

# Eine unterschätzte Profession

## Demenzberatung im Zuge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Klara Sofia Gutmann, 1610406051

### Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Bachelor of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 25.04.2019

Version: 1

Begutachter\*in: FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

## Abstract deutsch

Die Medizin wird immer moderner, die Menschheit immer älter. Krankheiten wie Demenz sind heute keine Seltenheit mehr, weswegen gehandelt werden muss. Mit sich ständig verändernden Methoden der Behandlung und Beratung muss auch in Bezug auf die Denkweise über die Soziale Arbeit eine Veränderung stattfinden. Die hier vorliegende Bachelorarbeit II beschäftigt sich demnach mit den Aufgaben von Sozialarbeiter\*Innen in Krankenhäusern in Bezug auf die Demenzberatung. So wird zum Ziel gesetzt, durch Expert\*Inneninterviews nach Meuser und Nagel (1991) die Kompetenzen der Profession zu erkennen. Ergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus aktiv an der Betreuung von Demenz-Erkrankten teilnimmt und in multiprofessionellen Teams fest verankert ist. Somit ist die Profession eine ideale Komponente für eine Demenzberatung.

## Abstract english

As medicine is becoming more modern, humanity is becoming older. Diseases such as dementia are no longer a rarity today, which is why actions must be taken. With ever-changing methods of treatment and counseling, there must also happen a change in the way people think about social work. The presented bachelor thesis II deals with the task of social workers in hospitals in relation to dementia counseling. Thus, the aim is to recognize the expertise of the profession through expert interviews by Meuser and Nagel (1991). Results show that social work in the hospital actively participates in the care of dementia patients and is firmly anchored in multi-professional teams. Thus, the profession is already an ideal component for dementia counseling.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Begriffsbestimmungen</b> .....	<b>1</b>
2.1	Demenz .....	1
2.1.1	Schweregrade der Demenz .....	2
2.2	Soziale Arbeit im Krankenhaus versus klinische Soziale Arbeit .....	3
2.3	Soziale Arbeit im Krankenhaus versus Entlassungsmanagement .....	4
2.4	Patient*In versus Klient*In .....	5
<b>3</b>	<b>Erkenntnisinteresse</b> .....	<b>5</b>
3.1	Forschungsrelevanz .....	6
3.2	Vorannahmen .....	6
<b>4</b>	<b>Forschungsprozess</b> .....	<b>7</b>
4.1	Forschungsfragen .....	7
4.1.1	Hauptforschungsfrage .....	7
4.1.2	Unterfragen .....	7
4.2	Methodenwahl .....	8
4.2.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	8
4.2.2	Expert*Inneninterview nach Meuser und Nagel .....	8
4.3	Interviewpartner*Innen .....	9
<b>5</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>10</b>
5.1	Die Soziale Arbeit im Demenzbereich .....	10
5.1.1	Der Weg in die Soziale Arbeit im Krankenhaus .....	10
5.1.2	Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus in der Demenzberatung .....	11
5.2	Schwierigkeiten im Bereich der Demenz .....	13
5.2.1	Das Erwachsenenschutzgesetz .....	13
5.2.2	Das Pflegegeld .....	15
5.2.3	Weitere Schwierigkeiten .....	16
5.3	Multiprofessionalität .....	18
5.3.1	Das Entlassungsmanagement .....	18
5.3.2	Weitere Professionen .....	19
5.4	Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung .....	21
<b>6</b>	<b>Conclusio und Forschungsausblick</b> .....	<b>24</b>
	<b>Literatur</b> .....	
	<b>Daten</b> .....	
	<b>Abkürzungen</b> .....	
	<b>Anhang</b> .....	

**Eidesstattliche Erklärung .....**

# 1 Einleitung

Dadurch, dass durch einen hohen medizinischen Standard Menschen immer älter werden, treten schwere Krankheiten vermehrt auf. Vor allem in Bezug auf die Demenz steigt die Zahl der Betroffenen steil an. Somit werden 2025 vermutlich 230.000 Österreicher\*Innen an Demenz erkrankt sein (vgl. Österreichische Alzheimer Gesellschaft o.A.). Um einen dementsprechend abgedeckten Betreuungsaufwand garantieren zu können, müssen gewisse Vorkehrungen getroffen werden. Aus diesem Grund wurde der Demenz-Service Niederösterreich ins Leben gerufen, der als Drehscheibe für die Demenzversorgung in Niederösterreich dienlich sein soll (vgl. Demenz Service NÖ o.A.). Um jenen Demenz Service ausreichend mit Expert\*Innen versorgen zu können, wird in der vorliegenden Bachelorarbeit II erforscht, ob und wie die Demenzberatung im Kontext der Sozialen Arbeit im Krankenhaus stattfindet und welche Aufgaben hierbei die Soziale Arbeit übernimmt.

Durch die umfangreichen Kompetenzen von Sozialarbeiter\*Innen wäre eine gute Grundlage zur Ausübung der Demenzberatung vorhanden, dennoch ist es fraglich, wie vorhandene Institutionen die Vorteile von Sozialarbeiter\*Innen betrachten und diese nützen. Um jene Fragen beantworten zu können, wurden Sozialarbeiterinnen in Krankenhäusern und eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, die als Demenzberaterin fungiert und von den Sozialarbeiterinnen unterstützt wird, befragt. So kann ebenso festgestellt werden, welche Voraussetzungen Sozialarbeiter\*Innen im Krankenhaus erfüllen müssen, um bei vorhandenen Trägern als Demenzberater\*Innen fungieren zu können.

Es wird darauf hingewiesen, dass die befragten Expertinnen ausschließlich weiblich waren, und deshalb nur die weibliche Form verwendet wird.

## 2 Begriffsbestimmungen

Das folgende Kapitel beinhaltet etwaige Begriffsbestimmungen, welche für die vorliegende Arbeit von wissenschaftlicher Forschungsrelevanz sind. Jene Begriffsbestimmungen sind präzise Definitionen, die zu einem besseren Verständnis über den Inhalt der Bachelorarbeit II verhelfen sollen.

### 2.1 Demenz

Laut der International Classification of Diseases (kurz ICD-10) wird zwischen 4 Gruppierungen der Demenz unterschieden:

- Demenz bei Alzheimerkrankheit (F00)
- Vaskuläre Demenz (F01)

- Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F02)
  - Sonstige Demenz (F03)
- (vgl. Demenz-Leitlinie o.A.:1)

Jene Arten der Demenz-Typen können durch verschiedene Problematiken hervorgerufen werden. Die Häufigsten sind laut dem Sozialministerium Österreich (o.A.) neurologische Erkrankungen (Tumore, Hämatome), Psychiatrische Krankheiten (Demenz durch Depression), Internistische Erkrankungen (Störungen der Schilddrüsen, Suchterkrankungen) und das Delir.

Im Allgemeinen wird die Demenz jedoch als Erkrankung definiert, bei der die Verringerung der Gedächtnisfähigkeit und des Denkvermögens laufend nachgewiesen werden kann. Wird das Gedächtnis beeinträchtigt, so wird von einem Fehlen des Speichervorgangs, der Aufnahme und der Wiedergabe von erlangten Informationen gesprochen. Auch werden Ereignisse und gelernte Materialien gelöscht oder zeitweise vergessen. Das Denkvermögen wird durch die Krankheit Demenz erheblich eingeschränkt, da die Fähigkeit über Ereignisse zu urteilen verloren geht und somit der Ideenfluss stark vermindert wird. Dadurch können neu erlangte Informationen nicht mehr richtig verarbeitet werden. Dies führt zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Alltagsaktivität, da durch die eingeschränkten Gedankengänge der normale Alltag zu einer immensen Herausforderung werden kann (vgl. ebd.).

Im Sinne der neurochemischen Veränderung wird bei der Erkrankung an Demenz der Gehalt der Acetylcholinsynthese (= Transmitter, der die Körpervorgänge reguliert), die mit der Fähigkeit der kognitiven Interaktion zusammenhängt, verringert. Die Demenz kann jedoch auch durch die Veränderung des Zytoskelett (= ein bewegliches Gerüst aus Proteinen) im Gehirn aufgerufen werden. Jenes Phänomen führt zu einem Gehirnschwund und somit zum Krankheitsbild der Demenz (vgl. Sozialministerium o.A.).

Doch nicht nur das Denkvermögen und die Gedächtnisfähigkeit sind von der Krankheit betroffen: Leidtragende leiden vor allem unter dem Verlust kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten. Es wird somit von einem mentalen Verfall gesprochen, der nicht geheilt werden, jedoch durch präventive Maßnahmen weitgehend vermindert werden kann (vgl. ebd.). Das Sozialministerium Österreich (o.A.) hat während der Ausarbeitung einer Demenzstrategie Wirkungsziele beschrieben, welche als Handlungsempfehlungen dienen sollen. Darunter befinden sich zum Beispiel das Ausbauen von Informationen und demenzgerechter Versorgungsangebote, aber auch die Sicherung und Verbesserung von Forschungen im Sinne der Krankheit.

### 2.1.1 Schweregrade der Demenz

Die Demenz-Stadien lassen sich in verschiedene Schweregrade gliedern, welche sich durch unterschiedliche Symptome bemerkbar machen.

- **Leichte Demenz:** Dies ist das erste Stadium des Krankheitsverlaufs. Sie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Betroffenen noch ein selbstständiges Leben führen

können. Dennoch sind Symptome wie Depression, Aggressivität und Stimmungsschwankungen vorhanden.

- **Mittelschwere Demenz:** Das zweite Stadium beinhaltet Symptome wie Unruhe, psychotische Störungen und einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Die Leidtragenden sind nun nicht mehr in der Lage, komplexere Tätigkeiten auszuführen, können jedoch noch ein teilweise selbstständiges Leben führen.
- **Schwere Demenz:** Menschen mit einer schweren Demenz haben große Schwierigkeiten, zu kommunizieren. Hier treten wiederum Symptome auf, die bei der Mittelschweren Demenz ebenso präsent sind. Der\*Die Demenz-Erkrankte ist nun nicht mehr fähig, sein\* ihr Leben eigenständig zu führen und muss ununterbrochen betreut werden.

(vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019)

## 2.2 Soziale Arbeit im Krankenhaus versus klinische Soziale Arbeit

In der Sozialen Arbeit, welche im klinischen Bereich stattfindet, kann zwischen 2 verschiedenen Professionen und damit unterschiedlichen Aufgabenfeldern differenziert werden. Zum einen existiert hierbei die Soziale Arbeit im Krankenhaus, zum anderen die klinische Soziale Arbeit. Beide Begrifflichkeiten werden im folgenden Unterkapitel bestimmt und verglichen.

Als Soziale Arbeit im Krankenhaus wird eine Beratung im Bereich der persönlichen, materiellen und sozialen Problematiken in Bezug auf die Erkrankung beschrieben. Somit wird nicht nur der Krankheitsverlauf, sondern auch andere für die Klient\*Innen wichtige Aspekte bearbeitet. Dazu zählen ebenso psychische wie auch soziale Fragen, die von ärztlichem oder pflegerischem Personal nicht beantwortet werden können. Durch die Mehrdimensionalität der Sozialen Arbeit in Krankenanstalten können somit Problematiken, welche durch medizinische Professionen nicht gelöst werden können, spezifisch von Sozialarbeiter\*Innen übernommen werden (vgl. Mostisch 2011:46.). Ebenso wird die Soziale Arbeit im Krankenhaus als Teildisziplin der klinischen Sozialen Arbeit definiert (vgl. Dieplinger 2008:55).

