



Bachelorarbeit
Zur Erlangung des akademischen Grads
Bachelor of Arts Soziale Arbeit

Der Auftrag der soziodemografischen Wandlungs-
prozesse der heutigen Gesellschaft an die soziale
Altenarbeit

Am Beispiel von Case Management

Vorgelegt von:

Julia Seliger

Hochschule Neubrandung

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Sommersemester 2020

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0487-7

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Müller

Zweitgutachter: Frau Prof. Dr. Bräutigam

Abgabetermin: 08.08.2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen indirekt oder direkt entnommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht und im Quellenverzeichnis aufgeführt. Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Soziale Altenarbeit.....	4
1.1 Altenbilder in der Gesellschaft.....	7
1.1.1 Die historische Entwicklung von gesellschaftlichen Altenbildern	8
1.1.2 Altenbilder in der Moderne.....	11
1.1.3 Altenbilder und Medien	12
1.2 Die soziodemografische Entwicklung	13
1.2.1 Feminisierung und Singularisierung.....	15
1.2.2 Der Generationenvertrag	18
1.3 Entstehende Aufträge für die Gesellschaft und die Soziale Arbeit in Folge der Auswirkungen der soziodemografischen Entwicklungen.....	19
1.4 Individualisierung und Professionalisierung moderner Altensozialarbeit.....	26
2 Case Management	28
2.1 Geschichte des Case Managements.....	30
2.2 Die Methode des Case Managements	31
2.3 Die Ressourcendimensionen des Case Managements.....	32
2.4 Die Ziele des Case Managements	32
2.5 Die Phasen des Case Managements	33
3 Case Management als interdisziplinäres Konzept	35
3.1 Case Management und Managed Care	36
3.2 Entlassmanagement.....	37
3.3 Care Management.....	39
4 Disziplinäre Zugehörigkeit der Case Management- Methode	40
5 Zusammenfassung	42
6 Literaturverzeichnis.....	45
7 Quellenverzeichnis	47

Einleitung

Der Anlass dieser Arbeit ist das globale Phänomen der Alterung der Bevölkerung. Während der Anteil der Bevölkerungsschicht im erwerbsfähigen Alter und jüngerer Menschen schrumpft, wächst der Anteil der alten Bevölkerungsmitglieder stetig. Dies hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf viele Bereiche unseres heutigen Lebens.

Auch hier in Deutschland sind die Folgen dieses Prozesses bereits deutlich zu bemerken, sodass hieraus ein Handlungsbedarf für unsere Gesellschaft und damit auch für die Soziale Arbeit entsteht.

Die Altenhilfe ist ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, welches sich bereits langer Tradition erfreut und nun noch stärker als zuvor an Relevanz gewinnt, sodass dies einen wichtigen Auftrag für die Profession der Sozialen Arbeit darstellt.

Mit der steigenden Zahl von älteren Menschen rücken auch alterstypische Problemlagen und Bedürfnisse in den Vordergrund des Sozial- und Gesundheitswesens, an welche es sich anzupassen gilt. Physische und kognitive Beeinträchtigungen nehmen im Alter stark an Häufigkeit zu und spielen somit in der heutigen Zeit eine größere Rolle als noch vor einigen Jahren. Auch Altersarmut und Einsamkeit im Alter gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Die veränderten gesellschaftlichen Strukturen erfordern neue Ansätze und Lösungswege von den sozialpädagogischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und anderen Professionen. Bisherige Strategien und Verfahren gilt es nun eventuell zu überdenken und anzupassen.

Immer häufiger treten Fälle auf, bei denen ältere, multimorbide Personen mit komplexen Problemlagen im Fokus stehen. Bei der Unterstützung bei sozialen und gesundheitlichen Hilfebedarfen kommt es nicht selten zu Schnittstellen des sozialen und gesundheitlichen Sektors.

Diese Vermischungen der Zuständigkeiten können zu Verwirrungen und Konflikten führen, welche den Hilfeprozess behindern können.

Diese Arbeit beschäftigt sich daher mit der zentralen Fragestellung: Welche Ursachen gibt es für die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der Zuständigkeiten der beteiligten Disziplinen in Unterstützungsprozessen älterer Personen und wie kann diese Problematik in Zukunft aufgelöst werden?

Dafür setzt sich diese Arbeit zunächst mit dem Arbeitsfeld und den dazugehörigen Aufgaben und Zielen der sozialen Altenarbeit auseinander und gibt einen groben Überblick über die Entstehung der sozialen Altenhilfe und ihre Entwicklung bis in unsere heutige Zeit.

Im ersten Kapitel des ersten Abschnitts der Arbeit geht es um den Einfluss von Altenbildern auf den Stellenwert älterer Mitmenschen in unsere Gesellschaft. Hierzu wird ein kurzer Überblick über den Begriff „Altenbild“ gegeben und die unterschiedlichen Arten der Selbigen erläutert. Im Anschluss wird der Verlauf von Altenbildern in der Geschichte beleuchtet, um den Einfluss der öffentlichen Einstellung zu älteren Menschen auf das Leben im Alter zu verdeutlichen. Nachfolgend wirft die Arbeit einen Blick auf das aktuelle Altenbild, um die heutige gesellschaftliche Stellung Älterer zu untersuchen. Schließlich wird zusätzlich der Einfluss der Medien auf die Altenbilder dargestellt, aufgrund ihrer enormen Bedeutung in der modernen Gesellschaft.

Im folgenden Kapitel des Abschnitts eins geht es um die soziodemografische Entwicklung. Es untersucht die demografischen und soziokulturellen Veränderungen in unserer Zeit und ihren Einfluss auf unsere Gesellschaft. Dabei wird Aufschluss über die Ursachen der demografischen Alterung gegeben. Auch Phänomene wie Feminisierung und Singularisierung als auch ihre Auslöser werden diskutiert. Ferner wird über die Auswirkungen der aktuellen soziodemografischen Prozesse auf den Generationenvertrag eingegangen.

Nachdem sich in den ersten zwei Kapiteln ein Überblick über die momentane Ausgangssituation gemacht wurde kann im dritten Kapitel auf die daraus resultierenden Handlungsbedarfe und Aufträge dieser Entwicklungen an die Gesellschaft und insbesondere an die Soziale Arbeit eingegangen werden.

Im darauf folgenden Kapitel wird dann die Notwendigkeit einer Individualisierung und Professionalisierung in Abgrenzung zu anderen Disziplinen abgewogen sowie etwaige Gründe für die bisherige Profilunschärfe als auch Hindernisse auf dem Weg zu der Ausbildung eines solchen Profils angesprochen. Das Case Management wird hier als Beispiel für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit genannt.

Im zweiten Abschnitt der Arbeit wird die Arbeitsmethode des Case Managements erörtert, welche inzwischen eine beliebte Methode bei der Arbeit mit älteren Menschen ist.

Nachdem anfänglich der Begriff des Case Managements dargelegt wurde, beschäftigt sich das nächste Kapitel mit der Geschichte des Case Managements, um ein besseres Verständnis für die Methode zu erzielen, welche im anschließenden Kapitel noch einmal

kurz dargelegt wird. Das dritte Kapitel des zweiten Abschnitts setzt sich mit den für das Case Management so charakteristischen Ressourcendimensionen auseinander. Abschließend beschäftigen sich die nächsten zwei Kapitel mit den Zielen und den Phasen des Case Managements.

Das Case Management wird in vielen unterschiedlichen Arbeitsfeldern und verschiedenen Professionen angewandt und ist aus vielen Gründen sehr beliebt. Jedoch ist die synonyme Verwendung des Begriffs des Case Managements für andere, ähnliche Konzepte problematisch. Mit diesem Thema beschäftigt sich der dritte Abschnitt.

Die einzelnen Kapitel dieses Abschnitts beschäftigen sich mit der Differenzierung einiger Methoden, die an das Case Management erinnern und dem klassischen Case Management. Verglichen werden das Case Management und Managed Care, das Entlassmanagement sowie das Care Management.

Der Letzte Abschnitt der Arbeit kreist um den regelrechten Konkurrenzkampf der Sozialen Arbeit und der Pflege um das Vorrecht an der Case Management- Methode. In diesem Abschnitt wird diskutiert ob und unter welchen Bedingungen sich eine dieser beiden Disziplinen als geeigneter für die Ausführung des Case Managements in der Altenarbeit erweist. Er beschäftigt sich zudem damit, auf welche Weise die Methode des Case Managements bei der Bewältigung aktueller Herausforderungen in der Arbeit mit Älteren genutzt werden kann.

1 Soziale Altenarbeit

In Deutschland teilt sich die Arbeit mit älteren Menschen seit langem einerseits in das Gesundheits- und andererseits in das Sozialwesen auf, welches sich auch in der Gesetzgebung, Finanzierung und Verwaltung widerspiegelt. Die Altenhilfe gehört den sozialen Hilfen an.

Aus diesem Grund wird sie nicht von den Normen des Gesundheitswesens beherrscht, sondern orientiert sich an der Armutsverwaltung. Auch das Leitbild der sozialen Altenarbeit unterscheidet sich von dem der Medizin, welches sich um die körperlichen und geistigen Defizite des Menschen dreht.

Seit dem Einführen des Bundessozialhilfegesetzes, ist neben der medizinischen und pflegerischen Unterstützung älterer Menschen auch die Notwendigkeit der sozialen Komponente in Hilfsangeboten gesellschaftlich stärker anerkannt, sodass nun die Voraussetzungen für eine gut ausgebaute Angebotsstruktur der sozialen Altenhilfe gegeben ist (vgl.: Otto 2001, Internetquelle).

Dies ist auch zwingend von Nöten, da sich die Altersstruktur unserer Gesellschaft im Wandel befindet. Man spricht von der sogenannten Alterung der Gesellschaft. Die hat einen Anstieg der älteren Bevölkerungsgruppen zur Folge.

Diese steigende Zahl älterer Menschen rückt zunehmend in den Blick der Sozialer Arbeit. Es besteht ein Bedarf an Interventionen und Angeboten bei der Überforderung ältere Personen im Alltag oder bei einem erschwerten Ressourcenzugang im sozialen Umfeld.

Es ist, wie bereits angedeutet, ein Ausbau von Hilfsangeboten erforderlich, um älteren Gesellschaftsmitgliedern und ihren Angehörigen bei Organisations-, Hilfe- und Unterstützungsprozessen zu begleiten, wenn diese die eben genannten Prozesse nicht mehr eigenständig bewältigen können. Dazu gehört auch die Vermittlung an entsprechende ambulante und stationäre Dienste. Gleichzeitig stellt die soziale Altenarbeit ein Ansprechpartner bei Problemen und Beschwerden dar und steht ihren Klient*Innen bei einer möglichst autonomen Lebensführung zur Seite.

Das Ziel besteht hierbei nicht in der Verbesserung der physischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern vielmehr in der Begleitung bei den Veränderungen des Älterwerdens (vgl.: Woog 2006, S.15).

Dabei orientiert sich die soziale Altenarbeit in ihrer Arbeit an dem Lebensraum ihrer Adressat*Innen, um sich selbst sowohl ein flexibles Handeln als auch ein geplantes und

zielorientiertes Vorgehen zu ermöglichen. Sie berücksichtigt hierbei alle Grunddimensionen der Lebenswelt ihrer Mandant*Innen, also sowohl Raum als auch Zeit sowie soziale Beziehungen. Ferner gilt es bei dieser Arbeit dafür Sorge zu tragen, diese Dimensionen des alltäglichen Lebens- und Erfahrungsraums in die Beratungs- und Unterstützungsarbeit mit einzubetten und somit auch Zugang zu Ressourcen bereits bestehender institutioneller und professioneller Hilfebeziehungen zu erhalten (vgl.: Woog 2006, S.43).

Dies ist für die Entwicklung einer belastbaren und unterstützenden Infrastruktur im sozialen Milieu von Bedeutung. Dieses soziale Netz in Verbindung mit der Ausbildung und Stabilisierung allgemeiner Kompetenzen für die Lebensbewältigung und der Herstellung gerechter Lebensverhältnisse wirkt präventiv gegen die Anfälligkeit ältere Menschen für soziale Problemlagen. Entscheidend ist die Etablierung von Unterstützung vor der Verhärtung von Schwierigkeiten, zum Beispiel bei der Überlastung von Angehörigen.

Ziel ist die Herstellung von „Normalität“. Um dies zu gewährleisten ist ein schwellenfreier Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie zu Spezialdiensten in der direkten Umgebung als auch ein ganzheitlicher Ansatz der Dienste erforderlich.

Zusammengefasst geht es um die Anwesenheit vernetzter, gut erreichbarer, dezentraler und regionaler Hilfen, die den älteren Menschen bekannt sind, die an den vorhandenen Bedarf anknüpfen und sich gegenseitig ergänzen.

Ein weiteres fundamentales Thema der sozialen Altenarbeit ist die gesellschaftliche Teilhabe. Für die Integration älter Menschen in die Gesellschaft ist es unvermeidlich Unterschiede anzuerkennen und sich auf einer Basis von grundsätzlicher Gleichheit zu begegnen (vgl.: Woog 2006, S. 44).

Das oberste Ziel der sozialen Altenarbeit ist die Wiederherstellung der Lebensqualität älterer Menschen. Für die Erreichung dieses Anspruchs konzentriert sich die sozialpädagogische Einflussnahme auf den Ausbau sozialer Beziehungen und Kontakte. So sollen Ängste minimiert werden, was bei der Erforschung der eigenen Selbstwirksamkeit förderlich ist, welche bei dem Aufbau eines stabilen Selbstbewusstseins unterstützt. Letztlich soll auf diese Weise die Lebensfreude wieder erweckt werden.

Die Aufgabe der „Sozialen Altenarbeit ist es dann, den alten Menschen so zu stützen und zu stärken, dass sich ein Handlungs-, Entwicklungs- und Erlebnispotenzial in Bezug auf seine gewohnten Zeitstrukturen, die Gestaltung des vertrauten Raumes und die Erfahrung sozialer Bezüge entfalten kann.“ (Woog 2006, S.45) Das Leitbild der sozialen

Altenarbeit sollte somit auf die Stärken und Ressourcen eines Menschen ausgerichtet sein und nicht die Defizite in den Mittelpunkt ihrer Arbeit rücken

(vgl.: Woog 2006, S. 45).

Interessant zu bemerken ist, dass: „Anders als in der Jugendhilfe kann sich Soziale Altenarbeit meist nicht „überflüssig“ machen, sondern sie wird den Personenkreis, vor allem der allein lebenden und allein stehenden Menschen, zeitlebens bis hin zu dem Tod begleiten, um ihnen ein möglichst stressfreies und zufrieden stellendes Leben und Sterben - am besten zu Hause - zu ermöglichen.“ (Woog 2006, S.45)

Bisher gab es zwei Typen von Institutionen für die Arbeit mit älteren Menschen. Der erste richtet sich nach den manifesten Hilfen, der zweite orientiert sich an dem Pflegebedarf. Damit sind zu dem Beispiel Pflegeheime, Sozialstationen oder ambulante Hilfen, wie mobile Sozialhilfen oder Hauspflegedienste gemeint. Wobei die Zuständigkeit für die Belange von Hilfsbedürftigen seit langem durch die freie Wohlfahrtspflege dominiert wird.

In den letzten Jahren stieg die politische Nachfrage nach präventiven, rehabilitierenden und nachsorgenden Leitbildern an, die ihr Augenmerk auf autonome Lebensführung, frei von Abhängigkeiten durch Beeinträchtigungen oder Hilfen legen.

