Domiciliary Care in Denmark, the United States and Germany. Cheltenham/Northampton.
- ENGEL, H.; ENGELS, D. (1999): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart.
- EVERS, A.; OLK, T. (1996): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: EVERS, A.; OLK, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Opladen, S. 347–372.
- GALLIKER, M.; KLEIN, M. (2002): Alte Menschen entscheiden selbst. *Dr. med. Mabuse*, 137, 5/2002, S. 10–11.
- HASS, W.; PETZOLD, H. G. (2004): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. Internet: [www.integrative-therapie.ch/sozialenetzwerke.htm](http://www.integrative-therapie.ch/sozialenetzwerke.htm) (18.10.2005).
- HEDTKE-BECKER, A.; HOEVELS, R. (2005): Netzwerkbezogene Un-

- terstützung chronisch kranker und alter Menschen: Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung im Akutkrankenhaus. In: BAUER, P.; OTTO, U. (Hg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Bd. 2. Tübingen, S. 427–460.
- HEDTKE-BECKER, A.; HOEVELS, R.; SCHWAB, M. (Hg.) (2003): (Familien-)Medizin und Sozialarbeit: ein Kooperationsmodell. Biopsychosoziale Behandlung chronisch kranker Menschen im internistischen Krankenhaus. Das KISMED-Projekt in der Praxis. Hockenheim.
- HEYE, C.; VAN WEZEMAEL, J. E. (2007): Der sozio-demographische Wandel und die Reurbanisierung erfordern neue Strategien von der Wohnbauindustrie. *DISP* 168.
- KOHLI, M.; KÜNEMUND, H. (2001): Geben und Nehmen. Die Älteren im Generationenverhältnis. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, Heft 4, S. 513–528.
- MÜLLER, B. (2002): Professionalisierung. In: THOLE, W. (Hg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. Opladen, S. 725–744.
- OTTO, U. (2009): Die sozialen Netzwerke Älterer: Professionelle Interventionsmöglichkeiten zur Förderung sozialer Unterstützung. Wiesbaden.
- STEINER-HUMMEL, I. (2000): Partnerinnen im Pflegeprozess. In: ARNOLD, K.; HEDTKE-BECKER, A. (Hg.) *Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Eine Arbeitsmappe*. Frankfurt, S. 112–117.
- ZIEGLER, F. (2000): *Familienpflege und Familiensolidarität. Über den Umgang erwachsener Kinder mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern*. Dissertation an der Univ. Konstanz. Internet: [www.ub.unikonstanz.de/kops/volltexte/2000/538/pdf/diss.pdf](http://www.ub.unikonstanz.de/kops/volltexte/2000/538/pdf/diss.pdf) (08.12.2004).