Im Gegensatz dazu führt die klinische Soziale Arbeit eine therapeutisch-beratende Handlung aus, welche die Heilung oder Besserung von psychosozialen und körperlichen Beeinträchtigungen als Ziel formuliert. Als Handlungsfelder sind für die klinische Soziale Arbeit somit psychosoziale Beratungen, Mediation oder Kriseninterventionen vorgesehen. Auch werden die Lebenswelt mit ihren Ressourcen betrachtet, um den Patient\*Innen nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial Heilung und Besserung garantieren zu können (vgl. ebd.:24-25).

Somit unterscheiden sich beide Thematiken darin, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus eine beratende Funktion im Sinne von materiellen, sozialen und psychischen Themen anbietet, wodurch finanzielle, soziale oder psychische Problematiken, die aufgrund der

Krankheit, oder auch vor der Krankheit bereits bestanden haben, gelöst werden können. Die klinische Soziale Arbeit beschäftigt sich jedoch, wie das medizinische Personal, ebenso mit der Besserung und Heilung der Krankheit. Sie bietet Kriseninterventionen und Mediation an, hat jedoch ebenso eine beratende Funktion. Beide Themenbereiche unterscheiden sich zwar in Einzelheiten, sind jedoch dennoch sehr ähnlich, denn beide haben die Besserung der Situation der Patient\*Innen als Zielsetzung. Dennoch ist zu unterstreichen, dass in einer Krankenanstalt ein multiprofessionelles Team von Vorteil ist, da dadurch eine noch größere Mehrdimensionalität gegeben ist, wodurch Aufgaben bezüglich Patient\*Innen effizienter gelöst werden können.

### 2.3 Soziale Arbeit im Krankenhaus versus Entlassungsmanagement

Dadurch, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus mit dem Entlassungsmanagement gleichgestellt wird, herrscht ein ständiger leiser Konflikt. Darum gilt es, beide Berufsgruppen genau zu definieren, um anschließend im Kapitel **5.3.1 Das Entlassungsmanagement** jene Problematik besser auffassen zu können.

Das Entlassungsmanagement im engeren Sinne ist nicht nur eine Berufsgruppe, sondern ein spezieller Aufgabenbereich, der von einer eigenen Berufsgruppe übernommen wird. Jener Aufgabenbereich beinhaltet die Planung der Entlassung und Verlegung von Patient\*Innen, aber auch der Versorgung nach dem Krankenhaus-Aufenthalt. Jene Tätigkeit wird in Krankenhäusern meist von Diplomierten Kranken- und Gesundheitspfleger\*Innen ausgeübt, welche anhand von Beratungsgesprächen den Bedarf der Patient\*Innen feststellen und sich anschließend mit weiteren Institutionen, wie Essen auf Rädern, der Heimhilfe usw. in Verbindung setzt (vgl. Staudinger 2012:1-2).

Im Gegensatz dazu kümmert sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus zwar ebenso um beratende Tätigkeiten mit Patient\*Innen und Angehörigen, ihre Bereiche beinhalten jedoch auch die Krisenintervention, die Erhebung von sozialen Bedürfnissen und weitere Koordination nach der Entlassung. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus dient jedoch vor allem als Schnittstelle und arbeitet in multiprofessionellen Teams präzise an den Bedürfnissen der Klient\*Innen (vgl. Dieplinger 2008:55-56).

Im direkten Vergleich der beiden Berufe ist nur schwer ein Unterschied zu finden, da beide oftmals sogar mit den gleichen Instrumenten hantieren. Wird jedoch genauer auf die Aufgabenbereiche geblickt, so fokussiert die Soziale Arbeit im Krankenhaus nicht nur auf die Klient\*Innen alleine, sondern viel mehr auf die Lebenswelt und damit verbundenen sozialen Ressourcen. Das Entlassungsmanagement kümmert sich ausschließlich um die Bedürfnisse der Patient\*Innen im gesundheitlichen und pflegerischen Sinne (vgl. ebd.:59).



## 2.4 Patient\*In versus Klient\*In

Die Begriffe der Patient\*Innen und Klient\*Innen werden ebenso in verschiedenen Kontexten verwendet. Dabei wird zwischen den Begriffen jedoch klar differenziert. Jene Unterschiede werden in der folgenden Begriffsbestimmung erläutert.

Als Patient\*Innen werden jene Menschen bezeichnet, die aufgrund einer Erkrankung oder Ereignissen, die ihren physischen oder psychischen Zustand einschränken, medizinisch behandelt werden müssen. Die Bedeutung von „Patient\*In“ kann aus dem lateinischen Wort „patiens“ hergeleitet werden, welches „ertragen“ oder „erdulden“ bedeutet. Somit wird als Patient\*In jemand bezeichnet, der\*die an etwas leidet und die darauffolgende Behandlung von medizinischen Expert\*Innen erdulden muss (vgl. Wipfler 2010:9).

Im Gegenzug dazu wird der Begriff der Klient\*Innen als Konsument\*In, Kund\*In oder einer Person, welche unter dem Schutz einer anderen Person steht, definiert. Klient\*Innen werden jedoch des Öfteren als hilflose Personen etikettiert, wodurch ihnen eine negative Eigenschaft zugeschrieben wird. Dennoch ist ein\*e Klient\*In eine Person, welcher Hilfebedarf zugeschrieben wird. Somit müssen Interventionen gefertigt werden, um den Bedürfnissen der Klient\*Innen nachzukommen (vgl. Michel-Schwartz 2009:128-129).

Die wesentlichen Unterschiede beider Begriffe stellt hierbei die Beziehung zu den Professionist\*Innen dar. Der\*die Patient\*In steht in einer eher hierarchischen Beziehung zu den Ärzt\*Innen oder den Krankenpfleger\*Innen, wobei der\*die Klient\*In versucht, seinem\*seiner Sozialarbeiter\*In auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Obwohl viele Sozialarbeiter\*Innen jedoch unbewusst eine gewisse Macht ausüben, und Klient\*Innen somit hierarchisch gesehen ebenso in eine untere Kategorie einordnen, so muss der\*die Sozialarbeiter\*In diese Einstellung überwinden, damit eine gute Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann.

Ebenso können Patient\*Innen meist nicht aktiv an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitwirken, da dies die Professionist\*Innen übernehmen müssen. Da es bei der Sozialen Arbeit jedoch um „Hilfe zur Selbsthilfe“ geht, muss das Klientel aktiv an der Verbesserung der persönlichen Situation mitarbeiten

## 3 Erkenntnisinteresse

Zur vorliegenden Bachelorarbeit II existierten im Vorhinein bereits gewisse Vorannahmen, welche durch die geführten Interviews teilweise bestätigt wurden. Jene Vorannahmen, wie auch die Relevanz der Forschung werden im folgenden Kapitel kurz erläutert.

### 3.1 Forschungsrelevanz

Durch die momentan mangelnde Präsenz der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung ist es ein wichtiger Schritt, die Relevanz jener Profession zu erkennen und verschiedene Professionist\*Innen durch das Führen von Expert\*Inneninterviews nach Meuser und Nagel (1991) anzuregen, ihre Sichtweisen über jene Thematik möglicherweise auszuweiten. Es ist jedoch auch von großer Wichtigkeit, dass das Wissen über die Stärken der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung verbreitet wird, um in Zukunft das Arbeiten in multiprofessionellen Teams ermöglichen zu können. Als präzisere Themenbereich wurde die Soziale Arbeit im Krankenhaus ausgewählt, da Sozialarbeiter\*Innen in jenem Kontext direkt mit Patient\*Innen arbeitet, und so erforscht werden möchte, inwieweit die Soziale Arbeit hier mit Demenz-Patient\*Innen interagiert.

Ein weiterer Forschungsaspekt ist, aus welchen Gründen die Soziale Arbeit in der Demenzberatung dienlich wäre und welche weiteren Professionen für Demenzpatient\*Innen in der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit essenziell sind. Durch jene Erkenntnisse können zukünftige Sozialarbeiter\*Innen in Krankenanstalten auf die Zusammenarbeit mit Demenz-Patient\*Innen und multiprofessionellen Teams vorbereitet werden.

### 3.2 Vorannahmen

Es ist eine starke persönliche Vermutung, dass viele Klient\*Innen, aber auch vor allem Patient\*Innen in Krankenhäusern kein Wissen über die Tätigkeit der Sozialen Arbeit verfügen. So kommen sehr wahrscheinlich eher negative Aspekte beim Gedanken an die Soziale Arbeit auf, da sie oft mit Straffälligkeit oder geflüchteten Menschen in Verbindung gebracht wird. Ebenso scheint die Soziale Arbeit in der Demenzberatung kaum präsent zu sein, weshalb im Bereich von Krankenhäusern ein neuer Blickwinkel erschlossen werden möchte um zu erfahren, wie die Thematik in jenem Kontext behandelt wird.

Ebenso wird die Soziale Arbeit im Krankenhaus zu sehr mit dem Entlassungsmanagement und etwaigen pflegerischen Berufen in Verbindung gebracht, wodurch die Wichtigkeit der Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit an ihren Stellenwert verliert. Dies führt sehr wahrscheinlich ebenso dazu, dass Professionist\*Innen der Sozialen Arbeit selbst die Wichtigkeit ihres Berufsbildes vergessen und sich unter ihrem Wert verkaufen.

Es wurde die Thematik „**Soziale Arbeit als Demenzberatung in Krankenhäusern**“ demnach ausgewählt, um den Stellenwert der Sozialen Arbeit im Krankenhaus untersuchen zu können, und so die Wichtigkeit jener Profession für die Demenzberatung erarbeiten zu können.

Jene Vorannahmen bringen einen Drang der Erforschung der Thematik mit sich, um die einzelnen Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Krankenhaus erkennen zu können. Somit kann die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im Krankenhaus vor allem im Bezug mit Demenz-Patient\*Innen erschlossen werden.

## 4 Forschungsprozess

Das folgende Kapitel beinhaltet einige theoretische Bezüge zur vorliegenden Forschungsarbeit. Darunter befinden sich die Forschungsfrage und ihre Unterfragen, jedoch auch die Beschreibung der Methoden, welche für die Erarbeitung der Interviews und die anschließende Auswertung gewählt und angewandt wurden.

### 4.1 Forschungsfragen

Das folgende Kapitel beinhaltet die Forschungsfrage, die eigens für die Bachelorarbeit II kreiert wurde. Diese wird noch dazu mit Unterfragen untermauert, die das präzisere Beantworten der leitenden Forschungsfrage ermöglichen sollen.

#### 4.1.1 Hauptforschungsfrage

Die Hauptforschungsfrage, welche für die vorliegende Bachelorarbeit II erarbeitet wurde, lautet:

- Welche Aufgaben übernimmt die Soziale Arbeit im Krankenhaus in der Demenzberatung?

Mit jener Frage soll genauer betrachtet werden, welche Rolle die Soziale Arbeit im Krankenhaus in der Demenzberatung spielt. Somit können dementsprechend Voraussetzungen, um die Soziale Arbeit im Bereich der Demenzberatung stärker einsetzen zu können, herausgefiltert werden.

#### 4.1.2 Unterfragen

Zu der genannten Hauptforschungsfrage wurden ebenso Unterfragen bearbeitet, durch welche sich die Forschungsfrage tiefergehend beantworten lässt.

- Welche Fokusse gibt es bei den unterschiedlichen Professionen innerhalb der Demenzberatung?

Mit der vorliegenden Unterfrage wird versucht, die verschiedenen Fokusse der unterschiedlichen Professionen, welche mit der Sozialen Arbeit im Krankenhaus Demenz-Patient\*Innen betreuen, zu ergründen.

- Wie werden Aufgaben innerhalb der Professionen unterschieden?

Wurden jene Fokusse erforscht, so kann tiefer in die Materie eingegriffen werden um die genaue Aufgabenverteilung, und somit die Unterschiede der einzelnen Aufgaben und deren Professionen bearbeitet werden.