Zu Beginn entstand die weit bekannte Dreiteilung der Hilfen in ambulante, stationäre und offene Altenarbeit. Etwas später kamen auch Ansätze der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege hinzu (vgl.: Otto 2001, Internetquelle).

Zu den ambulanten Hilfen zählen Beratungsstellen mit einer entsprechenden Kommunikationsstruktur älterer Menschen, wie sozialpflegerische Dienste oder Sozialstationen, als Zusammenschluss mehrerer unterschiedlicher Hilfen. Auch Aufsuchende Hilfen, mit einer Geh- Struktur, bei denen örtliche Stellen die Adressat*Innen in ihrer Wohnung aufsuchen, beziehungsweise in alternativen eigenständigen Wohnformen, können hier hinzugezählt werden. Stationäre Hilfen stellen beispielsweise geriatrische Kliniken oder Betreuungsheime der Altenpflege dar. Die teilstationäre Hilfe umfasst Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.

Welche Hilfeform in Anspruch genommen wird hängt von den individuellen Umständen ab in denen sich der ältere Mensch befindet. Grundsätzlich gilt Bevorzugung aufsuchender und ambulanter Unterstützung. Die stationäre Unterbringung stellt zumeist den letzten Schritt der Hilfen dar (vgl.: Thiele 2001, S.67).

Die stationären Hilfeformen haben ihren Ursprung in den kirchlichen und bürgerlichen Spitälern für arme und kranke Menschen und führen bis ins Mittelalter zurück. Danach

entstanden die ersten Armenwohnungen, die vorwiegend von älteren Menschen bewohnt wurden.

Erst am Anfang der Neuzeit bildete sich eine geordnete Hausarmenpflege heraus, welche als die ersten ambulanten Hilfen gelten. Sie waren auf Adressat*Innen ausgelegt, die in der Lage waren ein selbstständiges Leben zu führen, solange sie dabei Unterstützung erhielten.

Ab den 70er Jahren eroberte erstmals auch die Soziale Arbeit das Arbeitsfeld der stationären Hilfen, in Form von Sozialstationen und mobilen sozialen Diensten, für sich.

Zu dieser Zeit begann außerdem der Ausbau lückenloser ambulanter Angebote zur selbstständigen Lebensführung. Anzumerken ist hier jedoch weiterhin ein eher mangelhafter Umfang dieser im Vergleich zu anderen Nationen.

Die offene Altenarbeit bietet Leistungen zur Förderung sozialer Kontakte und altersorientierter Freizeitgestaltung an. Es stellt ein vielschichtiges Praxisfeld dar, welche jedoch Abgrenzungsprobleme aus institutioneller, inhaltlicher als auch beruflicher Ebene aufweist. Zu den ursprünglichen Angeboten dieses Feldes gehören unter anderem Altenclubs, Altentages- und Altenbegegnungsstätten. Das Leitbild dieser Angebote beschränkte sich lange Zeit auf die Betreuung von älteren Personen. Inzwischen existieren jedoch neben diesen Orientierungen auch noch weitere Ausrichtungen (vgl.: Otto 2001, Internetquelle).

1.1 Altenbilder in der Gesellschaft

Altenbilder sind bildliche Annahmen, verflachte Informationen und Vorstellungen über ältere Menschen, welche in Bezug zur jeweiligen Kultur und Zeit stehen. Diese Bilder über das Altern und alte Leute haben Einfluss in alle Lebensbereiche (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.59). Sie stellen bestimmte Forderungen an die Merkmale, das Verhalten und die soziale Rolle von Personen aufgrund ihres Lebensalters. Die realen Eigenschaften und Verhaltensweisen sind hierbei unwichtig. Ebenso gehören zu Altenbildern Kommunikationskonzepte, Ideen und Deutungsmuster als auch soziale Praktiken über das Altern (vgl.: Backes/Clemens 2012, S. 59).

Altenbilder setzen sich einerseits aus individuellen Ansichten über alterstypische Verhaltensweisen zusammen, welche sich an den Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft orientieren und andererseits aus Vorstellungen über das eigene Alter und Altern. Selbstbezogene Bilder über das Alter entstehen aus Hoffnungen und Ängsten. Diese

haben ihren Ursprung ebenfalls in gesellschaftlichen Normen als auch in subjektiven Erfahrungen aus dem eigenen Lebensumfeld. Erwartet eine Person im Alter starke geistige und körperliche Defizite, ist es möglich, dass sich daraus ein Altersstereotyp entwickelt. Auf diese Weise kann es zu Stigmatisierungen von Alter kommen (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.61).

Altenbilder können uns in unserem Alltag in vier unterschiedlichen Formen erscheinen. Die Erste Form bilden kollektive Denkmuster, welche die Stellung älterer Personen in öffentlichen Altersdiskussionen abbilden. Eine weitere Form stellen die organisationalen und institutionellen Altersbilder dar. Zu ihnen gehören beispielsweise die im Gesetz festgelegten Altersgrenzen. Auch können Altersbilder als Element von persönlicher Interaktion auftreten. Dies meint die Normalitätsvorstellungen zum Verhalten älterer Gesellschaftsmitglieder. Diese Art der Altenbilder kann zur Entstehung und zur Reproduktion negativer Bilder über das Alter und über Ältere führen. Die vierte und letzte Erscheinungsform in denen Altenbilder auftreten können, werden individuelle Altersbilder genannt. Sie entstehen aus der eigenen Meinung über das Alter, das Altern und über ältere Menschen (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.60).

1.1.1 Die historische Entwicklung von gesellschaftlichen Altenbildern

Historisch lassen sich zwei Gegenpole in Bezug auf Altersbilder erkennen. In jeder Epoche der Menschheitsgeschichte gab es Auseinandersetzungen mit dem Alter als Lebensphase, mit einer entsprechenden Bewertung der Selben. Einerseits wurde dem Alter mit Ehrfurcht begegnet, da man es mit Weisheit in Verbindung setzte. Andererseits verband man die letzte Lebensphase mit Krankheit und Abbau und hatte dementsprechend ein negativ gefärbtes Altenbild (vgl.: Leser 2017, S. 54).

In der Antike galt das Alter als selbstverständliche soziale Norm und damit als achtungswürdig, wenngleich Seneca das Alter als unheilbare Krankheit beschrieb. Ein wichtiger Faktor bei der Stellung älterer Menschen in der antiken Gesellschaft, war die mündliche Wissens- und Wertevermittlung. Diese gewichtige Aufgabe lag in den Händen der älteren Bevölkerung.

Nachdem der Anteil von dem schriftlich festgehaltenen Wissen stieg, fiel diese Aufgabe jedoch für diese Gesellschaftsgruppe weg. Es entstanden neue Werte wie Dynamik, Schnelllebigkeit und Innovation. Als Folge daraus ergab sich für Menschen, die aus

dem Arbeitsleben austraten, dass man ihnen nicht mehr alle bürgerlichen Rechte zusprach und sie zu Bürgern zweiter Klasse wurden.

In der Blütezeit des römischen Reichs war es ein anzustrebendes Ziel in den Ruhestand einzutreten, obgleich dieser ein Privileg der Oberschicht war. Wann eine Person aus dem Arbeitsleben ausschied, hing davon ab in welcher körperlichen und mentalen Verfassung derjenige war. Oft wurde der Ruhestand mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt, weswegen viele Menschen zuvor Selbstmord begingen (vgl.: Leser 2017, S. 57).

Im Mittelalter galten alte Menschen als unbrauchbare Jammergestalten, woraus sich ein stark defizitorientiertes Altersbild schlussfolgern lässt. Die Jugend galt auch in dieser Zeit als Maß aller Dinge.

Einen Ruhestand gab es nicht, weshalb das Erreichen eines bestimmten Lebensalters kaum eine Rolle spielte. Bevölkerungsmitglieder aus höheren Gesellschaftsschichten war es möglich sich Schritt für Schritt aus dem Arbeitsleben zurück zu ziehen. Bei Personen aus niedrigeren Gesellschaftsklassen war der Eintritt in den Ruhestand abhängig von ihrer finanziellen und familiären Situation (vgl.: Leser 2017, S.58).

Auch in dieser Epoche gab es Schwankungen zwischen Altenbildern innerhalb der Gesellschaft, in welcher das Ende des menschlichen Lebens entweder als Belastung gesehen oder mit Anerkennung bedacht wurde. Ob das Alter als etwas Positives oder Negatives bewertet wurde, war sehr stark von der gesellschaftlichen Schicht abhängig, in welcher die Menschen lebten. In schlechter gestellten Verhältnissen wurden ältere Menschen zumeist als unproduktive Mittesser angesehen, da die Familie die vordergründige Anlaufstelle für die Pflege und Versorgung im Alter war (vgl.: Leser 2017, S.60).

Nebenbei entstanden die ersten Einrichtungen zur Versorgung von Bedürftigen, insbesondere von armen und kranken Menschen ohne Familienangehörige. Diese waren kirchliche Organisationen, die sich nach dem Gebot der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit richteten. Institutionen dieser Art können als die Vorgänger heutiger, moderner Krankenhäuser und Pflegeheime bezeichnet werden (vgl.: Leser 2017, S.61).

Das vorherrschende Altersbild im 16. Jahrhundert war negativ, vor allem in der ärmlichen und ländlichen Bevölkerung. Positive Altersbilder bildeten die Ausnahme. Sie kamen eher in besseren gesellschaftlichen Verhältnissen vor und waren meist von bloßem Wunschdenken geprägt (vgl.: Zehman 1995, S.34).

Während der Reformationszeit gab es genaue Vorstellungen, wie ein alter Mensch zu sein hatte. Ihm wurden Eigenschaften wie Weisheit, Ernst und Würde zugesprochen. Sie sollten ein gesellschaftliches Vorbild verkörpern und aufgrund ihrer Lebenserfahrung gute Ratgeber sein. Älteren Frauen wurde zusätzlich Geduld sowie hingabevolle Sorge um das familiäre Wohlergehen nachgesagt. Wenn eine Person diesem Rollenbild widersprach, musste sie mit negativen sozialen Folgen und Verachtung rechnen. Auch das Nutzen von kosmetischen Hilfsmitteln für das Vertuschen äußerlicher Alterung war gesellschaftlich nicht akzeptiert und galt als Lächerlichkeit (vgl.: Leser 2017, S. 61).

In dem Zeitalter des Absolutismus tauchten zahlreiche Arbeitshäuser auf, welche für viele unterschiedliche Personengruppen, wie zum Beispiel Bettler, Straffällige, verarmte Witwen als auch für alte und kranke Menschen eine Unterkunft und Sozialleistungen zur Verfügung stellten.

In der Gegenwart gibt es für diese Gruppen separate Einrichtungen und Zuständigkeiten, jedoch werden diese Arbeitshäuser als die Vorfahren moderner Pflegeeinrichtungen und Gefängnisse verstanden. Aus dieser Zeit stammen Begriffe wie „Anstalt“ oder „Insasse“, welche leider auch heute noch ab und an Verwendung finden. Diese Tatsache gibt uns bereits einen Hinweis auf das Altenbild in unserem Zeitalter (vgl.: Leser 2017, S.64).

Um das 18. Jahrhundert schwanken zwei sehr unterschiedliche Altenbilder. Einen richtigen Ruhestand gab es nicht. Trat ein Mensch aus dem Berufsleben aus, so bedeutete dies für ihn immer Macht- und Statusverlust. Sein Lebensabend in der Familie war zu- meist von einer Intimität auf Distanz geprägt (vgl.: Leser 2017, S. 63).

Hinzu kam nun auch die wissenschaftliche Einflussnahme auf das Bild von dem Alter. Medizinische Erkenntnisse stellten eine Möglichkeit zur Steigerung der Lebenserwartung und der Verzögerung des körperlichen Abbauprozesses dar. Das Alter eines Menschen war nun nicht länger gottgegebenes Schicksal, sondern die Folge von individueller Lebensführung und von Ärzten beeinflussbar. Man begann mit der Hervorhebung der Besonderheiten und Stärken der letzten Lebensphase.

Ab dem 19. Jahrhundert stieg die Lebenserwartung deutlich. Ab dem 20. Jahrhundert kam der Einfluss der Psychologie hinzu, welche einen geringen Rückgang der mentalen Fähigkeiten nachwies. Immer mehr Wissenschaftszweige forschten zu dem Thema Alter und nehmen auf diese Weise Einfluss auf das Bild von dem Alter. Mit der Entstehung der Massenmedien konnten die neuen Erkenntnisse nun auch unter die breite Masse der Bevölkerung gebracht werden (vgl.: Prahl 1996, S.84).

Während in den 60er Jahren alten Menschen noch Merkmale wie Hilfsbedürftigkeit, Passivität und Zurückgezogenheit zugeordnet wurden, so herrschte in den 70er Jahren bereits das Bild von den aktiven, konsum- und reisefreudigen Senioren*Innen vor. Insgesamt entstand ein positiveres Altersbild (vgl.: Prahl 1996, S. 86).

1.1.2 Altenbilder in der Moderne

Auch in unserer heutigen Zeit existieren die zwei Pole bei der Bewertung von älterem Leben immer noch. Auf der einen Seite gibt es das Altenbild von dem vitalen und unternehmungsfreudigen Senior und auf der anderen Seite herrscht ein Bild von dem reduzierten und pflegebedürftigen Alten vor. (vgl.: Leser 2017, S.67)

Man spricht auch von dem sogenannten „Defizitmodell des Alterns“, bei dem das Nachlassen der Leistungsfähigkeit und das damit verbundene Fehlen des gesellschaftlichen Nutzens eine Rolle spielen. Auch die Veränderung der Psyche im Alter hat einen Einfluss darauf, wie ein älterer Mitmensch in unserer Gesellschaft wahrgenommen wird. Hiermit ist beispielsweise eine wachsende Steifheit und gesteigertes Misstrauen im späteren Lebensalter gemeint.

Positive Eigenschaften werden hingegen hauptsächlich jüngeren Alten zugeschrieben (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.60). Zu diesen Merkmalen gehören beispielsweise mehr Freiheit und Freizeit, zu dem Unabhängigkeit, Entspannung sowie Selbstakzeptanz und Familienbezug. Ihnen gegenüber gestellt sind Eigenschaften wie eine schlechte gesundheitliche Verfassung, die Einschränkungen der Aktivität, Isolation und Vereinsamung als auch die Angst vor Abhängigkeiten, Vergesslichkeit sowie wirtschaftlichen Problemen (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.61).

Die Mehrheit der heutigen Altenbilder konzentriert sich auf die negativen Begleiterscheinungen des Alters. Dies ist auch besonders deutlich mit einem Blick in die Arbeitswelt zu erkennen. Oft ist es den Älteren nicht mehr möglich die Leistungsanforderungen der Gesellschaft zu erfüllen. Hier bekommen sie ihre verringerte Arbeitskraft und die damit in Verbindung stehende Nutzlosigkeit und Machtlosigkeit in der Allgemeinheit stark zu spüren. (vgl.: Zeman 1995, S.33)

Jedoch wird das Alter heute keines falls mehr als schicksalhaft angesehen, wie es beispielsweise im Mittelalter der Fall war und auch die Schematisierung von Lebensläufen und Alterssituationen wird vermieden. Stattdessen ist man in unserem Zeitalter der Auffassung, dass die Gestaltung der Qualität unseres Alters in unseren eigenen Händen

liegt. Die letzte Lebensphase haben wir als Möglichkeit der individuellen Selbstverwirklichung neu interpretiert (vgl.: Zeman 1995, S.34).