- Wie arbeiten Sozialarbeiter\*Innen in Krankenhäusern methodisch innerhalb der Demenzberatung?

Die letzte Unterfrage greift in die methodische Vorgehensweise von Sozialarbeiter\*Innen im klinischen Bereich in einer Demenzberatung ein. Der Fokus wird hier darauf gelegt, welche Erfahrungen mit Demenz-Patient\*Innen gemacht wurden, und wie diese sich auf Beratungsgespräche auswirken.

## 4.2 Methodenwahl

Um die vorgestellte Forschungsfrage und ihre Unterfragen möglichst präzise beantworten zu können, wurden bestimmte Methoden zur Führung der Interviews und deren Auswertung ausgewählt. Jene Vorgehensweisen werden in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt und ihr Nutzen erläutert.

### 4.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung des Interviewmaterials der vorliegenden Bachelorarbeit II wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1991) verwendet. Mithilfe jener Methodik konnten die Transkripte rasch und präzise ausgewertet werden, da größere Textstellen auf das Essenziellste paraphrasiert werden. Im Anschluss können jene Paraphrasen erneut reduziert werden, um abschließend aus der gewählten Passage Kategorien zu bilden. Jene Kategorien erwiesen sich als äußerst nützlich für die Bachelorarbeit II, da die einzelnen Thematiken für die Ergebnisdarstellung rasch gefunden werden konnten.

### 4.2.2 Expert\*Inneninterview nach Meuser und Nagel

Als Interview-Methode wurde das Expert\*Inneninterview nach Meuser und Nagel (1991) gewählt.

Da laut Meuser und Nagel (1991:443) als Expert\*In eine Person gilt, welche fester Bestandteil eines Handlungsfeldes ist und für das Forschungsinteresse wesentlich ist, wurden für die vorliegende Bachelorarbeit II Expert\*Innen im Bereich der Sozialen Arbeit im Krankenhaus gewählt. Es ist jedoch bei der Auswahl der passenden Expert\*Innen wichtig, dass die Thematik der Demenz ebenso erforscht werden kann. Somit können Angehörige und Klient\*Innen ebenso als Expert\*Innen angesehen werden. Jene Persönlichkeiten sind jedoch für die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit II relevant, weswegen ausschließlich Professionist\*Innen befragt wurden.

Um eine praktische Umsetzung eines Interviewleitfadens im Stil des Expert\*Inneninterviews nach Meuser und Nagel (1991) zu veranschaulichen, wurde der Interviewleitfaden für die vorliegende Bachelorarbeit II im Anhang angehängt.

### 4.3 Interviewpartner\*Innen

Im Rahmen der Durchführung der Projektwerkstatt „Soziale Arbeit und Demenz“ wurden insgesamt von allen Beteiligten Studentinnen 30 Interviews geführt, wovon insgesamt fünf für die vorliegende Bachelorarbeit II verwendet wurden. Jedes der fünf Interviews wurde eigens geführt, bzw. teilweise von den Interviewten schriftlich beantwortet, transkribiert und ausgewertet. Für die Interviews, welche im Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya geführt wurden, musste eine Einverständniserklärung des ärztlichen Direktors eingeholt und anschließend eine Vereinbarung mit dem Landeskrankenhaus unterschrieben werden.

Es wurden alle anderen Interviewpartnerinnen aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert.

- Interview 1, abgekürzt als TI 16, geführt am 04. Dezember 2018 mit einer Sozialarbeiterin die in einem neurologischen Rehabilitationszentrum tätig ist.
- Interview 2, abgekürzt als TI 17, geführt am 08. Februar 2019 mit einer, diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche als Liaison-Dienst und Demenzberaterin im Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya tätig ist.
- Interview 3, abgekürzt als TI 15, geführt am 13. Februar 2019 mit einer Sozialarbeiterin, die in einem Landeskrankenhaus in Niederösterreich tätig ist.
- Interview 4, abgekürzt als TI 20, wurde aufgrund von Zeitmangel schriftlich beantwortet von einer Sozialarbeiterin des Landeskrankenhauses Waidhofen an der Thaya, die mit der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin eng zusammenarbeitet.
- Interview 5, abgekürzt als TI 24, wurde ebenso aufgrund von Zeitmangel von einer Sozialarbeiterin einer Akutpsychiatrie schriftlich beantwortet.

Es wurden zwar vorwiegend Sozialarbeiterinnen befragt, jedoch auch eine diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin. Somit konnte ein weiterer Blickwinkel auf die Forschung gelegt werden, da primär durch das Interview mit der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin ersichtlich wurde, wie essenziell die Soziale Arbeit in Krankenhäuser ist.

## 5 Ergebnisdarstellung

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die detaillierte Darstellung der Ergebnisse des erforschten Bereiches, welche durch die Auswertung der Interviews erarbeitet wurden. Während der Ergebnisdarstellung wird ebenso wichtige Literatur mit eingebunden, da die gewonnenen Erkenntnisse in etwaigen Büchern bereits aufgegriffen wurden. Das Kapitel wird abschließend durch einen Forschungsausblick und ein Conclusio beendet. Es wird darauf verwiesen, dass die Interviewpartnerinnen ausschließlich weiblich waren, und aufgrund dessen nur die weibliche Form verwendet wird.

### 5.1 Die Soziale Arbeit im Demenzbereich

Bei der Befragung der Interviewpartnerinnen wurde als wichtiger Aspekt die Laufbahnentwicklung erforscht, um ein tieferes Verständnis der unterschiedlichen Aufgabenbereiche zu erlangen. Hierbei wurden verschiedene Eintritte in den Bereich der Demenzberatung festgestellt, meistens betraten die Interviewpartnerinnen den Sozialbereich jedoch erst in ihrer späteren Laufbahn.

#### 5.1.1 Der Weg in die Soziale Arbeit im Krankenhaus

Die Sozialarbeiterin eines Landeskrankenhauses erklärte in ihrem Interview, dass sie ursprünglich einen anderen Beruf ausübte, sich jedoch in ihrem 30. Lebensjahr dazu entschieden habe, Sozialarbeiterin zu werden. Nach dem Abschluss ihres Studiums trat die Sozialarbeiterin in das Landeskrankenhaus ein, wo sie die Soziale Arbeit im Krankenhaus aufbaute. Im Laufe jenes Tätigkeitsbereiches integrierte die Sozialarbeiterin das Entlassungsmanagement, mit welchem sie Hand in Hand arbeite. Zwar übernimmt die Expertin sozialarbeiterische Aufgaben, ist aber auch im Palliativbereich tief miteingebunden, wie auch im Opfer- und Kinderschutz (vgl. T115 2019:Z1-15).

Eine ähnliche Laufbahnentwicklung wies die Interviewpartnerin auf, welche in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum als Sozialarbeiterin beschäftigt ist. Jene Expertin wies eine bis jetzt sehr kurze Laufbahn als Sozialarbeiterin auf und fungiert nun als einzige Vertreterin ihrer Profession in jenem Rehabilitationszentrum (vgl. T116 2018:Z1-12).

Um einen besseren Einblick in den Demenzbereich in Krankenanstalten erlangen zu können, wurde eine diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin interviewt, welche im Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya seit 2017 als psychiatrisch-pflegerischer Liaison-Dienst tätig ist. Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin startete ihre berufliche Laufbahn ebenso, wie die anderen Expertinnen, in einem anderen Bereich und stieß mit 36 Jahren in den Sozialbereich (vgl. T117 2019:Z1-19). Wie auch bei der Expertin, die in einem Landeskrankenhaus tätig ist, baute die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin ihren Arbeitsbereich selbst auf.

*[...] und do hots daun diese Möglichkeit gebn, dass dieser Liaisondienst, diese psychiatrisch pflegerischer Liaisondienst ins Leben gerufen wurde, und do hot ma mi gfrogt ob i den mochn mechad. Und i hob ma denkt i probias. Es gibt ka Konzept, ka goanix, oiso i bin bei 0, des woa ned afoch de erste Zeit, muass i scho sogn. Uuuuund mittlerweile, oiso I mochs jetz seit November 2017 (T117 2019:Z10-14).*

Obwohl es keinen Leitfaden für den Aufbau jenes Liaison-Dienstes gegeben hat, konnte die Expertin aus ihren praktischen Erfahrungen eine umfangreiche Demenzberatung aber auch – Begleitung aufbauen, welche in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert wird.

Eine weitere Expertin ist eine Sozialarbeiterin, welche ebenso im Landesklinikum Waidhofen an der Thaya tätig ist und eng mit dem Liaison-Dienst zusammenarbeitet. Jene Expertin fungiert seit 2009 als Sozialarbeiterin im Landesklinikum und spezialisierte sich zudem 2011 im Palliativbereich. Die Expertin ist zeitweise als Dozentin an der Fachhochschule St. Pölten tätig und offizielle Vertreterin der Niederösterreichischen Landes- und Universitätsklinikums-Sozialarbeiter\*Innen (vgl. T123 2019:T1-16).

Auffällig wird bei der Betrachtung der einzelnen Tätigkeitsbereiche, dass keine der Expertinnen eine MAS Demenztrainer\*Innen Ausbildung besitzt (vgl. alzheimerakademie o.A.). Dennoch fungieren die Sozialarbeiterinnen teilweise als einzige Ansprechpartnerinnen, auch in größeren Kliniken. Hinter jenem Aspekt könnte ein finanzieller Grund, aber auch ein möglicher Zeitmangel liegen, da jene Sozialarbeiterinnen unentbehrlich sind. Die beratende Arbeit mit Demenz-Erkrankten stützt sich demnach auf den praktischen Erfahrungen der Expertinnen.

### 5.1.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus in der Demenzberatung

Die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Krankenhaus in Bezug auf die Demenz erweisen sich als sehr facettenreich. Als ersten Schritt übernimmt die Profession jedoch die Erstgespräche. Hierbei ist es vor allem wichtig, dass der Schweregrad der Demenz eingeschätzt wird, wie auch ob überhaupt eine Demenz vorliegt oder ob es sich um eine andere Krankheit handeln könnte. Daraufhin verweist die Soziale Arbeit die Klient\*Innen auf die psychologische Station, wo eine genaue Testung stattfindet und die zuständigen Psycholog\*Innen eine endgültige Diagnose stellen (vgl. T115 2019:Z19-33/148-153).

Des Weiteren wird durch die Soziale Arbeit im Krankenhaus die soziale Anamnese erarbeitet. Hierbei wird die soziale und psychosoziale Situation erfragt und eine genaue Aufzeichnung der biographischen Fakten der Klient\*Innen aufgezeichnet. So können finanzielle Lagen gleich zu Beginn des Eintritts in das Krankenhaus erfasst werden, wie auch die sozialen Ressourcen der Klient\*Innen bzw. Patient\*Innen (vgl. Postl 2012:15). Essenziell ist hierbei die Biografie-Arbeit, da Demenz-erkrankte Menschen oft geistig nicht mehr in der Gegenwart leben: „Wenn die Sprache schwindet, kommunizieren sehr alte, desorientierte Menschen durch Bewegungen, die sie in der frühen Kindheit erlebt haben und die nun die Sprache ersetzt.“ (Feil 2017:40) In der Arbeit mit Demenz-Erkrankten ist auch die Validation ein wichtiger

Aspekt. Dies bedeutet, Gefühle zu respektieren und zu verdeutlichen, dass Gefühle wichtig und wahr sind. Somit ist die Validation eine Kombination aus unterschiedlichen Strategien, um alte Menschen, jedoch auch Demenz-Erkrankte zu verstehen und ihnen dabei zu verhelfen, sich wichtig und verstanden zu fühlen (vgl. ebd.:15).

Die Gesundheits- und Krankenpflegerin bezeichnet ein bei Demenz-Patient\*Innen immer wieder aufkehrendes Phänomen als „In die Kindheit zurückgehen“ (vgl. TI17 2019:Z142-170). Hierbei spricht sie davon, dass viele Demenz-Patient\*Innen versuchen, von den Krankenhäusern, aber auch aus den momentanen Wohnorten in ihre Geburtshäuser zurück zu laufen. Jene Thematik erweist sich als schwierige Situation, da sie vor allem für Angehörige auslagend sein kann (vgl. ebd.). Somit ist die Soziale Anamnese ein guter erster Schritt, um die Gewohnheiten der Klient\*Innen herauszufinden, wodurch die früheren Berufe und weitere wichtige Aspekte erkannt werden.

Als essenziell scheint jedoch die Beschäftigung der Patient\*Innen zu gelten:

*Zum Beispiel wäre es amal wichtig, kommt es aufs Stadium der Demenz an. Aber ich denk mir immer, wenn die Möglichkeit bestünde herauszufinden, was für diesen Menschen in einem Stadium der mittelschweren Demenz, was denn Mal wichtig war und beschäftigt hat. Dann wäre vielleicht gut wenn man das herausfindet und ihn beschäftigen lässt, zum Beispiel, ich weiß nicht, wir haben mal eine Dame da gehabt, die war wahnsinnig aufgebracht und der haben sie dann, da haben sie erfahren dass sie früher Wäscherin war, und der ham sie dann aaah Tücher hingelegt zum zusammenlegen, und dann war sie total beruhigt. (TI15 2019:Z246-253)*

Zwar übernehmen die Pflege, mobile Dienste und meistens die Angehörigen die tägliche Betreuung der Patient\*Innen, und werden somit mit den Verhaltensweisen direkt konfrontiert, die Soziale Arbeit kann für einen einfacheren Umgang jedoch einen wichtigen Teil übernehmen. Durch die Erfassung der Ressourcen und früheren Berufe ist es einfacher, die Patient\*Innen zu verstehen und mit ihnen arbeiten zu können. Die Sozialarbeiterin eines Landesklinikums spricht in jenem Zusammenhang sehr präzise davon, dass die Soziale Arbeit direkt nichts für die Patient\*Innen tun kann. Dennoch arbeitet die Soziale Arbeit nach dem Erstgespräch indirekt mit den Klient\*Innen bzw. Patient\*Innen zusammen. So werden vor allem die Angehörigen unterstützt und entlastet, das Pflegegeld beantragt, wie auch bei Bedarf eine Erwachsenenschutzvertretung bestellt (vgl. TI15 2019:Z157-159/164-165). Des Weiteren werden Thematiken wie mögliche Verwahrlosung geprüft und angesprochen, regelmäßig ressourcenorientierte Beratungsgespräche, wie auch Entlastungsgespräche geführt und vor allem die Angehörigen über die Krankheit genau informiert (vgl. TI20 2019:Z27-29).

Am Ende eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus wird die Entlassung geplant. Hierbei hat die Soziale Arbeit gemeinsam mit dem Entlassungsmanagement zur Aufgabe, den erfolgreichen Austritt der Patient\*Innen zu organisieren. Dadurch sollen weitere Hilfeleistungen auch außerhalb des Krankenhauses geplant und ermöglicht werden. Die Soziale Arbeit übernimmt hierbei „Die Moderation von Gesprächen zwischen allen Beteiligten, auch der anderen involvierten Berufsgruppen, die Abwägung der geeigneten Hilfsangebote im Anschluss und die Vernetzung mit anderen Institutionen [...]“ (vgl. Bienz / Reinmann 2004:22). Die Expertin eines Landesklinikums spricht hierbei jedoch von einer meist schwierigen



Aufgabe, da bei einer fehlenden Einsicht über den Pflegebedarf keine Entlassung geplant werden kann (vgl. TI15 2019:Z178-180).

*Also wenn er kommt „i brauch nix weil i kann ois und waun i daham bin“ man kann darauf hinlenken, wie schaut das jetzt hier aus, was haben Sie da für ein Gefühl, können Sie aufs WC gehen? Wenn jetzt, es muss ja nicht gleich immer dement sein, aber wenn dann kommt „das kann ich hier alles nicht aber daheim geht das dann alles“ also wenn man nicht hinführen kann „schauen Sie das war vorher, und jetzt geht es Ihnen schlechter“ ja? Dann ist da mein Ende, dann kann ich nicht planen und dann plane ich aber mit den Angehörigen weiter, wenn es welche gibt. Wenn es keine gibt, dann muss ich eine Erwachsenenvertretung gerichtlich anordnen (TI15 2019:Z180-187).*

Somit muss der\*die Patient\*In dazu angeregt werden, seine\*ihre Ansicht über die eigene Pflegebedürftigkeit zu ändern. Ist dies nicht möglich, so muss bei Bedarf eine Erwachsenenvertretung angeordnet werden. Zwar kann jene Aufgabe von Angehörigen übernommen werden, jedoch haben viele Klient\*Innen keine Familie mehr, wodurch eine fremde Person die Vertretung übernehmen muss. Dies ist eine der Schattenseiten einer Erwachsenenvertretung, da es bei der Demenz meist unklar ist, inwieweit der\*die Betroffene eigene Entscheidungen noch treffen kann. Somit besteht die Gefahr, dass dem\*der Betroffenen die Entscheidung abgenommen werden muss, was zum einen positiv, jedoch auch negativ sein kann. Zwar ist dies ein harter und schwieriger Schritt, jedoch ist es oft der einzige Weg, für einen Menschen eine wichtige Entscheidung treffen zu können. Dennoch wird hierbei die Entmündigung der Klient\*Innen zur Realität, wodurch sich der geistige Zustand hypothetisch noch mehr verschlechtert, da die geistigen Fähigkeiten nun nicht mehr bei wichtigen Entscheidungen für sich selbst benutzt werden können bzw. müssen. Um einen klareren Eindruck über die Thematik des Erwachsenenschutzgesetzes zu bekommen, wird jenes Gesetz im folgenden Kapitel **5.2 Schwierigkeiten im Bereich der Demenz** genauer erläutert.

## 5.2 Schwierigkeiten im Bereich der Demenz

Im Krankenhaus-Kontext erweist sich die Demenz in vielen verschiedenen Arten und Weisen als schwierige Thematik. Hierbei sind Sozialarbeiter\*Innen besonders gefordert, da sie für die Klient\*Innen wichtige Entscheidungen treffen müssen. Jene Kernfragen werden in den folgenden Unterkapiteln aufgegliedert und erläutert.

### 5.2.1 Das Erwachsenenschutzgesetz

Durch das neue Erwachsenenschutzgesetz, welches am 1. Juli 2018 in Kraft getreten ist, wurde die klassische Sachwalterschaft abgelöst. Aufgrund des Auftretens von vielen Missständen innerhalb von Sachwalterschaften wurde das Gesetz neu überarbeitet und Zugunsten der Klient\*Innen und Patient\*Innen angepasst. Nun sollen die Interessen der Betroffenen besser vertreten und der Wert vom Rechtlichen mehr auf das Persönliche gelegt werden können. Somit wird beim neuen Erwachsenenschutzgesetz der Fokus auf Autonomie

und Entscheidungsfreiheit gelegt, um jegliche Lösung als bestmögliche gestalten zu können (vgl. Bundesministerium für Justiz o.A.:1-2).

Während der Interviews mit den unterschiedlichen Expertinnen wurden die positiven wie auch negativen Seiten der Gesetzgebung oftmals angesprochen. Vorerst übernimmt die Soziale Arbeit im Krankenhaus hierbei die Aufklärung, was das Erwachsenenschutzgesetz ist und wie dieses sich auf die Betroffenen und Angehörigen auswirkt. Jene Information ist essenziell, um vor allem die Sorgen und Ängste der Klient\*Innen vorab zumindest teilweise beseitigen zu können. Jene Vertretung kann meist von Angehörigen übernommen werden. Bei einzelnen Fällen ist dies jedoch nicht möglich, woraufhin eine gerichtliche Erwachsenenvertretung angeregt werden muss. Eine Erwachsenenvertretung ist jedoch primär auch notwendig, wenn eine unmittelbare Gefährdung vorhanden ist, da der\*die Klient\*In nicht mehr ohne Unterstützung leben und handeln kann (vgl. TI15 2019:Z164-168/185-190).

Theoretisch gesehen soll es sich demnach um ein Gesetz zur Förderung der eigenen Entscheidungsfähigkeit, auch bei schweren Krankheiten, handeln. Dies scheint in der Praxis jedoch nur bedingt auch so umgesetzt zu werden:

*[...] wenn bei uns eine Demenz festgestellt wird, [...], bei einer leichten Demenz ist es durchaus auch möglich dass man mit den dementen Menschen, ja, Dinge aushandelt und vereinbart, ja? [...] aber wenn sie zum Beispiel sagen „Ich schaff das zuhause nicht mehr, ich möchte in ein Pflegeheim“, dann haben sie abhängig von den BHs bei uns hier, ja, zum Teil nicht mehr die Möglichkeit diesen Antrag selber zu unterschreiben, weil die BH dazu eine Erwachsenenvertretung verlangt, ja? [...] Eigentlich steht das im Erwachsenenschutzgesetz eigentlich auch so drin, dass der Betroffene die Möglichkeit haben soll in seinem Rahmen so viel als möglich zu entscheiden, und wenn der Betroffene entscheidet er will in ein Pflegeheim, ja, und das auch die richtige Entscheidung ist in seiner Lebenslage, und wenn das auch freiwillig entschieden wird, und ned weil er es nicht mehr versteht, ja? Dann find ich, dann müsste das ja, dann müsste diese Unterschrift rechtens sein. Trotzdem ist es eine Auslegungssache von der BH, die sich dann andere Gesetze heran zieht, vielleicht auch um zu vermeiden, dass dann jemand gezwungen wird ins Pflegeheim zu gehen, das ist mir nicht ganz klar, und dadurch kann es dann dazu kommen, zu einer ganz argen Situation, dass eine Erwachsenenvertretung angeregt werden muss [...]* (TI15 2019:Z118-136).

Jene Aussage einer Expertin eines Landeskrankenhauses zeigt von der negativen Seite des Erwachsenenschutzgesetzes, primär in Bezug auf die Demenz. Durch die nicht einfache Einordnung eines Demenz-Schweregrades kann die Einschätzung über die Entscheidungsfähigkeit schwierig sein, wodurch den Betroffenen möglicherweise jene Freiheit durch eine Erwachsenenvertretung entnommen wird. Vor allem das oben zitierte Beispiel zeugt von einer tragischen Situation, da der\*die Klient\*In im Grunde noch genügend Fähigkeiten zur Selbstbestimmung besitzt, sogar den eigenen Pflegebedarf erkennt und handeln möchte. Dennoch mischt sich hier bereits die zuständige Bezirkshauptmannschaft ein und kann im schlimmsten Fall trotzdem eine Vertretung anordnen.

Obwohl das Erwachsenenschutzgesetz nach Außen eine gute Alternative zur Sachwalterschaft darstellt, treten in der Praxis Problematiken auf, die durch jene Gesetzesänderung bekämpft werden hätten sollen. Trotzdem ist es schwer einzuschätzen, aus welchen Gründen bei jenen Fällen auf diese Art und Weise gehandelt wird. Hypothetisch

gesehen ist ein großer persönlicher Unterschied zwischen der Einschätzung von Ärzt\*Innen, und Sozialarbeiter\*Innen vorhanden. Dass sich dies negativ auf die Klient\*Innen auswirken kann, ist mit Sicherheit jedoch nicht beabsichtigt. Eine weitere Hypothese könnte hierbei sein, dass die Behörden sich bei der Thematik der Demenz bewusst sind, dass die Betroffenen in unbekanntem Umfeldern eine noch größere Verwirrtheit erleben, und aufgrund dessen möglichst rasch eine Erwachsenenvertretung angefordert wird, um einem zu starken geistigen Verfall entgegen zu wirken. Jene Thematik wird jedoch in einem der folgenden Unterkapitel genauer betrachtet.