In der Moderne unterscheidet man zwischen selbstbezogenen und generalisierten Altenbildern, wobei letzteres eher negativ besetzt ist. Das selbstbezogene Bild von dem Alter ist hingegen zumeist positiv bis neutral gefärbt. Desweiteren liegt auch die Altersgrenze hinter dem generalisierten, von der Bevölkerung bestimmten Altenbild, woraus sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Eigen- und Fremdwahrnehmung schlussfolgern lässt (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.61).

Bei den Auswirkungen von Altenbildern wird erneut zwischen der gesellschaftlichen und der individuellen Ebene unterschieden. Diese Auswirkungen können sowohl indirekt als auch direkt auf die Entfaltungsmöglichkeiten individuellen Erlebens und Verhaltens einwirken. Dazu gehören unter anderem Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe ebenso wie die Herausbildung und Verwendung von Ressourcen und persönlichen Fähigkeiten.

Die Gefahr liegt hierbei in undifferenzierten Altenbildern, welche zu der Unterschätzung und dem Vorenthalten von individuellen Stärken führen können. Eine Reflexion der bestehenden Altenbilder ist daher zu dem einen in der Gesellschaft als auch durch jeden Einzelnen immer zu empfehlen (vgl.: Backes/Clemens 2012, S.62).

1.1.3 Altenbilder und Medien

Die Medien haben schon immer Einfluss auf das Alter genommen (vgl.: Prahl 1996, S.81). Jedoch wurde und wird bis heute durch sie nicht ausschließlich die Realität abgebildet. Sie sind beeinflusst durch die aktuellen Diskurse in Pädagogik und Politik.

Das heutige Zeitalter ist geprägt durch die Massenmedien, welche einen gesteigerten Einfluss auf unser Altenbild haben (vgl.: Prahl 1996, S.81).

Sowohl in Print als auch in elektronischen Medien kommt das Thema Alter nur bedingt vor. Dabei ist die Überwiegende Illustration recht positiv, jedoch werden alterstypische Themen und Problematiken, wie beispielsweise Gesundheit oder finanzielle und psychische Probleme, vermieden. Durch eine bestimmte normative Darstellungsweise von älteren Personen können Massenmedien zur Erzeugung als auch zur Aufrechterhaltung von Altersstereotypen beitragen.

Ferner ist zu bemerken, dass es einen Unterschied bei der Darstellung von Männern und Frauen gibt. Männer sind deutlich häufiger zu sehen, obwohl sie einen geringeren

Bevölkerungsanteil ausmachen, als Frauen im gleichen Alter. Männer erscheinen meist als noch berufstätige, exzentrische Charakter, die auf einem bestimmten Gebiet Experten sind. Frauen hingegen erscheinen in den Rollen von Großmüttern und traditionellen Hausfrauen.

Seit den 80er Jahren erscheinen ältere Menschen vermehrt in der Werbung, da sich dieser Bevölkerungsanteil zu einer wichtigen Konsumentengruppe und Geldgebern entwickelt hat. Dies ist der Grund, weswegen hier das Bild des konsumfreudigen, mobilen und gesunden Alten vorherrscht (vgl.: Prahl 1996, S.82).

Diese Veränderung ist wieder durch den demografischen Wandel bedingt. Der größer werdende Teil der älteren Bevölkerung nutzt den jetzt längeren Ruhestand aktiver. Der Individualisierungstrend und die damit verbundene Ausbildung neuer Lebensstile machen sich auch in dieser Generation bemerkbar und sind stark mit Konsumverhalten verknüpft. (vgl.: Prahl 1996, S. 83)

1.2 Die soziodemografische Entwicklung

Das Leben im Alter wird durch zwei zentrale Entwicklungen in der Gesellschaft geprägt. Zu dem einen durch die soziokulturellen Veränderungen, die auch als Strukturwandel des Alters bezeichnet werden und zu dem anderen durch den demografischen Wandel. Beide Einflüsse stehen miteinander in Verbindung und haben nicht nur auf ältere Bevölkerungsgruppen Einfluss, sondern betreffen alle Altersschichten der Gesellschaft (vgl.: Backes/Clemens 2013, S.31).

Der demografische Wandel gibt Auskunft über die Entwicklung der Altersstruktur in der Gesamtbevölkerung (vgl.: Thiele 2001, S.36). Im letzten Jahrzehnt stieg der Anteil der über 60 Jährigen rapide an, wohingegen der Anteil von Menschen unter 20 Jahren stark sank. Dieser demografische Alterungsprozess wird auf verschiedenen Ursachen zurück geführt (Leser 2017, S.88).

Einerseits führen wir zu dieser Zeit das längste und gesündeste Leben überhaupt, was einen Anstieg der Lebenserwartung bewirkt. Andererseits ist die Geburtenrate heute sehr gering, weshalb es immer weniger junge Menschen gibt (vgl.: Kühn 2017, Internetquelle).

Dieses Phänomen ist keines falls auf Deutschland beschränkt. Es ist universell. Das Aufklären dieses Phänomens ist bedeutend für das Erstellen von Prognosen über die

zukünftige gesellschaftliche Entwicklung. Hierfür werden spezifische Fachkenntnisse benötigt (vgl.: Thiele 2001, S.36).

Drei Faktoren spielen bei der Analyse der Entwicklung der Gesamtbevölkerung eine Rolle: die Fertilität, die Mortalität und die Migration.

Die Fertilität beschreibt die Geburtenrate, also wie viele Kinder eine Frau in einem bestimmten Alter zur Welt bringt. Im Vergleich zu dem Rest von Europa ist diese Zahl in Deutschland eher klein. Lange lag diese bei 1,4 Kindern pro Frau. Zwar war in den letzten Jahren ein leichter Anstieg zu bemerken, jedoch ist dieser für die Stabilisierung der Bevölkerungszahl nicht ausreichend. Soll eine Stabilität erzeugt werden muss die Anzahl an Geburten pro Frau auf 2,1 steigen.

Als historische Gründe für die niedrige Geburtenzahl können wirtschaftlicher Mangel, Kriege, und „Der Nach-Wende-Schock“ angeführt werden. Zudem besitzen Kinder im 21. Jahrhundert keinen hohen ökonomischen Wert mehr. Auch sind viele Frauen in unserer heutigen Gesellschaft fokussierter auf ihre Karriere und verzichten auf das Mutterwerden (vgl.: Kühn 2017, Internetquelle).

Ein einmaliger, kurzer Rückgang der Fertilität hat zunächst einen alternden Effekt auf die Bevölkerungsstruktur, da zunächst die jüngeren Altersgruppen verkleinert werden. Nach Jahrzehnten jedoch verjüngt sich die Bevölkerung, da nun einen Rückgang an Älteren gibt. Momentan ist dieser Geburtenrückgang jedoch nicht kurzfristig oder einmalig. Auf diese Weise kam es zu einem Umkippen der Bevölkerungspyramide, welches auch durch starke Veränderung der Mortalität nicht revidiert werden kann (vgl.: Thiele 2001, S.38).

Die Mortalität, also die Sterblichkeit stellt den zweiten wichtigen Faktor bei der Bestimmung der Bevölkerungsentwicklung dar.

Aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts wird die medizinische Versorgung immer besser. Außerdem gibt es weniger Belastungen durch Kriege, Hunger und Arbeit. Auch die Säuglings- und Kindersterblichkeit ist stark gesunken, was bedeutet, dass die Menschen durchschnittlich in einem hohen Alter sterben. Ein im Jahr 2010 geborenes Kind hat eine Wahrscheinlichkeit von 50 %, dass es 100 Jahre alt wird.

Daraus folgt ein gesamtgesellschaftlicher Anstieg der Lebenserwartung. Der Anteil der über 60 Jährigen soll bis 2050 ein Drittel der Bevölkerung ausmachen. (vgl.: Kühn 2017, Internetquelle). Der letzte Einflussfaktor stellt die Migration dar. Sie hat ähnliche Auswirkungen wie die Sterblichkeitsrate (vgl.: Thiele 2001, S. 40). Gibt es mehr Abwande-

rung als Einwanderung schrumpft die Gesamtzahl der Bevölkerung. Gibt es mehr Einwanderung als Auswanderung ist der Effekt genau umgekehrt.

Durchschnittlich sind Menschen mit Migrationshintergrund jünger als der Durchschnitt der restlichen Bevölkerung (vgl.: Kühn 2017, Internetquelle). Auf diese Weise kann die Migration einen positiven Einfluss auf die Geburtenrate haben. Jedoch ist dieser Effekt nicht von Dauer (vgl.: Thiele 2001, S. 40). Das bedeutet, dass durch Einwanderung die Alterung der Bevölkerung nicht umgekehrt werden kann.

In den letzten Jahren ist die Zahl der Menschen, die nach Deutschland immigrieren hoch. Viele von ihnen sind geflüchtete Menschen, deren Versorgung, Unterbringung und Integration eine ganz eigene Herausforderung darstellen (vgl.: Kühn 2017, Internetquelle).

Auch Binnenwanderungen haben einen Einfluss auf die Demografie. In Ballungsgebieten schreitet die Alterung der Gesellschaft langsamer voran als in ländlichen Gebieten. Dies hat zu dem Beispiel etwas mit der fortschreitenden Immobilität älterer Menschen zu tun, die daher seltener Umziehen als jüngere Personen (vgl.: Thiele 2001, S.41).

Wie sich eine Region entwickelt hängt stark von ihrer wirtschaftlichen Perspektive ab, so können Wachstums-, Stagnations- und Schrumpfungsregionen direkt nebeneinander auftreten.

In Ostdeutschland sind im Allgemeinen eine stärkere Schrumpfung und Alterung zu verzeichnen. Den größten Bevölkerungsanteil bilden hier die sogenannten „jungen Alten“. Auch die Geburtenrate ist in ostdeutschen Großstädten sehr niedrig, was die beschleunigte Alterung ebenfalls begünstigt. In diesen Regionen ist die Abwanderungsrate groß. Viele junge Menschen ziehen wandern aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen Situation in andere Gebiete ab, wobei ältere Generationen ihren Familien oft nachziehen (vgl.: Hirschberg/ Kähler 2009, Internetquelle).

1.2.1 Feminisierung und Singularisierung

Ein weit verbreitetes Phänomen ist die Feminisierung des Alters. Es beschreibt den steigenden Anteil von Frauen in den älteren Bevölkerungsgruppen. Je höher das Lebensalter, desto höher ist auch der Frauenanteil (vgl.: Prahl/Schroeter 1996, S.111).

Dieses Phänomen scheint zunächst paradox, da man Menschen, mit Macht und finanzieller Sicherheit im Allgemeinen eine höhere Lebenserwartung zuspricht. Frauen ha-

ben hingegen bis in unsere heutige Zeit mit Benachteiligungen und Diskriminierungen zu kämpfen (vgl.: Höpflinger 2019, Internetquelle).

Nicht nur in Deutschland lässt sich dieser Trend beobachten. Bis auf einige kleinere Regionen in Afrika und Asien haben Frauen weltweit ein längeres Leben als Männer. Insbesondere in hochentwickelten Industrienationen zieht sich diese Entwicklung fort. Dies wird mit der erhöhten Frauenerwerbstätigkeit und Frauenemanzipation in Verbindung gesetzt. Auch Sozialwesen, Wirtschaft, Kultur und Sozialpolitik haben einen Einfluss auf die Lebenserwartung (vgl.: Höpflinger 2019, Internetquelle). Ferner lassen sich historische Faktoren ermitteln, die dieses Phänomen zu ihrer Zeit begünstigt haben und bis heute in diese Entwicklung mit einwirken. Zu nennen sind hier beispielsweise die beiden Weltkriege, sowie die darauf folgende Armut und Arbeitslosigkeit (vgl.: Prahl/Schroeter 1996, S.111). Desweiteren ist auch auf die genetischen und biologischen Unterschiede der Geschlechter hinzuweisen. Frauen sind unter anderem resistenter gegen kardiovaskuläre Erkrankungen.

Das Ausmaß dieser Einflussfaktoren wird jedoch im Vergleich zu dem Einfluss von Umwelt und Verhaltensweisen eher gering eingeschätzt. Männer zeigen oft erhöhte Risikoverhaltensweisen. So kommt es bei der Freizeitgestaltung und im Beruf häufiger zu Unfällen als bei Frauen. In Bezug auf psychische Erkrankungen neigen Frauen eher zu Depressionen, wohingegen Männer eher zu Autoaggressivität neigen. Daher sind die Selbstmordrate und auch die Anzahl von Suchterkrankungen bei Männern deutlich höher. Zudem geht man davon aus, dass die Sozialisation von Frauen eher auf soziale und pflegerische Aufgaben ausgerichtet ist, weswegen man ihnen die Fähigkeit zuschreibt, schneller auf emotionale und körperliche Symptome reagieren zu können und eine bessere Gesundheitsvorsorge und Pflege zu betreiben. Auch die Pflege von Familienmitgliedern gehört eher in das traditionelle Frauenbild. Durch diese soziale Rolle ist es ihnen möglich sich spezifisches Wissen über Gesundheit anzueignen.

Das bedeutet zusammengefasst, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung in den Differenzen der sozialen und soziokulturellen Lebens- und Verhaltensweisen begründet sind, welche mit der jeweiligen Zeitperiode im Zusammenhang stehen. Bereits kleine geschlechtsspezifische Verhaltensweisen können langfristig einen enormen Einfluss auf die Lebenserwartung haben. Der Ausgleich dieser Rollenbilder ist ein sehr langsamer Prozess. Bis dahin können vereinzelte negative Verhaltensangewohnheiten jedoch recht gut durch den medizinischen Fortschritt ausgeglichen werden (vgl.: Höpflinger 2019, Internetquelle).

Die Feminisierung des Alters birgt einige Herausforderungen. Leider haben Frauen noch immer weniger Karriere- und Bildungschancen als Männer. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Sie auch weniger Rente bekommen und öfter unter Altersarmut leiden. Wenn der Lebenspartner aufgrund der geringeren Lebenserwartung früher verstirbt, so verschlechtert sich die finanzielle Situation meist noch mehr (vgl.: Prah/ Schroeter 1996, S.111).

Ein noch weiter verbreitetes Problem ist die Einsamkeit im Alter, aufgrund mangelnder menschlicher Nähe. Ein wichtiger Faktor hierfür ist das erhöhte Verwitwungsrisiko. Auch Trennungen, Scheidungen und Kinderlosigkeit nehmen zu. Dieses Phänomen wird als Entfamilisierung oder auch Singularisierung bezeichnet (vgl.: Hirschberg/Kähler 2009, Internetquelle). Auch der Trend zur Eheschließung ist seit Jahren rückläufig. Es gibt immer mehr Einpersonenhaushalte. Bis 2040 werden 72% der Haushalte im Alter Witwenhaushalte sein (vgl.: Backes/Clemens 2013, S.52).

Noch im 20. Jahrhunderts war die Ehe die meist verbreitetste Lebensform, Durch die aktuellen ökonomischen und sozialen Veränderungen ist diese jedoch nicht mehr so beliebt. Insbesondere Frauen entscheiden sich bewusst gegen die Ehe, da die Individualisierung in unserer Gesellschaft an Bedeutung zunimmt (vgl.: Prah/Schroeter 1996, S.113). Jedoch werden sich beispielsweise nicht-eheliche Lebensgemeinschaften und Altenwohngemeinschaften vermehren (vgl.: Backes/Clemens 2013, S.52).