Die Sozialarbeiterin aus dem Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya kann zu jener Thematik ebenso keine positive Bilanz ziehen. Laut ihren Erfahrungen aus der hauseigenen Praxis stellen sich einige Ärzt\*Innen gegen die Unterzeichnung von den für die Erwachsenenvertretung essenziellen Attesten (vgl. TI20 2019:Z44-46). Jene Zeugnisse sind notwendig, um die erfüllten Voraussetzungen für eine Vertretung bzw. eine Vorsorgevollmacht schriftlich vorlegen zu können. Hierbei handelt es sich primär um psychische Krankheiten, aber auch ähnliche Beeinträchtigungen, die zu einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit führen (vgl. Ärztekammer für Niederösterreich o.A.).

Aufgrund der Verweigerung von hauseigenen Ärzt\*Innen bleibt dem Personal keine andere Möglichkeit, als einen\*eine Fachärzt\*In um ein ärztliches Zeugnis zu bitten, da auch Hausärzt\*Innen sich gegen jenes Gutachten aussprechen. Da es vor allem in ländlichen Gebieten jedoch an Fachärzt\*Innen mangelt, müssen die Betroffenen während jener Wartezeit im Krankenhaus verweilen. Die Sozialarbeiterin spricht ebenso von einer egoistischen Entwicklung der Angehörigen, da bei jeglicher Unselbstständigkeit ein Platz in einem Pflegeheim angeordnet werden soll. Jene Thematik führt zu einer weiteren Problematik: dem Pflegegeld (vgl. TI20 2019:Z44-52).

### 5.2.2 Das Pflegegeld

Generell stellt sich die Beantragung des Pflegegeldes bei von Demenz Betroffenen als komplexe Aufgabenstellung heraus, da hierbei wiederum der Schweregrad der Demenz ausschlaggebend ist.

Bei einer mittelschweren Demenz kann somit die Situation auftreten, dass eine Pflege zuhause aufgrund von zum Beispiel Verwirrtheit und möglicher Aggressivität nicht mehr möglich ist, jene Einstufung jedoch nicht für genügend Pflegegeld reicht, um einen Heimplatz bezahlen zu können (vgl. TI15 2019:Z53-58). Des Weiteren erklärt die Expertin, dass die Pflegegeld-Einstufung bei der Demenz auch dahin gehend schwierig ist, da viele Betroffene noch ausreichend mobil sind, aber ohne Anleitung keine Aufgaben mehr ausüben können (vgl. ebd.:Z277-280).

*Das ist dann oft schwierig bei einer entsprechenden, wenn man eine entsprechende Pflegestufe braucht dass man sagt: „eigentlich muss immer wer da sein und sie anleiten“ also wenn 3x am Tag jetzt wer vorbei kommt, ist das fast zu wenig, das und also ich hatte eine Dame die ist die ganze Zeit am Tisch gesessen, da haben die mobilen Dienste Alarm geschlagen, weil wir sagen ganz ehrlich, in der Früh steht sie auf, frühstückt, dann setzen wir sie zum Tisch und wenn wir zu Mittag*

*kommen sitzt sie noch immer dort. Also das ist oft sehr schwer, dass man daran eine entsprechende Einstufung bekommt, aaahm, weil i auf da anderen Seite manchmal, wenn diese Menschen die halt dann sehr einsam und alleine zuhause sind, zwar gewohnte Umgebung aber trotzdem einsam und alleine, dann vielleicht doch noch profitieren könnten, vielleicht in eine Pflegeeinrichtung kommen können, überhaupt wenn sie noch mobil sind (TI15 2019:Z282-292).*

Es ist überraschend, dass primär in Bezug auf das Pflegegeld Schwierigkeiten auftreten, welche vor allem die weitere Betreuung der Klient\*Innen komplexer macht. Jene Problematik kann schnell zu einer Verwahrlosung von Demenz-kranken Menschen führen, vor allem wenn sie alleine wohnen. Dies kann ebenso zu einer sehr späten Diagnose der Krankheit leiten, da meist erst gehandelt wird, wenn ein Anlassfall geschieht (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung 2014:1). Zwar gibt es laut dem Sozialministerium (o.A.) für den Pflegeaufwand einer Demenz-kranken Person Zusatzstunden im Ausmaß von 25 Stunden pro Monat, dennoch scheitert die Pflege von den Betroffenen in der Endsumme an der Einstufung. Somit treten Fälle auf, wo Demenz-Patient\*Innen stundenlang alleine zuhause verweilen und ihren alltäglichen Bedürfnissen nur nachkommen können, wenn Angehörige oder Pfleger\*Innen Vorort anwesend sind und die Betroffenen anleiten. Demenz zeigt sich somit als eine sehr problematische Erkrankung, die nicht aufgehalten werden kann und wodurch Leidtragende mit der ständigen Angst vor Verwahrlosung leben müssen.

### 5.2.3 Weitere Schwierigkeiten

Doch nicht nur die Einstufung des Pflegegeldes erachtet sich als Schwierigkeit für die weitere Betreuung, denn die Verhaltensweisen der Klient\*Innen und Angehörigen trägt ebenso zu einer komplizierteren Aufgabenbewältigung bei.

Die Sozialarbeiterin des Landesklinikums Waidhofen an der Thaya spricht hierbei von Situationen, wo Angehörige sich weigern, ihre betroffenen Familienmitglieder kurzzeitig aufzunehmen. Dies führt zu einer noch stärkeren Sturheit der Klient\*Innen, da diese von den Angehörigen betreut werden möchten. Ist es jedoch aus Platzmangel nicht möglich die Patient\*Innen noch länger im Krankenhaus verweilen zu lassen, wurden von Angehörigen in der Vergangenheit Beschwerden im Landesklinikum ausgesprochen. Ebenso gibt es auch zwischen verschiedenen Professionen Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Entmündigung von Patient\*Innen/Klient\*Innen (vgl. TI20 2019:Z50-62).

Die Expertin einer Akutpsychiatrie weist in jenem Bezug auf die Wichtigkeit der Angehörigen hin. Zeigen diese eine große Bemühtheit und können zeitliche Ressourcen aufweisen, so kann der Alltag der Patient\*Innen, aber auch des Personals entlastet werden (vgl. TI23 2019:Z53-55). Da auf einer Akutpsychiatrie meist nur schwere Fälle von Demenz behandelt werden, ist eine große Schwierigkeit die Kommunikation mit den Klient\*Innen. Hierbei wird die Vertretung und die Hilfe von Angehörigen wieder essenziell (vgl. ebd.:80-86). Es ist jedoch wichtig, dass vor Allem die Angehörigen genug unterstützt werden, da diese sich meist übernehmen und bei der Betreuung ihres Familienmitgliedes aufgeben. In diesem Zusammenhang bietet die Expertin des neurologischen Rehabilitationszentrums sogenannte Angehörigenschulungen an, um die Angehörigen bestmöglich auf eine etwaige Betreuung zuhause vorbereiten zu

können. Hierbei wird das Achten auf die eigenen Ressourcen stark vermittelt, da Angehörige dazu neigen, bei der Pflege ihres Familienmitglieds sich selbst und ihre eigenen Bedürfnisse stark zu vernachlässigen (vgl. TI16 2018:Z93-111). Ansen (2010:145) meint dazu, dass Angehörige für alte Menschen primär während des Aufenthaltes in einem Krankenhaus eine essenzielle Hilfeleistung darstellen. Aufgrund dessen ist die Vermittlung von Informationen und die Hilfestellung bei krisenhaften Situationen unverzichtbar, um eine erfolgreiche Angehörigenarbeit leisten zu können.

Primär existiert vor allem im Kontext des Krankenhauses eine weitere große Schwierigkeit für Demenz-Erkrankte: Durch die rasche Veränderung des Umfeldes vom gewohnten zuhause in die meist unbehagliche Klinik, tritt bei Demenz-Patient\*Innen ein Schub der Verwirrtheit und starke Abwehr auf. Krankenhäuser sind demnach nicht förderlich für den Krankheitsverlauf, da das ständig wechselnde Personal, aber auch Thematiken wie täglich andere Speisen, die Betroffenen stark überfordern. Dies kann dazu führen, dass eine eigentlich leichte Demenz in einem Krankenhaus plötzlich zu einer starken Demenz werden kann, dieser Zustand sich jedoch zuhause wieder normalisiert (vgl. TI15 2019:Z81-103). Somit kann der Verlauf der Demenz bei einem Krankenhaus-Aufenthalt rapide ansteigen, wodurch die Patient\*Innen sehr schnell das Benützen von Besteck verlernen, aber auch plötzlich aufgrund von Angst vor der Krankheit aggressiv werden (vgl. TI17 2019:Z172-174 / 190-197).

*Na do gibt's vü, und jeder is aundas. Do rutscht ma vo ana Phase in de aundare. Weil bis ma a Demenz wirklich erkennt, is der scho im 2. Stadium. Se merken dass was passiert mit erna, auwa se woins jo söwa ned woah haum. Daun bemerkens es, des is daun de grantige Phase, waun do Opa grantig wird, do hods was. Wie do bemerkt er dass er Sochan vergisst. „Heast des kau ned sei, wia hoaßtn der jetzt?“ Jo. Und do muass ma scho was doa. Weil es gibt daun Medikamente de kau ma gebn, auwa de heilen des ned, de stoppen nur. De stoppen a bissl diesen Prozess der was auwa trotzdem weiterschreitet (TI17 2019:Z179-185).*

Trotz der Wichtigkeit eines Krankenhauses für Demenz-Patient\*Innen, ist es meist nicht förderlich einen längeren Aufenthalt zu planen. Der geistige Verfall schreitet in jenem Umfeld schnell voran, da die Betroffenen sich nicht schnell genug an die täglich wechselnden Faktoren anpassen können. Hier wird der tragische Fakt, dass die Demenz eine unheilbare Krankheit ist, zu einem noch mehr belastenden Aspekt, da es meist ohne Krankenhaus nicht mehr geht, es den Verlauf jedoch stark beschleunigt. Es gilt aufgrund dessen, den Patient\*Innen primär durch Validation Aufmerksamkeit und Zuneigung zu schenken, da sie sich in ihrem Umfeld möglicherweise als nicht mehr wichtig ansehen. Hier wird den Betroffenen nämlich stark bewusst, dass ihre Krankheit die Wirklichkeit ist, woraufhin sich der Zustand der Patient\*Innen verschlechtert und Aggressivität sowie fehlendes Verständnis auftreten. Der Aufenthalt als Demenz-Patient\*In in einem Krankenhaus zeigt sich somit als äußerst schwierige Situation, die jedoch durch eine passende Betreuung und Beratung erleichtert werden kann.

Die Soziale Arbeit muss hier eine tragende Rolle einnehmen, da sie die Betroffenen durch einen vordergründig emotionalen Beistand stützen und stärken muss. Durch die immer mehr persistenter werdende Erkrankung erleben viele Leidtragende emotionale Krisen, die sie in eine destabilisierte Lage versetzen. Somit wird es schwieriger, die Krankheit zu akzeptieren und sich den ändernden Zuständen anzupassen. Die Soziale Arbeit muss in solchen

Situationen versuchen, eine Art Beziehung aufzubauen, um die Betroffenen zu ermutigen und die Wertschätzung ihrer Gefühle zu unterstreichen. Vor allem jedoch muss die Achtung der Selbstbestimmung der Klient\*Innen respektiert und geschätzt werden (Biestek 1970:31; zit. In Ansen 2010:146).

### 5.3 Multiprofessionalität

Vor allem in Krankenanstalten ist das Arbeiten in einem Team bestehend aus verschiedenen Professionen gegeben. Hierbei wird im Demenzbereich die Soziale Arbeit mit eingebunden, da diese durch ihre beratende Stärke und ihr Wissen im Bereich des Pflegegeldes, der Heimunterbringung und vor allem des Erwachsenenschutzgesetzes ein essenzieller Teil in Krankenanstalten darstellt. Die folgenden Unterkapitel erläutern die genaue Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team, greifen jedoch ebenso die Schwierigkeiten in Bezug auf das Entlassungsmanagement auf.

#### 5.3.1 Das Entlassungsmanagement

Die relevanteste Berufsgruppe, mit der die Soziale Arbeit in Verbindung tritt, ist das Entlassungsmanagement. Durch die einseitige Verschmelzung gleicher Aufgabenbereiche beider Professionen gerät die Soziale Arbeit jedoch in manchen Einrichtungen in eine Art Konflikt und wird mit dem Entlassungsmanagement missverstanden.

*Na warum? Weil das ganze jetzt Entlassungsmanagement heißt. Das Handlungsfeld der alten Menschen, mit dem ich da aufgebaut habe, ist jetzt eigentlich ausgelagert worden, ahm, in den Richtungen Entlassungsmanagement und die Gründe dafür ist für mich, einerseits es sind Krankenschwestern, die haben das früher auch gemacht, und es ist wesentlich billiger als ein Sozialarbeiter (T15 2019:Z359-363).*

Hier wird ein finanzieller Aspekt angesprochen, welcher im Gesundheitsbereich eine tragende Rolle einnimmt. Dennoch ist es fraglich, dass geldliche Punkte einem bestimmten Arbeitsbereich vorgezogen werden. Hypothetisch gesehen benötigt die Soziale Arbeit deshalb einen stärkeren Ausbildungsschwerpunkt im Handlungsfeld der alten Menschen, um Einrichtungen die Stärken der Profession erfassbar zu machen.

Unter anderem spricht die Expertin aus dem Neurologischen Rehabilitationszentrum jedoch von einer Reduzierung auf das Entlassungsmanagement (vgl. T16 2018:Z16). Die Interviewpartnerin teilte ebenso ein Gefühl der Benachteiligung mit, da ihre Profession in ihrem Arbeitsplatz oft unter der Gleichstellung mit dem Entlassungsmanagement leidet.

*[...] des is eh imma des Thema, wos ma a im Studium imma diskutiert, wie soima unsa Būd aun de Öffentlichkeit bringa? Mir foit do a nu a Gschicht ei, wo i eben da ärztlichen Leitung vorgschlogn hob, ob ma de Soziale Arbeit bei uns umbenenna soit, und er hot ma ois Auntwort Entlassungsmanagement gsogt. Und natürlich, de Konkurrenz is scho do, wir überlappen uns scho mit vielen Berufen, speziell im Klinikum waun ma oabeitet, Bewährungshilfe do passt des guat, a jetz ois ErwachsenenvertreterInnen. Do is a de Sozialarbeit sehr etabliert, auwa im*

*Klinikum is nu ned so etabliert, ja. Beziehungsweise im Umgang mit Demenzerkraanten und älteren Personen. Und i glaub a dass ma do guade Ressourcen haum (TI16 2018:Z266-275).*

Laut der Expertin muss die Soziale Arbeit, vor allem in Krankenanstalten, ihre Aufgabenbereiche klar definieren und sich präsent machen. Dennoch ist es ein relevanter Aspekt, dass die Sozialarbeiterin aus der Unsicherheit zu ihrer eigenen Profession eine Umbenennung angedacht hätte, da sie wiederkehrend die Erfahrung macht, dass Klient\*Innen nicht wissen, was Soziale Arbeit bedeutet. Durch jenes Nicht-Wissen bringen Klient\*Innen die Soziale Arbeit laufend mit negativen Thematiken wie Straffälligkeit oder Kindesabnahme in Verbindung (vgl. TI16 2018:Z237-260). Die Reaktion der Ärztlichen Leitung zeigt ein erschreckendes Unwissen, da die Soziale Arbeit und das Entlassungsmanagement zwar ähnlich, jedoch nicht das Gleiche sind. Hier fehlt ein essenzielles Verständnis über die Soziale Arbeit, weshalb das Gefühl der Benachteiligung möglicherweise präsent ist. Ebenso wirkt jene Aussage wie ein Herabschauen auf die Soziale Arbeit, wodurch die Abwertung der Profession gegeben ist. Laut Dieplinger (2008:59) blicken Mediziner\*Innen und Pfleger\*Innen bei der Sozialen Arbeit und dem Entlassungsmanagement nur auf die Endergebnisse. Somit ist es auf diese Weise besonders schwierig die Unterschiede beider Berufe erkennen zu können.

Es ist dennoch eine wichtige Aufgabe, dem Konflikt zwischen Entlassungsmanagement und Sozialer Arbeit nicht auf einer persönlichen Ebene zu begegnen, da es sich nicht um ein absichtlich hervorgerufenes Problem handelt, sondern sich als eine gesellschaftliche Problematik herausstellt. Jene Schwierigkeit scheint jedoch vor allem in Krankenanstalten in den dort tätigen Sozialarbeiter\*Innen verankert zu sein. Doch das Entlassungsmanagement hat nicht ausschließlich einen negativen Beigeschmack in Bezug auf die Soziale Arbeit, denn es handelt sich dennoch um zwei verschiedene Berufsfelder, welche sich gut ergänzen. Somit ist eine Grundlage für eine wichtige Zusammenarbeit gegeben. Vor allem ist das Entlassungsmanagement für Demenz-Patient\*Innen essenziell, da speziell in Krankenanstalten die Planung der baldigen Entlassung ein wichtiger Schritt ist. Ebenso organisiert das Entlassungsmanagement pflegerische Unterstützungen und zieht bei Bedarf die Soziale Arbeit hinzu, welche unter anderem eine Erwachsenenvertretung anregen kann und bei der Entlassungsplanung ebenso mitorganisiert (vgl. TI23 2019:Z41-42).

Die Überschneidung beider Berufsfelder ist vor Allem in Bezug auf die Entlassungsplanung stark präsent, da es in der Theorie nicht klar definiert scheint, welche Berufsgruppe jenen Teil übernimmt. Im Hinblick auf die geführten Interviews kann jedoch erfasst werden, dass die Überlappung stark gegeben ist, beide Berufe trotzdem ihren Platz gefunden haben und somit bei der Zusammenarbeit keine Schwierigkeiten auftreten. Aufgrund dessen scheint zwar die Theorie unübersichtlich zu sein, in der Praxis ist jedoch eine starke Kooperation gegeben, weswegen die Entlassungsplanung stets gut verlaufen kann.

### 5.3.2 Weitere Professionen

Im Kontext Demenzberatung im Krankenhaus arbeitet jedoch nicht nur das Entlassungsmanagement gemeinsam mit der Sozialen Arbeit zusammen. Bei Beratungsgesprächen werden im Anschluss zum Beispiel ebenso Psychiater\*Innen

herbeigezogen, insofern die Soziale Arbeit eine Testung auf den Status der Demenz als wichtig empfindet (vgl. TI15 2019:Z235-240). Bei einer schweren Demenz, wo Patient\*Innen unter anderem das Aufnehmen von Nahrung nicht mehr alleine bewältigen können, wird unter anderem das Palliativteam herbeigezogen, um moralische Entscheidungen wie das Einsetzen einer PEG Sonde zu besprechen (vgl. ebd.:Z309-320).

Die Soziale Arbeit ist zwar nicht nur kurzzeitig in interdisziplinären Teams tätig, kann jedoch auch fest in einem multiprofessionellen Team verankert sein. Die Expertin des Neurologischen Rehabilitationszentrums sieht ihren Platz zum Beispiel als Teil des Therapieteams:

*Ahm und daun bin I jo eigentlich Teil vom Therapieteam, ahm und do geri a so wie heite zum Beispü zur Psychologie und Ergotherapie, frog ob sie Patienten haum de irdendan Bedarf haum, de nennan mi a daun, so Patienten, so geht des daun. Daun hauma eben a de klanen Teams jetzt bei uns, dieses Team mit Musik- und Kunsttherapie, Diätologie, wo ma si natürlich a austauscht. [...] Do wird schon a oft de familiäre Situation besprochen, auwa natialich ned de finanzielle, des is daun mei Part, des Obklären (TI16 2018:Z44-52).*

Hierbei wird deutlich, dass die Sozialarbeiterin eine wichtige Komponente im gesamten Team des Rehabilitationszentrums darstellt. Dennoch hat die Soziale Arbeit ihre festen Aufgaben, welchen sie nachgehen muss. Dies ist jedoch vor allem deswegen so, da es in jenem Kontext keine weitere Berufsgruppe gibt, welche sich um Thematiken wie finanzielle Absicherung und etwaige Beratungsgespräche annehmen kann. Die Soziale Arbeit zeigt sich somit als essenziellen Teil des Personals.

Die Sozialarbeiterin zieht bei Beratungsgesprächen ebenso Pfleger\*Innen, Ärzt\*Innen und Psychiater\*Innen hinzu, um den Angehörigen und Patient\*Innen eine möglichst deutliche Aufklärung gegenüber den Patient\*Innen und ihren Angehörigen gewährleisten zu können (vgl. ebd.:Z122-129). Zwar ist die Multiprofessionalität ein positives Zeichen dafür, dass die Soziale Arbeit in den Arbeitsbereich Gesundheit integriert wird, andererseits scheint hierbei ebenso eine Sicherheit zu fehlen, wodurch die Patient\*Innen und Angehörigen es bevorzugen von medizinischem Personal genaue Informationen zu erfahren. Es könnte jedoch auch in jenem Sinn betrachtet werden, als dass der Sozialarbeiterin selbst die Sicherheit fehlt, ihre Klient\*Innen alleine ausreichend beraten zu können. Dennoch ist es eine scheinbar gute Taktik und zeugt von einem guten Teamgeist, wenn mehrere Professionen sich gegenseitig unterstützen. So können die Stärken jeder einzelnen Berufsgruppe gut genutzt und herausgehoben werden.

Vor allem beim Interview mit der Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche als Liaison-Dienst und Demenzberaterin tätig ist, wurde die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit deutlich:

*Wir haum do 2 [...] und waun i do a Froge hob, oda an Tipp brauch daun kaun i mi jederzeit rian, oda drin hauma a scho miteinaunda an Patienten daun begleitet. [...] Najo, eben wegen da Pflege a, wo doa mas hi, muass er jetz in a Heim oda kennt mas nuamoi so probian wies eh is, mit da Hauskraunkenpflege, ob man bei da BH mödn muass. Des san so Wege, de wos hoit i ned woäß und hoit a ned mocha muass. Wei daun gib is eh o. Do geh I daun eh zur Sozialarbeiterin und loss sie des mochn. Oda sei so guat i hob an Foi schau da den amoi au, i glaub der braucht des und des bitte. Do oabeit ma scho guat zsaum, do gibt's nix (TI17 2019:Z83-85/98-103)*



Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin drückt in ihrem Interview die für sie vorhandene Wichtigkeit der Sozialen Arbeit stark aus. Dieser Blickwinkel ist für die Ergebnisdarstellung ein essenzieller Punkt, da eine der Vorannahmen war, dass die Soziale Arbeit als nicht wesentlich im Gesundheitsbereich erachtet wird. Ebenso wird auch hier von einer engen Zusammenarbeit gesprochen, wie auch von der gemeinsamen Betreuung eines\*einer Patient\*In. Die Soziale Arbeit scheint für bestimmte Aufgaben eine essenzielle Berufsgruppe darzustellen, weshalb sie theoretisch in jedem Krankenhaus etabliert werden sollte. Dieplinger (2008:127-128) erarbeitete zu jener Thematik einige Grafiken, für jene das Personal eines Krankenhauses interviewt wurde. Laut den Auswertungen wünscht sich die Mehrheit des befragten Personals eine engere Einbindung der Sozialen Arbeit in die Bereiche der Organisation und des Entscheidungsablaufs. Ebenso zeigen jene Statistiken die Zufriedenheit der Mediziner\*Innen und des Pflegepersonals in Bezug auf die Soziale Arbeit, welche ausgesprochen hoch ist. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus scheint aufgrund dessen nicht nur von ihr selbst als mehr präsent gewünscht zu werden, sondern ebenso von ihren multiprofessionellen Kolleg\*Innen.