Auffällig ist des Weiteren, dass immer weniger Generationen zusammen in einem Haushalt leben, da es zu dem einen kaum bezahlbaren Wohnraum für diese Art des Zusammenlebens gibt und es zu dem anderen an Solidarität zwischen den Generationen mangelt.

Die Beziehung zwischen den Generationen ist von gesellschaftlichen Erwartungen, kulturellen Vorstellungen und rechtlichen Grundlagen bestimmt. In jeder Epoche und in jeder Gesellschaft herrscht eine bestimmte Generationenordnung, die handlungsleitendes Wissen und Orientierungsmuster beinhaltet.

Eine Generationengrenze bildet hier zumeist der Ruhestand, welcher auch den Austritt aus dem gesellschaftlichen Leben mit sich bringt und oft viele Abbrüche von sozialen Beziehungen mit sich bringt. Das verlängerte Leben bringt finanzielle Herausforderungen für das Renten- und Gesundheitswesen sowie für die Pflege mit sich. Jüngere Generationen fühlen sich immer öfter um ihre eigenen Zukunftschancen betrogen, sodass ältere Menschen in eine Rechtfertigungsposition für ihr langes Leben geraten (vgl.: Woog 2006, S.19f.).

1.2.2 Der Generationenvertrag

Der Grund für diesen Generationenkonflikt sind unsere Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungssysteme, welche ebenfalls von den Folgen des demografischen Wandels betroffen sind. Dies baut auf dem sogenannten Generationenvertrag auf, welcher die Verflechtung der Generationen durch Leistung und Gegenleistung beschreibt. Er ist von der freiwilligen Einhaltung und von dem Vorhandensein von drei Generationen abhängig, weshalb er auch Dreigenerationenvertrag genannt wird.

Konkret formuliert dieser Vertrag, dass der Mensch in seinem Leben drei Phasen durchläuft. Zuerst ist er ein Kind und damit ein Leistungsempfänger, da er auf die Unterstützung durch den ökonomisch-aktiven Teil der Gesellschaft angewiesen ist. Dieser Bevölkerungsanteil bildet die zweite Phase des Lebens. Als Erwachsener ist man Leistungserbringer und für die Versorgung der eigenen Nachkommen sowie dem älteren Bevölkerungsanteil verantwortlich. Im Alter hat man die letzte Lebensphase erreicht. Nun wird man wieder zu dem Leistungsempfänger und wird von der Generation der eigenen Nachkommen unterstützt.

Wichtig zu verstehen ist hierbei, dass die Einzahlungen in das Rentensystem nicht die finanzielle Versorgung des eigenen Ruhestands sichern, sondern als Rückzahlungen der Leistungen verstanden werden, die die eigene Elterngeneration für ihre Nachfolger*Innen erbracht haben. Im Rückschluss ist die Absicherung des eigenen Lebensabends abhängig von der folgenden Generation. Das Funktionieren des Generationenvertrags ist somit in einem ausgeglichenen Verhältnis aller drei Generationen begründet.

Da es immer mehr ältere Menschen gibt, wird damit auch die Anzahl der Leistungsempfänger immer größer. Die Zahl der Leistungserbringer nimmt hingegen ab. Diese Tatsache stellt bereits die heutige Generation sowie die zukünftigen Altersgruppen vor eine immer größere finanzielle Herausforderung (vgl.: Birg 2011, Internetquelle).

Noch bis zu dem Ende der 70er Jahre wurde der frühe Austritt aus dem Arbeitsleben durch das Vorruhestandsgesetz gefördert, sodass sich der Eintritt in das Rentenalter mit 57 oder 60 Jahren bald normalisierte. Durch den demografischen Wandel wurde uns diese Entwicklung zu dem Verhängnis. Es entstand ein Fachkräftemangel, da für die älteren Menschen, die in den Ruhestand eintraten nicht genügend jüngerer Nachwuchs nachrückte. Um diese prekäre Arbeitsmarktlage zu verbessern beschloss man

1992 in der Rentenreform, dass das Rentenalter wieder Schritt für Schritt nach oben gesetzt werden muss.

1.3 Entstehende Aufträge für die Gesellschaft und die Soziale Arbeit in Folge der Auswirkungen der soziodemografischen Entwicklungen

In Folge des demografischen Wandels sieht sich unsere Gesellschaft mit einigen großen Herausforderungen konfrontiert. Aufgrund unseres kapitalistischen Gesellschafts-systems nimmt der Leistungsdruck in der Gesundheits- und Pflegebranche stetig zu. Die Zahl von Älteren, die auf die Pflege und Versorgung von außen angewiesen sind, steigt. Ebenso erhöht sich die Anzahl von Menschen, die wegen Brüchen im Lebenslauf, Niedriglöhnen sowie der Absenkung des Rentenniveaus von Altersarmut betroffen sind (vgl.: Knopp 2013, Internetquelle).

Das Ungleichgewicht von jungen und alten Menschen in der Gesellschaft führt dazu, dass es immer weniger Angehörige gibt, die die Pflege ihrer älteren Verwandten übernehmen können. In Folge dessen werden immer mehr Pflegebedürftige stationär betreut, woraus ein Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften resultiert.

Viele dieser Pflegekräfte befinden sich selbst bereits am Übergang in das Rentenalter. Das Resultat dieser Entwicklung ist ein sich immer weiter verschärfender Fachkräftemangel (vgl.: Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege 2020, Internetquelle), welcher eine immer schlechter werdende Versorgungssituation für Menschen mit Pflegebedarf zur Folge hat.

Daran haben die modernen gesellschaftlichen Strukturen Anteil, die noch immer die ambulante Versorgung als ideale Pflegeform ansehen (vgl.: Blinkert/Klie 2008, Internetquelle).

Die staatliche Zuständigkeit verschärft sich zunehmend. Somit rücken auch für die Soziale Arbeit, Personen in höheren Altersstufen in den Vordergrund, die mit Armut, sozialer Exklusion oder Multimorbidität zu kämpfen haben (vgl.: Kolland/ Fibich 2014, Internetquelle).

Mit der steigenden Zahl von Menschen mit chronischen und progressiven Erkrankungen und deren Angehörigen, steigen auch die Kosten im Gesundheitssektor. So nimmt der demografische Wandel großen Einfluss auf Gesellschaft und Politik und bringt neue soziale, gesundheitliche, kulturelle und ökonomische Aufträge mit sich, die nachhaltige Lösungsansätze erfordern (vgl.: Pohlmann 2007, S.6).

Demnach sind auch die Rentenversicherungen und das Gesundheitssystem reformbedürftig, da die Deckung der wachsenden Kosten bereits in naher Zukunft eine Herausforderung darstellen wird. Bereits 1989 wurde die sogenannte „Agenda 2010“ verabschiedet, welche mit enormen Leistungsverlechterungen einher ging.

Kritiker sehen hierin die Nutzung des demografischen Wandels als einen Vorwand, um die Verteilungsstrukturen aus anderen Gründen zu ändern. Die Bevölkerungsprognosen von 2006 führten laut diesen Stimmen zu einer Überreaktion in den Medien und der Politik, welche für weitere Leistungsbegrenzungen benutzt wurden. Der zentrale Ausgangspunkt für die Argumentation für dieses Vorgehen ist der Altersquotient. Dabei wurden anderen Vermittlungsschritten und Einflussfaktoren nur wenig Beachtung geschenkt, obwohl der Altersquotient nur begrenzte Aussagefähigkeit hat (vgl.: Hammerschmidt/ Pohlmann 2014, S.17 f.).

Beachtenswert ist vielmehr der Rückgang von Beschäftigten in den Sozialversicherungen. Hier findet ein Ressourcenrückgang mit gleichzeitig ansteigender Belastung statt. Dies erfordert dringenden Handlungsbedarf. Beispielsweise können Einnahmen durch die Überführung irregulärer Beschäftigungsverhältnisse zu sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen umgewandelt werden. Auch eine Lohnsteigerung für Beschäftigte in Sozialversicherungen scheint sinnvoll (vgl.: Hammerschmidt/ Pohlmann 2014, S.19).

Da das Rentensystem durch die demografischen Veränderungen stark unter Druck steht, ist die möglichst lange Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit das oberste Ziel in unserer alternden Gesellschaft. Aus diesem Grund ist eine frühe, betriebsnahe, individuelle und professionelle Betreuung von erkrankten Arbeitnehmern sehr wichtig. Insbesondere ältere Beschäftigte benötigen eine solche Leistung, um ihre Arbeitsfähigkeit bis ins steigende Rentenalter zu erhalten. Dies ist nicht nur für den Betrieb und die Gesellschaft von Vorteil, sondern entspricht ebenfalls der UN- Behindertenrechtskonvention. Diese umfasst Leistungen für berufliche Rehabilitation in einem möglichst frühen Stadium, die Bewertung der persönlichen Bedürfnisse und Ressourcen aus unterschiedlichen Blickwinkeln mehrerer Professionen, als auch Programme für berufliche Rehabilitation und den Erhalt des Arbeitsplatzes.

Desweiteren sollen bestimmte gesetzliche Verpflichtungen seitens des Arbeitgebers, zu einer möglichst langen Beschäftigungsfähigkeit beitragen, wie beispielsweise generalpräventive Maßnahmen, eine betriebliche Gesundheitsförderung, einzelfallorientierte Maßnahmen sowie ein betriebliches Eingliederungsmanagement.

Diese Ansprüche brachten in den letzten Jahren eine Reihe an Dienstleistern hervor, wie die gesetzliche Unfallversicherung, die den Beschäftigten bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheit schützt. Zudem werden Maßnahmen zu dem Schutz der Gesundheit, der betrieblichen Gesundheitsförderung, der akuten Versorgung bei Unfällen, medizinische Rehabilitation als auch für soziale und berufliche Teilhabe angeboten.

Die goldenen Regeln unserer Gesellschaft in Bezug auf den demografischen Alterungsprozess und die lange Erhaltung beziehungsweise die Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit sind einerseits die Früherkennung besonders unterstützungsbedürftiger Menschen, welche nur einen geringen Prozentsatz ausmachen, jedoch die meisten Kosten in Anspruch nehmen, andererseits die betriebliche Nähe der Maßnahmen, also Unterstützung bei der Wiedereingliederung und auch betriebsübergreifende Unterstützungen, desweiteren das interdisziplinäre Handeln.

Auch sollte jeder Strategie die Partizipation des Menschen in den Fokus rücken und sich eines ressourcenorientierten und keines defizitären Altenbildes bedienen. Die Umsetzung dieser Regeln bedarf unter jeden Umständen der staatlichen Unterstützung (vgl.: Mehrhoff 2013, Internetquelle).

Ist einem Individuum die aktive Teilhabe durch Anpassungs- und Gestaltungsprozesse in einer entweder förderlichen oder behindernden Umwelt bis in das Alter gelungen so spricht man von dem „erfolgreichen Altern“. Hierbei ist sowohl das körperliche, das geistige als auch das soziale Wohlbefinden Ausschlag gebend.

Eine schlechte gesundheitliche Verfassung steht zumeist mit einer ungünstigen sozioökonomischen Lebenswelt in Zusammenhang. Dazu zählen die aktuellen Lebensbedingungen in Verbindung mit den sozioökonomischen Ressourcen und den Belastungen im Verlauf des Lebens. Erst in einem sehr hohen Alter spielen diese sozialen Unterschiede keine Rolle mehr.

In jüngeren Altersstufen zeigt sich, dass sozial benachteiligte Personen früher multimorbide werden, wenngleich der gesundheitlich relevante Lebensstil nicht unerheblich auf die Entwicklung von chronischen Erkrankungen Einfluss nimmt. So haben das zivile Engagement, soziale und physiologische Eigenschaften des Wohnumfeldes als auch das soziale Kapital einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit.

Letzteres ist eine wichtige Ressource für die Vermittlung von sozioökonomischen Status und individueller Gesundheit und umfasst drei Formen, ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital. Es prägt den sozialen Habitus von Menschen und Gruppen, welcher

wiederum die Bewertungs-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata kennzeichnet. Daraus entsteht der Lebensstil, welcher für die Gesundheit von Bedeutung ist.

Dies ist der Grund für die Bedeutsamkeit der Förderung von sozialer Teilhabe älterer benachteiligter Menschen, welche ihnen die Möglichkeit gibt mehr soziales Kapital zu erlangen. (vgl.: Kümpers 2013, Internetquelle)

Zusammengefasst heißt dies, dass neben der großen individuellen Bedeutung des Wunsches älterer Menschen nach einem beeinträchtigungsarmen, finanziell abgesicherten, selbstbestimmten und langen Leben, auch ein kollektives Interesse an einem solchen Lebensabend besteht. Ältere Personen haben so besonders lange die Chance sich für das allgemeine Wohl zu engagieren und erst zu einem sehr späten Zeitpunkt auf die Unterstützung der Gemeinschaft angewiesen zu sein (vgl.: Hammerschmidt/Pohlmann 2014, S. 22).

Auf viele Umstände, die ein gutes Altern begünstigen kann die Soziale Arbeit keinen direkten Einfluss nehmen, aber sie kann doch einige entscheidende Beiträge leisten und sich beispielsweise gegen das mangelhafte Niveau der Absicherung durch die gesetzliche Rentenversicherung aussprechen. Auch kann sie im Einzelfall zur Verbesserung der Einkommenssituation von Menschen im Ruhestand und der Nutzung der individuellen Ressourcen beitragen. Ebenso bietet sie Hilfe bei dem oft kritischen Übergang in eine neue Lebensphase und unterstützt bei der Bewältigung neuer Anforderungen und bei dem Umgang mit veränderten Verhaltenserwartungen (vgl.: Hammerschmidt/Pohlmann 2014, S.28ff.).

Zu dem jetzigen Zeitpunkt ist die Soziale Arbeit neben der Pflege, der Medizin und der Therapie eher unterrepräsentiert, obwohl Selbstbestimmtheit und soziale Integration, welche wichtige Themenbereiche der sozialen Arbeit darstellen, insbesondere im Alter entscheidende Rollen spielen. Daher sind dringend mehr Angebote mit einem sozialen Zugang nötig (vgl.: Kolland/ Fibich 2014, Internetquelle).

Der Hauptauftrag für die Soziale Arbeit besteht in der jetzigen Lage darin, sich den neuen gesellschaftlichen Strukturen anzupassen und durch wissenschaftliche Forschung neue fundierte Methoden zu entwickeln. Dazu braucht es den Erwerb neuer Kompetenzen, die grundsätzliche Bereitschaft zur Veränderung gewohnter Strukturen und Handlungsweisen (vgl.: Pohlmann 2007, S.11).

So scheint unter anderem eine Anpassung des Leitbildes angemessen, die sich von einem defizitorientierten Altenbild wegentwickelt und den Fokus stattdessen auf die Stärken und Ressourcen älterer Bevölkerungsmitglieder richtet. Ein Bild, das Senioren

als Gestalter ihrer eigenen Situation wahrnimmt. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht darin dieser Gestaltung zu unterstützen.

Jede Lebensphase birgt Aufgaben der individuellen Entwicklung, für die eine vorzeitige Vorbereitung nötig macht. Dabei ist es entscheidend älteren Personen weiterhin Chancen zur Weiterentwicklung zu bieten, um ihre persönlichen Strategien für die Überwindung von Krisen zu erweitern, ohne sie dabei zu überfordern. Diese Balance stellt eine Herausforderung dar, die von den Fachkräften der Sozialen Arbeit ein hohes Maß an Sensibilität verlangt (vgl.: Pohlmann 2007, S.13).

Wie oben bereits erwähnt ist die frühe Ermittlung gefährdeter Zielgruppen für die Soziale Arbeit eine Priorität. Fingerzeige solcher Adressat*Innengruppen sind mitunter soziale Benachteiligung oder eingeschränkte Mittel zu der Problembewältigung. Im umgekehrten Sinn, können hingegen auch ältere Menschen Ressourcen für die Überwindung fremder Probleme darstellen. Ein Beispiel dafür sind Berufsparten, die jüngeren Menschen bei dem Finden und Halten eines Berufs unterstützen.

Ein weiterer Punkt ist die Notwendigkeit der Ausdifferenzierung von Angeboten für ältere Menschen. Der Grund dafür sind die großen Unterschiede zwischen den Senioren selbst. Diese Vielschichtigkeit und Heterogenität ist durch die unterschiedlichsten Dispositionen, Persönlichkeitseigenschaften und Sozialisationsgeschichten älterer Menschen zu begründen. Es ist daher eine größere Anzahl an Auswahlmöglichkeiten von Leistungen erforderlich, um ihren Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung gerecht zu werden.

Die heutigen Generationen älterer Personen zeichnen sich durch ein höheres Selbstbewusstsein, weniger familiäre Unterstützung und einen anderen historischen Hintergrund aus, weshalb auch ihre Bedürfnisse andere sind. Auf diese Unterschiede müssen Angebote in Gesundheit, Wirtschaft, Kultur oder Bildung Rücksicht nehmen (vgl.: Pohlmann 2007, S.13).

Zu dem jetzigen Zeitpunkt gibt es noch zu wenig Öffentlichkeitsarbeit und flächendeckende, kreative Anwendungen von neuen Handlungsansätzen sowie Investitionen in nachhaltige Projekte durch Kostenträger. Dies kann einerseits durch die Vermeidung von Reibungsverlusten, Systemeffizienz, die Nutzung von Bündnissen zwischen einzelnen Trägern als auch durch gute Qualitätssicherung verbessert werden. Andererseits können hierbei mittel- und langfristige Einsparungseffekte durch gezielte Investitionen in die soziale Altenarbeit nützlich sein (vgl.: Pohlmann 2007, S.13).

Das Alter ist eine Querschnittsaufgabe, die große Herausforderungen mit sich bringt. Es hat Einfluss auf viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche. Aus diesem Grund ist die Gesamtgesellschaftliche Perspektive zwingend zu berücksichtigen und insbesondere auf Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Themen und Zielgruppen zu achten. Hierzu kann das Wissen aus anderen Nachbardisziplinen herangezogen werden, weshalb der interdisziplinäre Austausch einen großen Mehrwert darstellt. Denn das Ziel einer positiven Zukunft aller Generationen ist allen Disziplinen gemein (vgl.: Pohlmann 2007, S.6).

Auch auf bereits etablierte Arbeitsfelder nimmt das Alter Einfluss und erfordert die Berücksichtigung neuer Aspekte. So erscheint beispielsweise die Trennung von Behinderten- und Altenarbeit nicht mehr sinnvoll, da ein Großteil aller schweren Behinderungen relativ spät erworben wird, und diese sich mit fortschreitendem Alter verschlimmern bzw. mit zunehmendem Alter Veränderung der Bedürfnisse mit sich bringen. Die Vereinigung dieser beiden Arbeitsfelder könnte als Inspiration für neue Handlungsmodelle dienen.

Ferner kommt die Familienhilfe immer öfter mit älteren Menschen in Berührung. Großeltern sind immer öfter ein wichtiger Teil dieser Arbeit. Dieser strukturelle Wandel hat Auswirkungen auf den Austausch und die Beziehungen zwischen den einzelnen Generationen. Soziale Arbeit hat hier den Auftrag Ursachen für Überforderung in diesen Familienstrukturen und die passenden Rahmenbedingungen zu ermitteln. Auch das Einwirken der Überzahl älterer Menschen auf Kinder und Jugendliche gibt es zu erforschen.

Trotz dieser Überzahl stellen ältere Menschen in unserer Gesellschaft noch immer eine Randgruppe dar. Auch dieses Thema gilt es für die soziale Arbeit zu bearbeiten. So erfordert es beispielsweise mehr Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, für straffällige ältere Personen, sowie mehr Obdachlosen-, Sucht- und Suizidhilfe für Ältere als auch Spätförderung.

Insgesamt gesprochen benötigen alle klassischen Felder der Sozialen Arbeit mehr gerontologische Fundierung. Auch bisher erfolgreiche Handlungskonzepte müssen angepasst werden. Es ist eine systematische Evaluation der herkömmlichen Methoden und Kompetenzen von Nöten, in der geprüft werden muss, ob diese sich auf die Arbeit mit älteren Menschen übertragen lassen können. Eine Trennung von Alten- und Erwachsenenförderung scheint beispielsweise günstig. Auch die Beratung sowie die Gruppen-

und Netzwerkarbeit muss an die neue Klientel angepasst werden (vgl.: Pohlmann 2007, S.11).

Dieser neue Fokus macht ursprüngliche Felder der Sozialen Arbeit nicht weniger bedeutsam, sondern erweitert dies nur mit zusätzlichen Optionen, welche jedoch eine Profilschärfung der Profession erfordern, damit sich die Soziale Arbeit in diesem wachsenden Einsatzfeld besser etablieren kann (vgl.: Pohlmann 2007, S.13).

Diesem wachsenden Reformdruck gerecht zu werden ist Aufgabe der Universitäten und Fachhochschulen. Zukünftige Sozialarbeiter*Innen müssen ständigen Veränderungen und Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt gewachsen sein. Dafür benötigen sie entsprechendes Werkzeug. Bisher konnte dieser Anspruch nur bedingt in die Realität umgesetzt werden. Die Ausbildung benötigt mehr gerontologische Fundierung und dem entsprechend mehr Professionen in diesem Fachbereich. Bereits hier beginnt der Anspruch die soziale Altenarbeit als eine mögliche Chance für eine zukünftige Berufswahl zu bewerben (vgl.: Pohlmann 2007, S.14).

Aber nicht nur die traditionellen Felder der sozialen Arbeit bedürfen einer Anpassung an das Phänomen der gesellschaftlichen Alterung. Es entstehen auch gänzlich neue Felder, die völlig andere Gestaltungsspielräume mit sich bringen, wie beispielsweise das Thema Demenz, welches aufgrund der steigenden Zahlen von Betroffenen an Bedeutung gewinnt, jedoch bisher nur wenig psychosoziale Unterstützung erfahren hat. Andere Themen sind unter anderem präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie Rehabilitation und Akutversorgung. Diese neuen Arbeitsfelder bergen die Chance auf eine engere internationale Zusammenarbeit.

Aus diesen neuen Praxisfeldern ergeben sich folglich auch neue Forschungsfelder, die die Soziale Arbeit mit neuen Erkenntnissen prägen werden. Dies wird auch dringend benötigt, da die Kommunen im Zuge vorausschauender Altenhilfeplanung, zunehmend auf das Wissen der Sozialen Arbeit angewiesen sind, um auch in Zukunft mit veränderten Bedürfnissen, neuen Problemlagen und neuen Dynamiken in bestimmten Themenbereichen umgehen zu können. Eine würdevolle Sterbebegleitung als auch der Erhalt von Autonomie und gesellschaftlicher Teilhabe werden an Bedeutsamkeit zunehmen. Auch Ressourcen älterer Menschen wie die erhöhte Bereitschaft für bürgerschaftliches Engagement und eine hohe Kaufkraft werden vermehrt in den Mittelpunkt rücken (Pohlmann 2007, S.12).

1.4 Individualisierung und Professionalisierung moderner Altensozialarbeit

Die soziale Altenarbeit, also die Arbeit sozialpädagogischer Fachkräfte mit älteren Menschen, nahm ihren Anfang in der sozialhilfenahen Altenhilfe und Altenfürsorge. Als sozialpädagogisches Arbeitsfeld besitzt die Altenarbeit weit weniger Identität und fachliches Selbstverständnis als zum Beispiel soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oder mit Menschen mit Behinderung. Sie stellt eher am Rand des sozialen Sektors.

Bisher stellten abhängige ältere Menschen die Hauptzielgruppe von der sozialen Altenarbeit dar. Dieser Bereich wird bis heute von der Pflege und der Medizin sowie den dazu gehörenden Deutungsmustern und Klient*Innenverständnis dominiert. Die Soziale Arbeit ist hingegen unterrepräsentiert. Sie wird in die Freizeit und Begegnungsarbeit abgedrängt. Auch in Heim- und Krankenhaussozialdiensten übernimmt sie nur vereinzelte Funktionen (vgl.: Otto/Schweppe 1996, Internetquelle).

Das 21. Jahrhundert ist das Zeitalter des Alterns für die soziale Arbeit. Im 20. Jahrhundert kam es zu der gesetzlichen Formalisierung in der Kinder- und Jugendhilfe durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz, welches die bessere Unterstützung und Förderung der Entwicklung von Heranwachsenden gewährleistet. In den letzten Jahren wurden die Stimmen die ein ebensolches Gesetz für die soziale Arbeit mit Älteren forderte immer lauter. Jedoch gibt es dies bis heute nicht, obwohl die soziale Arbeit weit mehr Potenzial birgt als die bloße Begleitung des Lebens im Alter. Sie könnte bei der Gestaltung der Lebensphase Alter als auch bei den Alterungsprozessen helfen (vgl.: Meyer 2019, S.10).

Ohne ein eigenes Leistungsgesetz ist es für die Soziale Arbeit kaum möglich mehr als eine Randposition einzunehmen, da ältere Menschen so keinen Anspruch auf die Förderung ihrer Entwicklung haben. Momentan wird der §71 SGB XII als rechtliche Grundlage für die Unterstützung von älteren Menschen herangezogen. Dieser ist Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Dies bedeutet folglich, dass der Umfang der Hilfen (Einzelfallhilfen, soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit) und der Einbezug der sozialen Arbeit in den Händen der Kommunen liegen.

Der Bundes- und Landesförderungsschwerpunkt sind somit ausschlaggebend für den Ausbau und die Infrastruktur der Hilfen, das fachliche Profil eher weniger (vgl.: A-ner/Karl 2010, S.9).

Da weder in Deutschland, noch in Österreich oder der Schweiz ausreichende Berufsgesetze für das Arbeitsfeld der sozialen Altenarbeit existieren sind die berufsethischen Prinzipien und Berufsbilder zumeist an internationale Leitlinien wie zum Beispiel der Forderung of Social Work oder der International Association of Schools of Social Work angelehnt (vgl.: Kollland/Fibich 2014, Internetquelle).

Die Existenz einer gesetzlichen Grundlage ist nicht allein Kriterium für eine eigenständige Profession. Ein weiteres wichtiges Element stellt die Freiberuflichkeit und der Klient*Innenbezug, also eine Beziehung zwischen Klient*In und Experte dar. Zwar hat die soziale Arbeit einen Klient*Innenbezug, jedoch fehlt ihr die Freiberuflichkeit, beziehungsweise ist diese eher gering ausgeprägt. Zu den weiteren Kriterien zählen ein eindeutiges abgrenzbares Tätigkeitsfeld, sowie eine wissenschaftliche Ausbildung im disziplinären Sinn und momentären Element. Auch diese zwei Merkmale werden häufig in Frage gestellt (vgl.: Kollland/Fibich 2014, Internetquelle).

Neben dem Berufsgesetz und den Bestimmungsgründen der Profession müssen auch die Grenzen abgesteckt werden. Durch die Interdisziplinarität der sozialen Altenarbeit läuft sie Gefahr nicht abgrenzbar zu sein. Die Soziale Arbeit bedient sich vieler theoretischer Grundlagen aus Nachbarprofessionen, wie zum Beispiel Politik, Soziologie, Pädagogik, Pflege, Ökonomie oder auch den Rechtswissenschaften. Dies eröffnet ihr spezifisches, professionelles und exklusives Wissen, welches sie von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Andererseits kann so auch der Eindruck von Profillosigkeit entstehen. So werden interdisziplinären Grenzen geöffnet, was zu Widersprüchlichkeiten und Konflikten führen kann (vgl.: Kollland/Fibich 2014, Internetquelle).

Problematisch wird es dann, wenn Aufgaben der Sozialen Arbeit von anderen Disziplinen übernommen werden. So entsteht ein interdisziplinäres Konkurrenzdenken (vgl.: Meyer 2019, S.11), welches die Zusammenarbeit erschwert. Man spricht von einem Kommunikationsproblem zwischen den unterschiedlichen Professionen in Bezug auf die sozialarbeiterischen Aufgaben und Selbstverständnisse.

In den letzten Jahren hat sich das Arbeitsfeld der Sozialen Altenarbeit dem Gesundheitlichen angenähert, während es sich von dem Sozialen entfernt hat, was zu der Verstärkung des Profildefizits beiträgt (vgl.: Otto 2017, Internetquelle).

Der demografische Wandel erfordert, dass die Lebensphase des Alterns in Soziale Arbeit in den Vordergrund rückt. Sie trägt die Verantwortung für die sozialpädagogische Perspektive dieses Lebensabschnitts. Die Soziale Arbeit stellt die Expertise für Lebensgestaltung und Lebensbewältigung dar. Sie hat nun die Aufgabe aus ihren spezifischen

Erkenntnissen und den daraus entstehenden Handlungsfeldern ein festes Profil zu entwickeln.

Zwar existieren bereits Weiterentwicklungen in den Handlungsfeldern der sozialen Altenarbeit, welche sich bereits etablieren konnten, jedoch sind diese kaum veröffentlicht worden. Auch dies unterstreicht die Notwendigkeit einer eigenständigen Expertise, also die Bestätigung des eigenen Selbstverständnisses neben anderen Disziplinen, wie Pflege oder Medizin.

Ein anderer Lösungsansatz für die Abgrenzungsproblematik in der sozialen Altenarbeit schlägt die Umorientierung auf die oft vernachlässigte psychosoziale Betreuung älter Menschen vor. Der Blick soll von dem defizitär geprägten Altenbild der Pflege und Medizin weggelenkt werden. Stattdessen sollen psychosoziale Problemstellungen und Ressourcen des Alters in den Vordergrund rücken. Auf diese Weise sollen Hilfsangebote geschaffen werden, die die Pflege und Medizin ergänzen (vgl.: Hager 2015, Internetquelle).

Ziel ist die Balance zwischen dem Zusammenspiel und der Abgrenzung der einzelnen Professionen (vgl.: Meyer 2019, S.11f.). In der Praxis gibt es vereinzelt bereits Hilfformen, in denen dieses Ziel bereit gut umgesetzt wurde und bei welchen Paradigmen, Methoden und Haltungen der sozialen Arbeit in die interdisziplinäre Zusammenarbeit integriert wurden. Beispiele dafür sind beispielsweise das geriatrische Assessment oder Case Management-Ansätze (vgl.: Otto 2017, Internetquelle).

Der Case Management wird inzwischen sowohl im Sozial- als auch im Gesundheitswesen angewendet. Beide Bereiche haben ihre eigenen Leistungsgebote und Kapazitäten. Jedoch mangelt es in der Realität oft noch an einem ausreichenden Schnittstellenmanagement, da die Leistungsträger sich zu wenig untereinander abstimmen. Dies behindert eine zielgerichtete und effektive Arbeitsweise (vgl.: Engel/Engel 1999, S.37). Insbesondere die Kooperation von pflegerischen und sozialarbeiterischen Einrichtungen des Case Management lässt zu wünschen übrig. Oft übernimmt die Pflege alle Funktionen, was für die Betroffenen eine häufige Aufnahme in Krankenhäuser oder stationäre Pflegeeinrichtungen hat (vgl.: Engel/Engel 1999 S.39).