Die Expertin, welche im Krankenhaus Waidhofen an der Thaya mit der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin eng zusammenarbeitet, spricht bei der Betreuung von Demenz-Patient\*Innen jedoch auch von der Wichtigkeit von Psycholog\*Innen, Psychiater\*Innen und Neurolog\*Innen. Die Soziale Arbeit wird laut den Angaben der Expertin nur bei „schwierigen Patient\*Innen“ hinzugezogen (vgl. TI20 2019:Z13-21).

#### 5.4 Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung

Zwar existieren in einem Krankenhaus viele verschiedene Berufe, welche sich im Allgemeinen die Beratung von Demenz-Patient\*Innen aufteilen, dennoch spielt die Soziale Arbeit hierbei eine tragende Rolle. Bei jedem der eigens geführten Interviews wurde die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit deutlich, weswegen sie für eine Demenzberatung einige wesentliche Kompetenzen mit sich bringt. Bei der Befragung der Expertin eines Landesklinikums wurde auf die Frage, was aus ihrer Sicht erforderlich wäre, um die Soziale Arbeit als Demenzberatung zu etablieren, eine Gegenfrage gestellt:

*Also ich würd garnicht die Anforderung stellen „was braucht ein Sozialarbeiter für Demenz?“ sondern „Warum braucht die Demenz die Soziale Arbeit?“ Und der Sozialarbeiter der bietet eben Beratung an, der kann vielleicht Gespräche sehr gut führen, ja im Idealfall, der uhm, kann anbieten vielleicht eine Art von Mediation um zu vermitteln zwischen Familienmitgliedern, also der ist einfach für mich Sozialarbeit, die Frage wär nicht was spezielle auf Demenz bezogen, sondern welche Qualitäten bringt ein Sozialarbeiter mit, den eine andere Profession nicht mitbringt? Und da hama eh allerhand in unserem Handwerkszeug, ja? Und eben zusätzlich wenns Richtung Demenz ginge wäre halt einfach, dass er sich dann wirklich eine Zusatzausbildung im Sinne von dieser Validation zum Beispiel zulegt, ja? [...] Also, also er müsst sich halt spezialisieren aber von der generellen Ausbildung her würd ich sagen ein Sozialarbeiter ist deswegen notwendig weil er Dinge anbietet, die andere nicht anbieten können (TI15 2019:Z369-381).*

Die Gegenfrage der Interviewpartnerin unterstreicht gut die Qualifikation von Sozialarbeiter\*Innen in Bezug auf die Demenzberatung. Prinzipiell wäre jene Profession ein wichtiger Faktor für die ausgiebige Beratung und Betreuung der Patient\*Innen bzw. Klient\*Innen. Dennoch scheint es meist an fehlenden Zusatzqualifikationen zu scheitern, wodurch die Soziale Arbeit bis jetzt noch keinen eigenen Platz bei der Thematik Demenz eingenommen hat. Würde man dieses Problem jedoch beheben, so könnte eine eigene Demenzberatung inklusive Sozialer Arbeit aufgebaut werden. Immerhin stellt die Soziale Arbeit, vorrangig im Krankenhaus, einen wichtigen Faktor dar, da sie die Zusammenarbeit in der Betreuung und Beratung durch die verschiedenen Berufsfelder koordiniert. Ebenso liegt die Anwendung von bestimmten Instrumenten in den Händen der Sozialen Arbeit, weswegen eine Sozialanamnese oder die Unterstützung in Bezug auf die Inanspruchnahme von Sozialleistungen ohne die Soziale Arbeit nicht erarbeitet werden könnte (vgl. Kraus/Hegeler 2011:84ff).

Die Sozialarbeiterin des Landesklinikums Waidhofen an der Thaya hält hier an die Ausbildung zur Validation fest und spricht von mangelnden zeitlichen Ressourcen (vgl. TI20 2019:Z64-66). Wären jene Depots an Zeit in größerem Maße vorhanden, so könnte sich die Soziale Arbeit auf die Demenz spezialisieren, indem Ausbildungen absolviert werden. Momentan scheint die Teilnahme an etwaigen Weiterbildungen durch die praktische Erfahrung ersetzt zu werden, da es ansonsten keine weitere Möglichkeit gäbe. Jenes Wissen eignet sich die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche als eigene Demenzberatung im Landesklinikum Waidhofen an der Thaya tätig ist, durch die Teilnahme an Weiterbildungen, primär aber durch das Erlesen von Sachbüchern in der Freizeit an. So kann sie laut eigenen Angaben neue Strategien in der Praxis erlernen und anwenden, wodurch die Arbeit mit Demenz-Patient\*Innen erleichtert, aber auch abwechslungsreich gemacht wird (vgl. TI17 2019:Z41-56). Somit erlernt sich die Demenzberaterin aus ihrem eigenem Willen und Interesse die wichtigsten Informationen über die Erkrankung und wendet diese in ihrem Beruf täglich an.

Es ist zwar bewundernswert, dass es Menschen gibt, die ihren Beruf so sehr lieben, dass sie sich auch nach dem Ende eines Arbeitstages damit beschäftigen, dennoch kann dies schnell zu etwaigen Problematiken führen, da die Bereiche des Privaten und des Beruflichen nicht strikt voneinander getrennt werden. Hier zeigt sich möglicherweise ebenso eine fehlende zeitliche Ressource, da jene Lerninhalte prinzipiell bei Weiterbildungen erlernt werden sollten. Dennoch scheint die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit zu sein, da sie auch beim Interview auffällig freudig über ihren Arbeitsbereich und ihren persönlichen Einsatz erzählt hat.

Die Sozialarbeiterin des neurologischen Rehabilitationszentrums spricht hierbei wiederum das Entlassungsmanagement an. Ihrer Ansicht nach muss sich die Soziale Arbeit „auf die Füße stellen“, da vor allem zukünftige Gesundheits- und Krankenpfleger\*Innen mit einem Fachhochschul-Studium eine etwaige Konkurrenz für die Soziale Arbeit darstellen könnte. Aus diesem Grund muss sich die Profession besser erklären, sich behaupten. Dies sieht die Expertin vor allem im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz. Zwar bekommt sie manchmal ein Gefühl der Benachteiligung, da das Entlassungsmanagement viele Aufgaben der Sozialen Arbeit übernehmen kann, dennoch konnte sie zum Beispiel nach ihrem Urlaub erkennen, dass

die Abläufe im Krankenhaus dennoch ohne ihrer Arbeitsschritte nicht funktionieren kann (vgl. TI16 2018:Z137-147).

Einen weiteren Blickwinkel eröffnet die Sozialarbeiterin einer Akutpsychiatrie, welche von einer Gerontopsychiatrie spricht. Ebenso sieht sie die Soziale Arbeit als Demenzberatung bei Hausärzten etabliert, um dort präventiv Beratungen anbieten zu können (vgl. TI23 2019:Z91-98). So könnte die Krankheit noch vor dem tatsächlichen Eintritt besprochen werden, wodurch die Klient\*Innen auf eine möglicherweise schwierige Zeit vorbereitet werden können.

Die Gerontologie bezeichnet im Allgemeinen die Altersforschung, wodurch sich eine Gerontopsychiatrie mit den körperlichen, sozialen und seelischen Zusammenhängen des Krankheitsverlaufs der Patient\*Innen auseinandersetzt (vgl. medizinfo o.A.). Die Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie ist ein wichtiger Bestandteil von interdisziplinären Teams. Zwar ist als der/die Klient\*In ganz klar der betroffene Mensch anzusehen, im engeren Sinne versucht die Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie jedoch die Komponenten, die bei den Betroffenen erst das Leiden verursachen. Somit achtet die Soziale Arbeit auf die vorhandenen Ressourcen und versucht somit, das Leiden durch die Krankheit bestmöglich zu lindern und die Autonomie zu stärken (vgl. Dörr 2010:158-159).

Im Gegensatz dazu ist die Geriatrie die Altersheilkunde, welches ein medizinisches Fachgebiet darstellt (vgl. medizinfo o.A.). Vogel (2010:152) spricht in Bezug auf die Soziale Arbeit vom Bereich der Geriatrie, da dort weitere Aspekte der Profession eingesetzt werden, wodurch sie einen weiteren wichtigen Stellenwert bei der Thematik Demenz einnimmt. Hier zeigt sich die Soziale Arbeit nicht nur als Beratungsstelle in den Bereichen Finanzierung und weitere Hilfsleistungen, sie übernimmt auch psychosoziale Gespräche und kümmert sich primär um die Krankheitsbewältigung, wie auch die Krisenintervention. Während Mediziner\*Innen und Pfleger\*Innen viele Aufgabenbereiche in der Geriatrie übernehmen, behält die Soziale Arbeit den Überblick über jegliche Fortschritte der Behandlung. So werden die Umsetzung der erlernten Strategien der Patient\*Innen und die möglichen Schritte nach dem Austritt aus dem Krankenhaus betrachtet, um abschätzen zu können, wie die Therapiefortschritte sich auf die spätere Versorgung auswirken. Dies ist eine wichtige organisatorische Aufgabe, die die Zusammenarbeit von allen betroffenen Teammitgliedern voraussetzt (vgl. ebd.:154).

Zwar scheint von außen betrachtet die Soziale Arbeit kaum einen wirklich festen Platz in den Bereichen Gesundheit und Alten Menschen gefunden zu haben, in der Praxis ist die Soziale Arbeit jedoch offensichtlich eine wichtige Komponente in interdisziplinären Teams innerhalb jener Handlungsfelder. Die beratende und stützende Fähigkeit der Sozialen Arbeit deklariert sie als unentbehrliches Berufsfeld für alten Menschen und in der Gesundheit. Würde sich die Soziale Arbeit besser als jenes wichtige Berufsfeld präsentieren, so wäre hypothetisch gesehen bei viel mehr Menschen das Wissen über die Profession und ihren Stärken vorhanden. Die Professionist\*Innen benötigen hierzu mehr Selbstbewusstsein, welches dennoch teilweise genug vorhanden zu sein scheint. Die Soziale Arbeit wäre aufgrund von ihren Fertigkeiten ideal, um eine Demenzberatung ausführen zu können. Es gilt nur noch, dass etwaige Institutionen jene Vorteile ebenso erkennen und diese für sich beanspruchen zu wollen.

## 6 Conclusio und Forschungsausblick

Wird die Soziale Arbeit nur von außen betrachtet, so scheint sie in Handlungsfeldern wie Kinder und Familie, Migration und Straffälligkeit stark präsent zu sein. Aufgrund jener Ansicht ist es schwer zu bemerken, dass die Profession sich jedoch in den Feldern Alte Menschen und Gesundheit ebenso stark präsentiert.

Durch die Befragung der unterschiedlichen Expertinnen konnte ein umfangreicher Eindruck über die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern im Demenz-Bereich erworben werden. So arbeitet sie in großen Teams gemeinsam mit verschiedenen Professionen zusammen und betreut teilweise auch zusammen Patient\*Innen bzw. Klient\*Innen. Dies scheint im Kontext des Krankenhauses besonders stark präsent zu sein, da hier die Vernetzung wichtig ist. Dass die Soziale Arbeit jedoch in interdisziplinären Teams eine so große Rolle spielt, ist ein scheinbar unbekanntes Gebiet. Durch die Befragung der Expertinnen konnten jedoch die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus im Bereich der Demenz erarbeitet werden.