2 Case Management

Die Methode des Case Management ist eine beliebte Methode in der Arbeit mit älteren Menschen. Sie soll älteren Personen mit Pflegebedarf eine möglichst lange häusliche

Versorgung ermöglichen und auch den Angehörigen bei der Pflege ihrer Lieben Erleichterung verschaffen, indem die Pflege und die Soziale Arbeit gemeinsam interagieren und so eine altersgerechte Unterbringung organisieren und begleiten. Insbesondere bei der Arbeit mit demenziellen Älteren kommt das Case Management immer öfter zu dem Einsatz (vgl.: Neuffer 2002, S.47).

Das Case Management ist eine altbekannte Methode der Sozialen Arbeit, welche ihren Ursprung in der Gemeinwesenarbeit hat und eine Weiterentwicklung der Einzelfallhilfe darstellt. Sie trat erstmals in den USA auf und ist seit den 70er Jahren auch ein Teil der deutschen Sozialarbeit geworden.

Ihre ersten Anwendungsgebiete lassen sich in der Psychiatrie, der Jugend- und der Altenhilfe finden. Der Grund dafür war der Anstieg der ambulanten Hilfen, die sich zunehmend ausdifferenzierter und spezialisierter zeigten (vgl.: Kleve, 2011 S.45). Insbesondere die zuvor genannten Personengruppen benötigten Hilfe bei der Inanspruchnahme von diesen Unterstützungsangeboten.

Das Case Management stellt die Antwort auf diesen Bedarf dar. Es greift seinen Klient*Innen sowohl bei der Erschließung als auch bei Strukturierung informeller und professioneller Hilfen unter die Arme. Hierbei ist die Bevorzugung privater Unterstützungsmöglichkeiten gegenüber professionellen Interventionen bezeichnet für die Methode des Case Management.

Ein weiteres Merkmal ist der Fokus auf einen möglichst kosteneffizienten Einsatz von Zeitaufwand und professionellen Fachpersonal im Verhältnis zur Zielerreichung, um so für alle Beteiligten den größten möglichen Nutzen zu erzielen.

Das Case Management hat die Aufgabe Hilfesuchenden eine bessere Identifikation sozialer Dienste zu ermöglichen, bei der Aktivierung und Nutzung persönlicher, sozialer und professioneller Ressourcen zu begleiten sowie größtmögliche Effizienz walten zu lassen. Dabei können Case Manager*Innen sowohl mit Einzelpersonen als auch mit Klient*innengruppen sowie mit Menschen aus jeder Altersgruppe zusammenarbeiten (vgl.: Kleve 2011, S.46).

Nach Lowy ist Case Management wie folgt definiert: „ Case Management gehört der Sozialen Arbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen, Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden. Sozialarbeiter erfüllen damit einen wichtigen Teil ihres Mandats und ihrer Funktion, in-

dem sie soziale oder gesundheitliche, therapeutische und erzieherische, religiöse, juristische und anderen Hilfen denen vermitteln und zukommen lassen, die auf derartige Leistungen ambulant (im eigenen Haushalt) oder in Institutionen und Organisationen angewiesen sind.“ (zitiert nach: Galuske 2007, S. 197)

2.1 Geschichte des Case Managements

In Deutschland steht die Methode des Case Managements seit 80er Jahren zunehmend in Mittelpunkt und erfreut sich wachsender Beliebtheit. Wie bereits erwähnt stammt sie aus den USA und war anfänglich eine Arbeitsmethode der Sozialdienste.

Von den USA aus gelangte die Methode zunächst nach Großbritannien. Von dort aus kam sie schließlich auch zu uns. Mittlerweise ist sie aus unserem Sozial- und Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken und genießt dort eine lange Tradition.

In den letzten Jahren hat sich das sogenannte neue Case Management entwickelt und ist in den Methoden der us-amerikanischen Sozialarbeit bereits fest etabliert. Diese neue Case Management ist als eine weiter entwickelte Form der Einzelfallhilfe in der sozialen Arbeit zu verstehen. Dabei stellt es eine Verbindung zwischen einzelnen Professionen und Arbeitsfeldern dar und zeichnet sich durch eine entpädagogisierte Arbeitsweise aus. Stattdessen haben Case Manager*Innen die Aufgabe die Bedarfe der Klient*Innen und den Pool von Unterstützungsangeboten aufeinander abzustimmen, zu strukturieren, zu planen, zu verbinden und zu prüfen (vgl.: Müller 2011, S.59f.)

Zu Beginn war das Case Management eine Reaktion auf die starke Zerstreuung der sozialen Dienste in den Vereinigten Staaten von Amerika, in denen die große Zahl von Trägern und Institutionen staatlich kaum reguliert wurde, sondern auf freies Engagement angewiesen war.

Die Folge dessen war ein häufiger Wechsel der Beziehungspersonen für Menschen mit Hilfebedarf und für die Bearbeitung ihrer Problematiken, was zu Orientierungsproblemen im Hilfesystem führte. In den 1970er verschärfte sich dieses Problem, durch den Abbau stationärer Hilfen (vgl.: Müller 2011, S.61).

Durch dieses Auseinanderfallen war es den sozialen Dienstleistern nicht mehr möglich ganzheitliche Hilfsangebote zu verwirklichen. An ihre Stelle traten einzelne unabhängige, an die Profession oder Organisation gebundene Sichtweisen, welche zu Brüchen in der Versorgung führen.

Außerdem kam es zu Überschneidungen und Doppelversorgungen der sozialen und gesundheitlichen Dienste oder auch zu Unsicherheiten und Konflikten die Zuständigkeit betreffend, welche den Hilfeprozess, durch beispielsweise widersprüchliche Ratschläge oder die Arbeit in entgegengesetzte Richtungen, lahm legten. Aus diesen Schwierigkeiten entstanden zusätzliche vermeidbare Kostenaufwendungen (vgl.: Müller 2011, S. 62). So entstand die Notwendigkeit einer Hilfeform, die für die Koordination der einzelnen Leistungen eines Einzelfalls zuständig war.

Durch diese „Deinstitutionalisierung“ entstand zusätzlich der Bedarf einer Nachbetreuung für Menschen, die wegen dieser Kampagne aus den ambulanten Hilfen ausschieden. Diese sollte unter anderem die benötigten sozialen und medizinischen Dienste organisieren.

So erhielt jeder Hilfebedürftige Mensch 1977 durch das Programm Community Support des National Institut of Mental Health, unabhängig von der Anzahl der bereits bestehenden Hilfen, einen Case Manager, um das gut ausgebaute Hilfesystem auch für jeden nutzbar zu machen (vgl.: Müller 2011, S.61).

Case Management wurde auf die Ziele und Pläne der Klient*innen ausgerichtet, sodass die Hilfeleistung möglichst effizient und effektiv strukturiert werden konnte. Dies sollte zu der Minimierung von Kosten führen, um der zunehmenden Finanzknappheit des amerikanischen Gesundheits- und Sozialwesens entgegen zu wirken. Auch Versorgungsdefizite sollten durch diese Methode sichtbar gemacht und behoben werden (vgl.: Müller 2011, S. 63).

2.2 Die Methode des Case Managements

Ein Grundsatz der Methode des Case Management ist die unbedingte Präferenz der zur Verfügung stehenden informellen Ressourcen einen Menschen gegenüber formellen Unterstützungen. Somit ist das Case Management extrem ressourcenorientiert und hat die Hauptaufgabe diese zu erschließen und für den Hilfesuchenden möglichst langfristig und konstant nutzbar zu machen. Dabei nimmt die Methode stets Bezug auf die Lebenswelt der Klient*Innen.

Ferner gilt diese nicht als fehlerhaft, sondern soll als Quelle von Ressourcen betrachtet werden. Verwendet werden hierzu Techniken aus der systemischen Beratung, wie zum Beispiel Genogramme, Umdeutungen oder Perspektivwechsel. Auf diese Weise ist eine Selbst- sowie Fremdbeschreibung von Eigenschaften der Klient*Innen möglich, die als

Ressourcen für die Bewältigung von bestehenden Problemlagen genutzt werden können. Dabei ist eine wertschätzende, lösungsorientierte sowie auf die Zukunft gerichtete Gesprächsführung unverzichtbar, um das passende Klima für Prozesse der Veränderung zu erzeugen (vgl.: Kleve 2011, S. 47).

2.3 Die Ressourcendimensionen des Case Managements

Im Case Management unterscheidet man in drei unterschiedliche Ressourcentypen, Die persönlichen Ressourcen, die sozialen bzw. privaten Ressourcen und die Ressourcen des Sozialraums.

Die persönlichen Ressourcen umfassen Eigenschaften, Fähigkeiten und Stärken des Hilfesuchenden selbst. Sie werden durch Selbst- oder Fremdzuschreibung sowie Umdeutungen bestimmter Merkmale aktiviert.

Die privaten, sozialen Ressourcen beschreiben bestehende oder mögliche soziale Beziehungen, wie Familie, Nachbarn oder Freunde, die als Hilfsmittel für das Überwinden von Problemen mobilisiert werden können. Dabei helfen Techniken wie Genogramme, Kontaktaufnahmen und Kontaktherstellungen und die damit verbundene Abklärung der Bereitschaft zu helfen.

Die Ressourcen im Sozialraum bzw. des Gemeinwesens sind alle möglichen, erreichbaren, unterstützenden, sozialen Institutionen. Für den Zugang zu diesen Hilfen ist eine Analyse des Sozialraums hilfreich.

Anschließend muss Kontakt zu infrage kommenden Einrichtungen und Angeboten aufgenommen werden und die Möglichkeit einer Hilfeleistung abzufragen. Auch die Vernetzung unterschiedlicher Hilfen ist hier entscheidend, um den entsprechenden Trägern, ihren Fachkräften sowie den Klient*Innen selbst zu ermöglichen, sich auf die aktuelle Situation auszurichten.

Oberstes Gebot ist jedoch weiterhin die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (vgl.: Kleve 2011, S. 48)

2.4 Die Ziele des Case Managements

Das wichtigste Ziel ist wie bereits erwähnt die „Hilfe zur Selbsthilfe“, durch die Nutzung persönlicher und individueller Ressourcen (vgl.: Kleve 2011, S. 49). Der Grund hierfür ist das sogenannte „Hilfeparadoxon“. Dies bezeichnet die Schwächung der Selbsthilfe-

kompetenzen des Hilfebedürftigen durch den Unterstützungsprozess. Es beschreibt die Entstehung einer Abhängigkeit der Klient*Innen gegenüber dem Hilfesystem, welche es zu vermeiden gilt (vgl.: Kleve 2011, S.50).

Weitere Ziel sind einerseits die Verbindung und Strukturierung der einzelnen zutrage kommen den Hilfen und andererseits die Reduzierung der Kosten der Hilfen durch die Bevorzugung informeller Hilfen.

2.5 Die Phasen des Case Managements

Das Konzept des Case Managements umfasst sechs Phasen: das Assessment, die Zielvereinbarung und Hilfeplanung, die kontrollierte Durchführung, die Evaluation, die Klientenfürsprache und letztlich die Rechenschaftsablegung (vgl.: Kleve 2011, S. 49).

Die erste Phase, das Assessment auch Kontextualisierung oder Falleinschätzung genannt stellt eine erste Bestandaufnahme des Falls dar. Dieser wird dabei von zwei Seiten betrachtet. Die erste ist Lebenswelt des Hilfesuchenden. Der erste Kontakt entsteht, der Case Manager und die Klient*Innen lernen sich kennen. In diesem ersten Aufeinandertreffen geht es um die Klärung des Hilfebedarfs und die Ursache für diesen. Es werden vergangene Lösungsversuche analysiert, Erwartungen des Hilfebedürftigen an das Case Management erfragt sowie nach Ressourcen geforscht.

Der nächste Schritt stellt Begutachtung der professionellen Seite dar. Es werden bereits vorhandene Unterstützungen ermittelt und nach Absprache mit den Klient*Innen Gespräche mit diesen Diensten geführt. Der Fokus liegt auf der Suche nach weiteren Betrachtungsweisen der Problematik und Informationen zu früheren Lösungsansätzen. Desweiteren soll so das Bild von den Bedarfen und Ressourcen der Klient*innen erweitert werden (vgl.: Kleve 2011, S.51f.).

Die zweite Phase wird als Service Planning, auf Deutsch Hilfeplanung bezeichnet. Sie ist auf die Ausarbeitung von realistischen Zielsetzungen ausgerichtet, welche sich entweder auf die nahe oder ferne Zukunft beziehen.

Auch hier liegt das Hauptaugenmerk erneut auf den lebensweltlichen Ressourcen des Menschen, um seine Selbsthilfekräfte zu stärken. Ferner soll bei den Formulierungen der Ziele darauf geachtet werden keine verneinenden Aussagen benutzt werden. Stattdessen sollen positive Aussagen getroffen werden, die mit konkreten beobachtbaren Verhaltensweisen beschrieben werden.

In dieser Phase ist zu Klären wer was zu welchem Zeitpunkt auf welche Weise von welcher Person erwartet. Auch die Erwartungen des Hilfesuchenden und die Erwartungen des Hilfesystems bedürfen einer Abstimmung aufeinander. Sind sie nicht deckungsgleich, muss für dies eine entsprechende Lösung in Hilfeplan festgehalten werden, zum Beispiel in Form weiterer Zielformulierungen. Das übergeordnete Ziel jeder Zielformulierung ist dabei immer die Stärkung der Klient*Innen.

Der so entstandene Hilfeplan spielt für die spätere Auswertung des Erfolgs der Hilfe eine wichtige Rolle (vgl.: Kleve 2011, S. 52f.).

Die folgende Phase umfasst die Umsetzung des Hilfeplans. Sie wird Intervention genannt.

Bei der Durchführung sollte die Selbstständigkeit des Hilfsbedürftigen immer im Vordergrund stehen, indem der Vorsatz der „Hilfe zu Selbsthilfe“ verwirklicht wird. So sollte also erneut der Fokus auf die eigenen Fähigkeiten und Stärken als auch auf Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfelds gelenkt werden. Erst wenn diese erschöpft sind kommen professionelle Hilfen zu dem Einsatz, welche dem Unterstützungssuchenden durch das Case Management vermittelt werden. Bei formellen Hilfen ist es entscheidend, dass diese zu dem Fall passen.

Die Aufgaben von Case Manager*Innen ist zu dieser Zeit des Hilfeprozesses die Klient*Innen zu Begleiten und zu der Inanspruchnahme der professionellen Unterstützung zu befähigen. Zudem halten sie regelmäßigen Kontakt zu allen beteiligten Parteien, während des gesamten Hilfeprozesses. Sie haben eine Unterstützende und begleitende Funktion, werden jedoch zu keiner Zeit pädagogisch oder therapeutisch aktiv (vgl.: Kleve 2011, S.53f.)

Die vierte Phase ist das Monitoring, also die Begleitung und Überprüfung der Hilfe. Bei diesem Schritt geht es um die Erarbeitung eines Evaluationskonzepts in Zusammenarbeit mit dem Hilfesuchenden, um den bisherigen Erfolg des Hilfeplans abzuschätzen und gegebenenfalls Änderungen vorzunehmen, um die festgelegten Ziele zu erreichen.

Für die Überprüfung der Zielerreichung gibt es fünf Aspekte: die Angemessenheit, die Intensität, der Umfang, die Qualität und die Wirksamkeit. Um eine Feinabstimmung zwischen den professionellen Hilfen untereinander sowie zwischen den Klient*Innen und den sozialen Diensten zu erreichen ist beständiger Austausch notwendig, um Möglichkeiten für Absprachen und Vereinbarungen zu schaffen und um lückenhafte Bedarfsdeckungen aufzuspüren und diese zu beheben (vgl.: Kleve 2011, S.54).

Die fünfte Phase ist die Klientenfürsprache, auch Advocacy genannt. Sie dreht sich um die anwaltliche Vertretung der Klient*Innen.

Die Herstellung der Selbständigkeit ihrer Klient*Innen hat für die Case Manager*Innen höchste Priorität. Aus diesem Grund gehört auch die Organisation von Möglichkeiten zur Vermittlung dieser Fähigkeit zu ihren Aufgaben, damit letztlich die Unabhängigkeit von dem Hilfesystem für den Hilfesuchenden erreicht werden kann. Dazu soll ein Netzwerk geschaffen werden zu welchem die Klient*Innen, falls notwendig, schnell Zugang finden können (vgl.: Kleve 2011, S.55).

Die letzte Phase ist die Evaluation. Das Ende des Hilfeprozesses ist erreicht. Es stellt sich nun die Frage nach dem Erfolg des erarbeiteten Hilfeplans. Es muss nun beurteilt werden welche Hilfen beendet und welche noch fortgeführt werden müssen, nachdem das Case Management geendet hat.

In dieser Phase sollten Erfolge in besonderem Maß hervorgehoben werden und die Eigenständigkeit der Klient*Innen zu dem wiederholten Male herausgestellt werden.

Die Ergebnisse und Erfahrungen werden dokumentiert und es muss sowohl den Klient*Innen als auch den Finanzieren des Hilfeprozess Rechenschaft über das stattgefundene Case Management abgelegt werden (vgl.: Kleve 2011, S.55f).

3 Case Management als interdisziplinäres Konzept

Wie bereits erwähnt stammt das Konzept des Case Managements ursprünglich aus dem Sozialwesen. Inzwischen findet es jedoch auch im Gesundheitswesen Verwendung. Leider geht dies mit der enormen und undifferenzierten Verwendung des Begriffs des Case Management einher, welcher die Diskussion und den kritischen Vergleich dieser zusätzlich erschwert (vgl.: Wißmann 2020, Internetquelle).

Hinzu kommt die Schwierigkeit das Case Management einzelnen Sektoren in der Praxis zuzuordnen. Obwohl es zu erwähnen gilt, dass diese Trennung oft wenig sinnvoll erscheint, da die Arbeit mit diesen Konzept zumeist sektorenübergreifend ist.

In der Pflege liegt der hauptsächliche Fokus im Case Management auf der Entwicklung von Clinical Pathways für die Erstellung von Behandlungsplänen und auf der Optimierung von Interventionsverläufen für bestimmte Patientengruppen. Hier ist eine gelingende Strukturierung und Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Einrichtung entscheidend. Pflegerisches Case Management findet beispielsweise in Krankenhäusern

oder in der Überleitungspflege in Verbindung mit Hilfsprojekten für ältere Menschen statt. In diesem Sektor wird Case Management oft synonym mit dem Prozessmanagement der fachlichen Pflege verwendet. Dies ist fatal, da sich diese beiden Konzepte durchaus voneinander unterscheiden. Die Lebensgestaltung und weitere soziale Fragestellungen werden unter den Tisch gekehrt, stattdessen steht die fallbezogene Optimierung Organisation von pflegerischen Handlungsabläufen im Mittelpunkt. Die falsche Verwendung des Case Management- Begriffs soll hierbei Qualität suggerieren.

In der Medizin beschreibt das Case Management die Etablierung von Netzwerken in der Praxis, welche über ein kombiniertes Budget und ein sogenanntes Schnittstellenmanagement der ambulanten und stationären Versorgung verfügen. Es wird in Krankenhaussozialdiensten, Patientenleitstellen, Hausarztmodellen, Praxisnetzen, Krankenkassendienstleistungen sowie in der Psychiatrie verwendet (vgl.: Löcherbach 2020, Internetquelle).

3.1 Case Management und Managed Care

Im Großen und Ganzen lassen sich zwei Typen von Case Managements in der Praxis unterscheiden.

Zu dem einen das unabhängige Case Management, welches nicht an eine konkrete Einrichtung gebunden ist und auch nicht an der Verteilung von Geldmitteln beteiligt ist. So kann hier der Fokus auf die Interessen der Klient*Innen gelegt werden und die Ziele auf der Basis von sozialen und gesundheitlichen Gegebenheiten gelegt werden.

Neben dem Vorteil der Möglichkeit gegensätzliche Ziele objektiv abzuwägen und Vermittlungsarbeit leisten zu können, gibt es weitere Punkte, die für diese Variante des Case Managements sprechen. Zu dem einen hat Case Management immer eine Gate-Keeper Funktion und entscheidet welche Leistungen in Anspruch genommen werden. Das Wohl des Hilfesuchenden sollte hierbei Priorität haben, um das Vertrauensverhältnis nicht in Mitleidenschaft zu ziehen.

Seit den 90er Jahren wird das Case Management mehr gefördert, was eine Ausdifferenzierung unterschiedlicher Arten von Case Management bewirkte. Es entstanden Case Management Varianten, die von Kostenträgern organisiert wurden. Beispiele sind unter anderen Managed Care und Clinical Pathways (vgl.: Wissert 2004, Internetquelle). Die Unterscheidung dieser beiden Typen ist durchaus notwendig.

Managed Care stellt eine gelenkte Versorgung dar, welche das Ziel verfolgt neue Formen der Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu schaffen. Neben einer besseren Versorgung für Klient*Innen stehen hierbei größtenteils ökonomische Interessen im Vordergrund. Auftreten tut diese Form der Case Managements vor allem in der Gesundheitsversorgung als Kostenträger von Dienstleistungen wie zum Beispiel Kliniken (vgl.: Wißmann 2020, Internetquelle).

Das Managed Care Konzept stammt aus den 1930er Jahren der USA und war eine Erfindung der Versicherungsunternehmen für die Steuerung von Versorgungsleistungen. Bei diesem Programm geht sowohl die Finanzierung als auch die Gesundheitsleistung von dem Leistungszahler aus. Durch die Zahlung von Versicherungsbeiträgen werden die Versicherten ein Teil des Versorgungskonzepts. Die Leistungen werden in diesem System entweder von internen Ärzten und Therapeuten oder von medizinischem Fachpersonal, welches vertraglich an das Unternehmen gebunden ist, geleistet. Auf diese Weise entsteht für Patienten eine starke Einschränkung bei der Auswahl medizinischer Unterstützungsangebote.

Dahinter steckt das sogenannte Gatekeeping- Konzept der Hausärzte, welches den Patienten verpflichtet zunächst immer den Hausarzt aufzusuchen, welcher dann an einen Facharzt weiter verweist. So ist es möglich die Versorgung der Patienten nach ökonomischen Gesichtspunkten zu koordinieren.

Es besteht jedoch die Möglichkeit verbindliche Leitlinien für die Versorgung in Form eines Case Management oder Bonussystems für Leistungserbringer und Versicherte zu installieren, welche auf eine Optimierung der Versorgungsprozesse unter einheitliche Qualitätsstandards und die Minimierung anbotserzeugender Nachfrage von Gesundheitsleistungen abzielt.

Managed Care wird dann zu Problem, wenn mit der Kontrolle der Leistungen auch ein Ausschluss von Leistungen oder der Reduktion benötigter Kapazitäten einher geht, wodurch es zu verlängerten Wartezeiten bei der Stellung von Diagnosen und Behandlungsbeginn kommt (vgl.: Land 2018, S.234f.).

3.2 Entlassmanagement

Ein weiteres Konzept, welches Ähnlichkeiten zu dem Case Management aufweist ist das Entlassmanagement. Seit 2017 ist die Umsetzung dieses Programms nach einer

festgelegten Rahmenvereinbarung in deutschen Krankenhäusern Pflicht. Diese Vorgaben beziehen sich auf den Großteil der Strukturen und Abläufe der Kliniken. Die Umsetzung dieser sowie die Anpassung von personellen Strukturen und finanziellen Mitteln stellen oft enorme Herausforderungen für die Institutionen dar.

Laut des §11 Abs.4 SGB V haben seit 2007 alle Patient*Innen das Recht auf ein Versorgungsmanagement. Nun wird dieser Anspruch durch das Entlassmanagement in §39 Abs. 1a Satz 9 SGB V ergänzt.

Es spricht den Versicherten ein Anrecht auf die Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen zu, als auch einen gesetzlichen Versorgungsanspruch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durch das selbige und wird zudem zu einer grundlegenden Aufgabe des Krankenhauses (vgl.: Albat/ Dieckmann 2017, Internetquelle).

Das Ziel dieser Rahmenvereinbarung ist die Sicherstellung einer lückenlosen ambulanten Versorgung im Anschluss auf einen Aufenthalt in einer Klinik. So ermöglicht dieser neue gesetzliche Rahmen einem Facharzt die Verschreibung von Medikamenten, Hilfsmitteln, Behandlungen und Krankenpflege bis sieben Tagen nach der Entlassung aus der Institution. Dabei geht es um die Verbesserung der Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Hilfen und die Vermeidung von Rehabilitationseinrichtungen. Hierfür ist die Weitergabe von medizinisch relevanten Informationen zwingend notwendig, damit die adäquate Weiterversorgung durch ambulante Dienste weiterhin zu gewährleisten ist, um die Wiederaufnahme im Krankenhaus zu vermeiden, welches ein weiteres bedeutendes Ziel darstellt.

Dies ist eine interdisziplinäre Aufgabe. In einer Vielzahl von Kliniken ist deshalb bereits ein sogenanntes Überleitungsmanagement installiert, welche den Bedarf und die Situation eines Patienten einschätzt sowie die Einleitung, Planung und Koordination von entsprechenden Maßnahmen übernimmt, wie zu dem Beispiel die Beschaffung von Pflegebetten, Rollstühlen oder Rollatoren oder die Unterstützung bei der Beantragung der passenden Pflegestufe. Auf diesem Weg sollen Doppelungen und Verzögerungen in der Versorgung vermieden werden. Eine gute Kommunikation und einheitliche Dokumentation sind für die Umsetzung dieser Ziele essenziell (vgl.: Land 2018, S.233).

Im Entlassmanagement selbst fehlt eine solche zentrale Koordinationsstelle, für den Informationsaustausch aller Beteiligten. Auch im Krankenhaus selbst sind viele einzelne Stellen für die Organisation und Steuerung von Prozessen zuständig. Eine zielgerichtete Ressourcennutzung fällt daher schwer.

Aus diesem Grund scheint die Installation einer Kombination aus Entlassmanagement und dem klassischen Case Management sinnvoll. Das typische Monitoring des Case Managements kann beispielsweise bei der Umsetzung einer langfristigen und nachhaltigen Versorgung der Patient*Innen helfen, indem die Wirksamkeit und die Qualität des Entlassmanagements durch regelmäßige Evaluationen geprüft werden.

Das Entlassmanagement konzentriert sich, wie auch das Case Management, auf komplexe Problemlagen, bei denen eine frühe Bedarfsermittlung entscheidend ist, um die Ressourcen der Einrichtung zielgerichtet einsetzen zu können. Unterschiedlich ist, dass das Entlassmanagement nach dem Klinikaufenthalt endet während das Case Management weiter läuft (vgl.: Albat/ Dieckmann 2017, Internetquelle).

3.3 Care Management

Auch die Differenzierung von Case Management und Care Management ist eine Notwendigkeit.

Das Care Management beschreibt anders als das Case Management ein gesundheitliches, sozialpflegerisches Hilfesystem in einer Region, welches sich mit der gemeinsamen Organisation von allen beteiligten Angeboten medizinischer, pflegerischer und sozialdienstlicher Art befasst. Es vernetzt teilstationäre, medizinische Angebote und ambulante Pflegesysteme, sodass im Einzelfall ein schneller Zugriff auf diese möglich ist (vgl.: Land 2018, S. 234).

Der wesentliche Unterschied zwischen Care und Case Management bezieht sich auf die Ebenen auf welche sich die Konzepte beziehen.

Im Case Management gibt es immer sowohl eine Systemebene, welche das Heranziehen und die Benutzung von Netzwerken sowie die Koordination des Versorgungssystems beschreibt, als auch eine Fallebene, welche sich auf die konkrete Unterstützungsarbeit für Klient*Innen bezieht (vgl.: Schmidt 2020, Internetquelle).

Das Care Management bezeichnet hingegen ausschließlich die „System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitsbereich koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür im Gemeinwesen schafft.“ (Schmidt 2020, Internetquelle) Es arbeitet also nicht mit dem Einzelnen zusammen, sondern hilft bei der Herstellung von Strukturen, die für eine flexiblere Leistungserbringung sorgen. Das Care Management stellt somit die Voraussetzung für ein erfolgreiches Fallmanagement dar.

Natürlich hat auch die Fallebene einen Einfluss auf die Systemebene, indem Letztere sich an die Bedarfe der Ersten anpassen muss (vgl.: Schmidt 2020, Internetquelle).

4 Disziplinäre Zugehörigkeit der Case Management- Methode

Seitdem sich das Case Management einer interdisziplinären Anwendung erfreut, gibt es eine hitzige Debatte über das Vorrecht der Ausübung dieses Konzeptes in Bezug auf eine bestimmte Profession. Die Argumente dieser Diskussion gehen zumeist nicht über die Basis von „Berufsegoismus“ und dem Streben nach Einfluss hinaus.

Die Soziale Arbeit beispielsweise begründet ihr Recht auf dieses Programm auf dem Ursprung des Case Managements in der eigenen Disziplin und sieht in ihm eine Möglichkeit der Modernisierung des eigenen Berufszweiges.

Aber auch die Medizin und die Pflege sehen sich als anspruchsberechtigt. Tatsache ist jedoch, dass das Case Management in zahlreichen Praxisfelder Verwendung findet. In der Vergangenheit hatte die Soziale Arbeit die Oberhand bei dem Einsatz dieses Konzeptes. Mit der Zeit blieb sie jedoch nicht mehr der alleinige Vorreiter, wenngleich die Pflege und die Medizin nicht das gleiche Engagement bei den Diskussionen zu dem Case Management zeigten.

Das Case Management ist ein Konzept, in dem es um die Vereinigung der Stärkung unterschiedlicher Disziplinen geht. Das über dieses Programm keinerlei gemeinsamer Austausch existiert, ist als problematisch zu bewerten (vgl.: Wißmann 2020, Internetquelle).

Grundsätzlich ist das Case Management für alle humandienstlichen Sektoren geeignet, da es gegenüber der Art der Problemlage neutral ist.

Um die Frage zu klären, welche Profession sich im Einzelfall im Besonderen als Expertise für dieses Konzept herausstellt, sollten zwei Kriterien herangezogen werden.

Zu dem ersten ist zu klären in welchem Setting und in welchem Rahmen das Case Management stattfinden soll. Dies soll Antworten auf den konkreten Auftrag, den dafür benötigten Personalschlüssel, die beteiligten Disziplinen und die Zuständigkeit in dem speziellen Einzelfall geben. Das zweite Kriterium stellt die Frage nach den benötigten Kompetenzen und dem Zugang zu diesen. Die Berufsgruppe, die diese beiden Kriterien am bestem erfüllt sollte im Einzelfall das Case Management übernehmen (vgl.: Wißmann 2020, Internetquelle).