Unter den wichtigsten Aufgabenfeldern der Sozialen Arbeit im Krankenhaus fallen Beratungen, die vor allem für Demenz-erkrankte Menschen von höchster Bedeutung scheinen. Hierbei werden nicht nur die Betroffenen durch Entlastungsgespräche unterstützt, sondern auch die Angehörigen beraten und so Ängste und Problematiken gelindert und dechargiert. Durch die handelnden Professionist\*Innen werden Bereiche der finanziellen Schwierigkeit, aber auch Erwachsenenvertreter\*Innen, das Pflegegeld und nach dem Austritt aus dem Krankenhaus weitere wichtige Institutionen bestellt und geplant. Die Soziale Arbeit hält hierbei stark die Hand über organisatorische Thematiken und essenzielle Entscheidungen, was vor allem für die Strukturierung und Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams bedeutend ist. Somit sorgt sie für einen mühelosen und gut vernetzten Ablauf während des Aufenthaltes im Krankenhaus, sie organisiert jedoch auch die Entlassung und versucht einen problemlosen Aufenthalt in Unterbringungen, oder möglicherweise auch zuhause zu planen.

In den interdisziplinären Teams ist es somit keine Schwierigkeit, dass die einzelnen Aufgaben gut verteilt werden. Somit kann sich jede\*r berufliche Expert\*In auf die eigene Rolle bei der Betreuung von Patient\*Innen bzw. Klient\*Innen fokussieren. Zwar gerät die Soziale Arbeit hier teilweise in das Gebiet des Entlassungsmanagements, dennoch kommen beide Dienste gut miteinander aus und arbeiten Hand in Hand an einer erfolgreichen Entlassungsplanung. Somit können Demenz-Patient\*Innen umfangreich betreut und behandelt werden, da es laufende Absprachen zwischen den Teammitgliedern gibt.

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus übernimmt somit eine wichtige Rolle für Demenz-Erkrankte und könnte aufgrund dessen in Zukunft eine Komponente für eine ideale Demenzberatung darstellen. Um dies zu ermöglichen, muss sich die Soziale Arbeit im

Krankenhaus jedoch noch stärker beweisen und auch außerhalb des Kontextes des Krankenhauses ihren Beruf zu präsentieren und ihre Stärken klar zu definieren.

Als weitere Forschungsgrundlage wäre die Befragung von in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie tätigen Sozialarbeiter\*Innen von Vorteil, da vor allem hier die Arbeit mit alten Menschen, also auch an Demenz Erkrankten Personen, primär vorhanden ist. Es ist ein spannender Aspekt herauszufinden, wie die Demenzberatung sich in jenen Feldern etabliert und wie die genaue Aufgabenverteilung aufgebaut ist. Des Weiteren wäre die Befragung von medizinischem Personal ebenso ein interessanter Punkt, um die Forschung jener Thematik fortzusetzen. Das Interviewen von Demenzberater\*Innen könnte jedoch eine weitere Grundlage zur fortsetzenden Forschung darstellen, da diese eventuell die Soziale Arbeit im Krankenhaus als Demenzberatung noch nicht in Augenschein genommen haben.

Durch die bemühten Expertinnen konnten die Interviewfragen ausführlich und darüber hinaus beantwortet und ausgewertet werden. So konnten die Ergebnisse für die vorliegende Bachelorarbeit II gut beantwortet werden. Auch die kritischen Betrachtungen über die Erwachsenenvertretung zeigte sich als spannender Aspekt, da literarisch gesehen kaum Information über die Schwächen jener Gesetzgebung vorhanden ist. Da jene Thematik jedoch erst frisch ist, ist die vorliegende Bachelorarbeit II ein guter erster Schritt für eine weitere kritische Betrachtung von Erwachsenenvertreter\*Innen.

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus stellt sich somit als ein großes Feld der Sozialen Arbeit heraus, welches durch die Zusammenarbeit mit verschiedensten Berufen über ein großes Kontingent an Wissen verfügt. Somit wäre die Soziale Arbeit im Krankenhaus für die Demenzberatung eine ideale Profession, da nicht nur klassische Kompetenzen wie Beratung und Krisenintervention, sondern auch etwaiges medizinisches Verständnis und weitere wichtige Bereiche, die für der Betreuung von Demenz-Patient\*Innen essenziell sind, vorhanden sind.

## Literatur

- Alzheimer Akademie Bildung (o.A.): MAS DemenzberaterInnen Ausbildung. [http://www.alzheimerakademie.at/mas\\_trainer\\_ausbildung.html](http://www.alzheimerakademie.at/mas_trainer_ausbildung.html) [17.03.2019]
- Ansen, Harald (2010): Soziale (Alten-) Arbeit im Krankenhaus. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 145.
- Ärztekammer für Niederösterreich (o.A.): Erwachsenenschutzgesetz <https://cms.arztnoe.at/cms/beitrag/1025275/240550/> [18.01.2019]
- Bienz, Barbara / Reinmann, Arlette (2004): Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. Bern: Haupt. 22.
- Biestek, Felix (1970): Die helfende Beziehung. Lambertus Verlag: Freiburg. 31. Zitiert in: Ansen, Harald (2010): Soziale (Alten-) Arbeit im Krankenhaus. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 146.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Demenz: Die verschiedenen Stadien. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf> [22.04.2019]
- Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (o.A.): Das neue Erwachsenenschutzgesetz. 1-2. [https://www.noel.v.at/fileadmin/user\\_upload/Erwachsenenschutz-Gesetz/Neues-Erwachsenenschutzrecht-NOELV.pdf](https://www.noel.v.at/fileadmin/user_upload/Erwachsenenschutz-Gesetz/Neues-Erwachsenenschutzrecht-NOELV.pdf) [18.04.2019]
- Demenz Service NÖ (o.A.): <https://www.demenzservicenoe.at/> [25.04.2019]
- Demenz-Leitlinie (o.A.): Diagnostik nach ICD-10. <http://demenzrisiko.de/wp-content/uploads/2016/09/ICD-Demenz-richtlinien.pdf> [26.01.2019]
- Dieplinger, Anna Maria (Hg.) (2008): Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige. Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag. 55 - 56, 59, 127 – 128.
- Dörr, Margret (2010): Soziale Arbeit in der Geriatrie. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 158-159.

- Feil, Naomi / de Klerk-Rubin, Vicki (2017): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 11. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag München Basel: München. 15, 40.
- Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. 142 – 143.
- Kraus, Sybille / Hegeler, Hildegard (2011): Soziale Arbeit in der Geriatrie. In: Zippel, Christian / Kraus, Sybille (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch. 2. Auflage. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main. 84.
- Mayring, Philipp (1991): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe / Von Kardoff, Ernst / Keupp, Heiner / Von Rosenstiel, Lutz / Wolff, Stephan (1991) (Hrg.): Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Beltz - Psychologie Verl. Union.  
[http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/3727/ssoar-1991-mayringqualitative\\_inhaltsanalyse.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/3727/ssoar-1991-mayringqualitative_inhaltsanalyse.pdf?sequence=1) [10.04.2019]
- Medizinfo (o.A.): Gerontologie und Geriatrie.  
[http://www.medizinfo.de/geriatrie/alter/gerontologie\\_geriatrie.shtml](http://www.medizinfo.de/geriatrie/alter/gerontologie_geriatrie.shtml) [24.04.2019]
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef (Ed.) ; Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung : Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen, Westdeutscher Verlag, 443.
- Michel-Schwartze, Brigitta (Hrsg.) (2009): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 128 – 129.
- Mostisch, Brigitte-Karina (2011): Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit im Krankenhaus. Gemeinsamkeit und Unterschiede. Bachelorarbeit. Hochschule Esslingen. 46, 24 – 25.
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft (o.A.): Zahlen & Statistik.  
<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/> [25.04.2019]
- Pflegerl, Johannes (2018): Soziale Arbeit mit alten Menschen.  
<https://www.fhstp.ac.at/de/newsroom/news/soziale-arbeit-mit-alten-menschen> [26.01.2019]
- Postl, Katharina (2012): Sozialarbeit im Krankenhaus. Institutioneller Auftrag und professioneller Anspruch. Saarbrücken: AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG. 15.

- Schweizerische Alzheimervereinigung (2014): Alleinlebende Menschen mit Demenz. 1. <https://www.alzbb.ch/pdf/ALZCH-Broschueren/Allein-lebende-Menschen-mit-Demenz.pdf> [18.04.2019]
- Sozialministerium (o.A.): Demenz. [https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Demenz/#intertitle-20](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Demenz/#intertitle-20) [18.04.2019]
- Staudinger, Charlotte (2012): Entlassungsmanagement. Ein wichtiger Baustein im Rahmen einer integrierten Gesundheitsversorgung. [https://www.patientenanwalt.com/download/Entlassungsmanagement\\_wichtiger\\_Baustein\\_Charlotte\\_Staudinger\\_Pflege.pdf](https://www.patientenanwalt.com/download/Entlassungsmanagement_wichtiger_Baustein_Charlotte_Staudinger_Pflege.pdf) [11.04.2019]
- Vogel, Werner (2010): Soziale Arbeit in der Geriatrie. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 152, 154.
- Wipfler, Karin (2010): Die PatientInnen als KundInnen. Bedeutung der PatientInnenzufriedenheit als KundInnenzufriedenheit im Krankenhaus und die Entwicklung eines Messinstruments. Masterarbeit. Medizinische Universität Graz. 9.



# Daten

TI15, Transkript Interview ITV15, erstellt von Klara Sofia Gutmann, Februar 2019, jede 5. Zeile nummeriert.

TI16, Transkript Interview ITV16, erstellt von Klara Sofia Gutmann, Februar 2019, jede 5. Zeile nummeriert.

TI17, Transkript Interview ITV17, erstellt von Klara Sofia Gutmann, März 2019, jede 5. Zeile nummeriert.

TI20, Transkript Interview ITV20, erstellt von Klara Sofia Gutmann, März 2019, jede 5. Zeile nummeriert.

TI23, Transkript Interview ITV23, erstellt von Klara Sofia Gutmann, März 2019, jede 5. Zeile nummeriert.

# Abkürzungen

PEG-Sonde:

MAS:

BH:

Perkutane Endoskopische Gastrostomie-Sonde

Motivieren-Aktivieren-Stärken

Bezirkshauptmannschaft

# Anhang

## Interviewleitfaden

- Zunächst würde ich Sie bitten, mir Ihre Laufbahnentwicklung und Ihren Tätigkeitsbereich zu beschreiben.
  
- Welche allgemeinen Angebote bieten Sie an?
  
- Welche Angebote gibt es speziell für an Demenz Erkrankte und deren Angehörige?
  
- Wie gestalten sich bei Ihnen Beratungsgespräche und gibt es weitere Professionen, die involviert sind?
  
- Welche weiteren Professionen sind in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen wichtig für Demenz-Patient\*Innen?
  
- Welche Herausforderungen begegnen Ihnen bei der Arbeit mit Demenz kranken Menschen?
  
- Was wäre aus Ihrer Sicht erforderlich, um Soziale Arbeit in der Demenzberatung zu etablieren?
  
- Möchten Sie noch etwas erwähnen, wozu im Gespräch keine Möglichkeit war?

# Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Klara Sofia Gutmann**, geboren am **25. März 1996** in **3910 Zwettl**, erkläre,

dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

**Kleinschönau, am 25.04.2019**

Unterschrift

Handwritten signature of Klara Gutmann in black ink.