Wie oben bereits festgestellt stammt das Case Management aus der Sozialen Arbeit und bedient sich daher auch ihrer Methoden und Grundsätze. Die konkrete Beschaffenheit des Problems eines Menschen, also ob pflegerisch oder sozial ist anders als im Krankenhaus, in welchem der Fall durch die Schwere der Erkrankung definiert wird, erst einmal wenig bedeutsam.

Im Krankenhaus ähneln sich die Interessen der Sozialen Arbeit und der Pflege. Es stehen Effektivität, Effizienz und Kundenzufriedenheit im Fokus. Für beide Professionen stellt das Case Management bei der Arbeit mit Pflegebedürftigen, Jugendlichen oder suchtkranken Menschen ein geeignetes Hilfsmittel dar.

Im Krankenhaus wird das Case Management oft von Pflegekräften durchgeführt. Dies stellt jedoch nicht die Vermischung der Zuständigkeiten von Pflege und sozialer Arbeit dar. Die Einschätzung des Pflegebedarfs, die Begutachtung des richtigen Umgangs mit Hilfsmitteln, die Einschätzung des Pflegepotenzials von Angehörigen und die Entscheidung der Notwendigkeit einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung sind klare Aufgaben der Pflege. Die schnelle Erfüllung dieser Aufgaben ist aufgrund des hohen Zeit- und Kostendrucks in Kliniken durch pflegerische Fachkräfte besser zu gewährleisten (vgl.: Weber 2011, S.47f.).

Die Soziale Arbeit hat hingegen die notwendigen Fähigkeiten für die Arbeit mit suchtkranken oder obdachlosen Menschen und Personen, die nach einer schweren Erkrankung in finanziellen Nöten sind, wie beispielsweise Kenntnisse in der Sozialgesetzgebung oder juristischen Beratung. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit sind Gesprächsführung, Gesundheitserziehung und die Koordinierung der Nachsorge mit Hauptaugenmerk auf den sozialen Sektor.

Beide Berufsgruppen haben somit Stärken, die sich gegenseitig ergänzen können. Somit ist das Case Management schlussendlich sowohl eine Aufgabe für die Soziale Arbeit als auch für die Pflege.

Ein Faktor den es desweiteren zu berücksichtigen gilt ist der Anstieg des Pflegebedarfs im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Die Pflegebranche kann somit kein Interesse an der Übernahme sozialarbeiterischer Zielgruppen, im Case Management haben. Stattdessen wird die Bedeutsamkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zunehmend offensichtlicher. (vgl.: Weber 2011, S.48).

In dieser Arbeit wurde bereit festgehalten, dass das Case Management ein durchaus anspruchsvolles Konzept ist, da es beispielweise das kompetente Handeln auf der Systemebene als auch der Fallebene erfordert, sowie die konsequente Ausübung aller

Phasen. Es sind Übersetzungsfähigkeiten erforderlich, um innerhalb der Lebenswelten der Klient*Innen und beruflichen Sozialisationshintergründen, Grundeinstellungen und Hierarchien zu vermitteln. Ferner gilt es die Balance zwischen Beziehungsarbeit und Verhandlungen mit Leistungserbringern zu halten.

Die Soziale Arbeit hat aus fachlicher Sicht alle Voraussetzung für die Umsetzung dieser komplexen Aufgaben, sie hat diese bisher jedoch noch nicht im vollen Maße ausgeschöpft.

Es werden zu dem einen mehr und auch bessere Weiterbildungen benötigt. Die Festlegung einheitlicher und höherer Standards für die Richtlinien von Weiterbildungen durch die deutsche Gesellschaft für Sozialen Arbeit, den deutschen Berufsverband für Pflege und den deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit ist hierbei ein erster wichtiger Schritt, um die Qualität des Case Managements in der Praxis anzuheben.

Durch diese gemeinsamen Zertifizierungen kann die strikte Trennung von dem pflegerischen und sozialen Sektor gelockert werden, sodass das Case Management als interdisziplinärer Ansatz genutzt werden kann.

In Zukunft wird dies an Bedeutung gewinnen, da unser System viele Schnittstellen zwischen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung aufweist. Die Ausbildung qualifizierte Fachleute hat somit Priorität, egal welchem Berufszweig diese angehören. (vgl.: Wißmann 2020, Internetquelle).

Diese Fähigkeiten in Verbindung mit den jeweiligen fachlichen Kompetenzen der Profession ist die Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Case Management. Die Zusammenarbeit im interprofessionalen Team ist jedoch genauso entscheidend für das Gelingen dieses Konzepts (vgl.: Woodtly 2005, Internetquelle).

5 Zusammenfassung

In Bezug auf die zentrale Fragestellung hat diese Arbeit gezeigt, dass dem Arbeitsfeld der Sozialen Altenarbeit im Vergleich zu anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, wie die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oder die Arbeit mit Menschen mit Behinderung, trotz der zunehmenden gesellschaftlichen Relevanz der Thematik, bisher zu wenig Beachtung beigemessen wurde.

Die zentrale Zielgruppe der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen beschränkt sich momentan auf abhängige Ältere, die ebenfalls vermehrt im Zentrum anderer Professionen,

wie der Pflege und der Medizin stehen. Diese dominieren dieses Handlungsfeld mit ihren Leitbildern und Herangehensweisen.

Aus diesem Grund übernimmt die soziale Altenhilfe hier oft nur vereinzelte Funktionen oder wird in die Begegnungsarbeit abgedrängt.

Ein weiterer Faktor, der es der sozialen Arbeit erschwert in diesem Arbeitsfeld Fuß zu fassen, ist das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage, der älteren Personen ein Recht auf soziale Unterstützung im Alter zuspricht.

Im Augenblick ist der Umfang, sowie der Einbezug der Sozialen Arbeit in diese Hilfeleistungen abhängig von dem Ausmaß der Förderung und der Bereitschaft der Finanzierung solcher Unterstützungsangebote durch die Kommunen.

Aber dies ist nicht allein Ursache für die augenblickliche Unterrepräsentation der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld. Das Fehlen von Freiberuflichkeit, einem abgrenzbaren Tätigkeitsfeld und zu wenig Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung werden als weitere Gründe benannt.

Dabei verfügt die Soziale Arbeit über eine spezifische, professionelle und exklusive Expertise, die sich aus der Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse ihrer Nachbardisziplinen auszeichnet. Dies kann jedoch auch die Gefahr bürgen profillos zu erscheinen.

Ein solches Verschwimmen von Grenzen führt in der Praxis oftmals zu Konflikten mit anderen Professionen, welche den Wert des Beitrags, den die Soziale Arbeit in der Arbeit mit älteren Menschen geben kann, nicht anerkennen.

So kommt es in der Praxis zu der Übernahme sozialarbeiterischer Aufgaben durch andere Berufsgruppen und einem regelrechten Konkurrenzdenken zwischen den einzelnen Professionen. Dies ist keine gute Voraussetzung für einen gelingenden Hilfeprozess.

Das Ziel sollte vielmehr die Balance zwischen interdisziplinärer Abgrenzung und Zusammenarbeit sein.

Die Soziale Arbeit besitzt bereits alle benötigten Fähigkeiten und Erkenntnisse, um sich in dem Handlungsfeld der Altenarbeit zu beweisen. Sie muss nun lediglich ihr eigenes Profil ausbilden, welches eine gute Ergänzung zu den Hilfeleistungen der Medizin und Pflege darstellt, indem sie ihren Fokus, anders als in der Medizin und Pflege auf die Ressourcen von Menschen in der letzten Lebensphase richtet und sich beispielweise auf die psychosoziale Begleitung Älterer konzentriert.

Ein Beispiel für eine Möglichkeit der Verbindung interdisziplinärer Stärken für einen effizienten und effektiven Hilfeverlauf ist, falls korrekt angewendet, das Case Management, welches bereit in mehreren Sektoren zur Anwendung kommt. Diese Methode ist neutral gegenüber der Art des Problems der Klient*Innen und kann grundsätzlich durch jeden humandienstlichen Sektor ausgeführt werden.

Welcher Berufszweig letztlich besser dafür geeignet ist die Verantwortung für die Koordination der einzelnen Hilfen zu übernehmen, sollte im Einzelfall entschieden werden. Es geht somit um die Abstimmung der Bedarfe der Klient*Innen und den Stärken der jeweiligen an Unterstützungsprozess beteiligten Disziplinen.

Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der soziodemografischen Prozesse und den daraus resultieren Anstieg des Hilfe- und Pflegebedarfs, steigt die Bedeutsamkeit gelingender interdisziplinärer Zusammenarbeit als übergeordnetes Ziel an.

Dies ist auch der Grund für die wachsende Notwendigkeit von guten Weiterbildungsangeboten und besseren Ausbildungen im Bereich des Case Managements, um auch in Zukunft die wachsenden Herausforderungen durch den Alterungsprozess unserer Gesellschaft bewältigen zu können.

6 Literaturverzeichnis

- Aner, Kirsten/ Karl, Ute: Eine Einführung In: Aner, Kirsten/ Karl, Ute(Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010. S. 9-13.
- Backes, Gertrud/ Clemens, Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Aufl. Weinheim/ Basel 2013.
- Engel, Heike/ Engel, Dietrich: Case Management in verschiedenen Altenhilfesystemen. Köln 1999.
- Galuske, Michael: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Aufl.7 München 2007.
- Hammerschmidt, Peter/ Pohlmann, Stefan/ Sagebiel, Juliane: Einführung: Wie gelingt gelingendes Alter(n)? In: Hammerschmidt, Peter/ Pohlmann, Stefan/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.): Gelingendes Alter(n) und Soziale Arbeit. Aufl.1. Frankfurt 2014. S.9-40.
- Karl, Ute: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online (EEO). Alter(n) und Soziale Arbeit. München/Weinheim 2010.
- Kleve, Heiko: Methodische Grundlagen Sozialer Arbeit. Eine fragmentarische Skizze. In: Kleve, Heiko u.a.: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. Heidelberg 2011.S.16-40.
- Land, Beate: Das deutsche Gesundheitssystem- Struktur und Finanzierung. Wissen für Pflege und Therapieberufe. 1. Aufl. Stuttgart 2018.
- Leser, Markus: Herausforderung Alter. Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben. 1.Aufl. Stuttgart 2017.
- Meyer, Christiane: Soziale Arbeit und Alter(n). Weinheim/ Basel 2019.
- Müller, Matthias: Verfahren (Techniken) und Strukturen im Case Management-Prozess. Theorie- Praxis- Handreichungen. In: Kleve, Heiko u.a.: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. Heidelberg 2011.S.58-90.
- Neufer, Manfred: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim/München 2002.
- Neufer, Manfred: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5.Aufl. Weinheim/ Basel 2013.

- Pohlmann, Stefan: Social Challenges in Social Science. Soziale Gerontologie und Soziale Arbeit. Eine Positionsbestimmung. Impulse für eine alterne Gesellschaft. München 2007.
- Prahl, H.W./Schroeter, K. R. S.: Soziologie des Alterns. Paderborn 1996.
- Thiele, Giesela: Soziale Arbeit mit alten Menschen. Grundwissen für Studium und Praxis. Köln 2001.
- Weber, Yvonne: Case Management im Krankenhaus: Eine Aufgabe für die Pflege oder die Soziale Arbeit. Berlin 2011.
- Woog, Astrid: Einführung in die soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis. Weinheim 2006.
- Zeman, Peter: Altersbilder, soziale Arbeit und Reflexivität des Alters. In: Schweppe, Cornelia(Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter. Magdeburg 1995. S.33-52.

7 Quellenverzeichnis

- Albat, Armin/ Diekmann, Daniel: Entlassmanagement und Case Management im Krankenhaus. 2017. URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/entlassmanagement-und-case-management-im-krankenhaus.html> [05.07.2020].
- Blinkert, Baldo/ Klie, Thomas: Soziale Ungleichheit und Pflege. 2008. URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/3KYNFD%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/3KYNFD%20(1).pdf) [08.06.2020].
- Hager, Manuela: Ambulante Altensozialarbeit. Ein Arbeitsfeld mit großem Potenzial und Bedarf. 2015. URL: <https://sozialeskapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/383> [12.06.2020].
- Hirschberg, Kathrin- Rika/ Kähler, Björn/ Kromark, Kathrin: Demografischer Wandel und Pflegeberufe. Auf den Spuren Elisabeths von Thüringen. 2009. URL: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/BGW04-09-003-Wartburg-Symposium-Demografischer-Wandel_Download.pdf?__blob=publicationFile [18.06.20].
- Höpflinger, Francois: Frauen im Alter- Feminisierung des Alters. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Lebenserwartung- ein globales Phänomen moderner Gesellschaften. 2019. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Frauen-im-Alter.pdf> [18.06.20].
- Knopp, Reinhold: Herausforderungen und Chancen der demografischen Entwicklungen für eine sozialraumorientierte Soziale Arbeit in Deutschland. 2013. URL: <https://www.sozialraum.de/herausforderungen-und-chancen-der-demografischen-entwicklung.php> [29.05.20].
- Kolland, Franz/ Fibich, Theresa: Professionalisierung in der sozialen Altenarbeit. 2014. URL: <https://sozialeskapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/323/550> [09.06.20].
- Kühn, Franziska: Die demografische Entwicklung in Deutschland. 2017. URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration> [03.06.2020].

- Kümpers, Susanne: Gesundheit und soziale Ungleichheit- was heißt Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Quartier? URL:
https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/Texte-07_2013-Demografischer-Wandel.pdf
 [20.06.20].
- Löcherbach, Peter: Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. 2020. URL:
http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/case_management_Deutschland.pdf [03.07.2020].
- Mehrhoff, Friedrich: Strategien zur Beschäftigungsfähigkeit bei älterer werdenden Belegschaften.2013.URL:
https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/Texte-07_2013-Demografischer-Wandel.pdf
 [20.06.20].
- Otto, Ulrich/Schweppe, Cornelia: Individualisierung ermöglichen- Individualisierung begrenzen. Soziale Arbeit als sozialpädagogischen Beitrag und allgemeine Orientierung.1996. URL: [10.06.20].
- Otto, Ulrich: Altenarbeit. 2017. URL: <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/47491> [10.06.2020].
- Schmidt, Elke: Case Management- ein Konzept für die Altenhilfe?. Beratung von Senioren als Pflichtaufgabe. 2020. URL: https://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2007/115/pdf/Schmidt_Case_Management_ein_Konzept_fuer_die_Altenhilfe.pdf [04.07.2020].
- Wendt,?/ Wolf, Rainer: Case Management: Ein Konzept, viele Anwendungen.2005. URL:[04.07.2020].
- Wissert, Michael: Case Management in der Altenhilfe.2004. URL:
<https://www.rosenfluh.ch/media/managed-care/2004/07/Case-Management-in-der-Altenhilfe.pdf> [03.07.2020].
- Wißmann, Peter: Case Management: Konzept, Praxis und Qualifikationsbedarf. 2020. URL: https://www.demenz-support.de/Repository/fundus_artikel_2003_5.pdf.pdf [03.07.2020].
- Woodtly, Roland: Professionalisierung von Case Management in der Schweiz. 2005. URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/managed->

care/2005/02/Professionalisierung-von-Case-Management-in-der-Schweiz.pdf [04.07.2020].