

# „Kenner\*innen des Systems halten den Ball am Laufen“

Der Mehrwert von Sozialer Arbeit in der  
Demenzberatung aus der Sicht von Ärzt\*innen und  
Psycholog\*innen.

Karin Wieseneder, 1610406337

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 28.04.2019

Version: 1

Begutachter: FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

## Abstract Deutsch

Die Komplexität der Erkrankung an Demenz und ihre Auswirkung auf alle Lebensbereiche der Betroffenen erfordert eine umfangreiche Beratung, um ein gelingendes und würdevolles Leben mit der Krankheit führen zu können. Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Frage inwieweit Ärzt\*innen und Psycholog\*innen einen Mehrwert in der Demenzberatung durch Soziale Arbeit erkennen. Die erhobenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Die Auswertungsergebnisse zeigen einen deutlich erkennbaren Mehrwert durch Soziale Arbeit in der Demenzberatung, sowohl für Betroffene, das Gesundheitssystem als auch Ärzt\*innen und Psycholog\*innen. Weiters zeigen sich Unterschiede in der Versorgungslandschaft durch Soziale Arbeit, sowie die Bedeutung von interdisziplinären Teams in der Demenzberatung.

## Abstract English

Dementia is a highly complex disease that is accompanied by negative repercussions for the lives of people affected by it. In order to spend a successful and dignified life despite this disease, extensive counseling is necessary. This paper revolves around the question how doctors and psychologists can identify the added value of extensive counseling by social workers regarding dementia. The data discussed was collected via guided interviews and analyzed by using Mayring's (2010) qualitative content analysis. The results of the analysis show that during the treatment of dementia, extensive counseling provided by social workers can not only be highly beneficial for demented patients, but also for the healthcare system and for doctors and psychologists. Furthermore, differences in the provision of social workers and the importance of interdisciplinary teams working on dementia treatment are pointed out.

# Danksagung

Ich bedanke mich bei meiner Familie, bei meinem Mann Bernhard, meinen Kindern Bernhard, Karoline und Felix und bei meinen Eltern für ihre Begleitung, Unterstützung und große Geduld. Ein herzlicher Dank richtet sich an meine Betreuerin Frau Heidemarie Hinterwallner, MA, MA, sowie an meinen Betreuer Herrn FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pfliegerl für ihre durchgehende und hilfreiche Prozessbegleitung. Vielen Dank an Erika und Rita Schiefer, sowie Stephanie Sommer, MA für das Korrekturlesen und die damit einhergehenden Tipps. Bei Sebastian Hofmarcher bedanke ich mich für die Unterstützung beim Abstract. Vielen Dank auch an meine Kolleginnen der Projektwerkstatt „Soziale Arbeit in der Demenzberatung“. Besonders bedanke ich mich bei Susanne Fries für ihre Hinweise, Anregungen und Ermutigungen.

Mein Dank gilt auch allen jenen Personen, welche mir für Interviews und Gespräche, sowie der Bereitstellung von Literatur zur Verfügung standen.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Themenaufriss</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Krankheitsbild Demenz</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Auftrag von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung</b> .....	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Begriffsdefinition</b> .....	<b>10</b>
5.1	Stationäre Versorgung.....	10
5.2	Ambulante Versorgung.....	10
5.3	Mehrwert.....	10
5.4	Interdisziplinäre Teams.....	10
5.5	Assessment .....	11
<b>6</b>	<b>Forschungsprozess</b> .....	<b>11</b>
6.1	Forschungsfrage.....	11
6.2	Zugang zum Feld.....	12
6.3	Beschreibung der Interviewpartner*innen.....	12
6.4	Leitfadeninterviews .....	13
6.5	Informierte Einwilligung, Anonymisierung, Transkription .....	14
6.6	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	14
<b>7</b>	<b>Ergebnisse im Überblick</b> .....	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Ergebnisse im Detail</b> .....	<b>15</b>
8.1	Versorgungslandschaft.....	15
8.1.1	Setting Stationär vs. Ambulant.....	15
8.1.2	Versorgung durch Interdisziplinäre Teams .....	18
8.2	Nutzen und Mehrwertkomponenten.....	21
8.2.1	Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige.....	21
8.2.2	Für das Gesundheitssystem .....	27
8.2.3	Für Ärzt*innen und Psycholog*innen .....	27
8.3	Öffentlichkeitsarbeit- Vernetzung.....	29
<b>9</b>	<b>Resümee</b> .....	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>32</b>
	<b>Literatur</b> .....	<b>34</b>
	<b>Daten</b> .....	<b>37</b>
	<b>Abbildungen</b> .....	<b>38</b>

<b>Anhang .....</b>	<b>38</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>39</b>

# 1 Einleitung

Im Rahmen meiner Praktika im Verein Hospiz sowie im Mobilien Palliativ Team in Melk, lernte ich demenzerkrankte Menschen und deren Angehörige kennen. Das Gespräch mit der Ehefrau eines an Demenz erkrankten Mannes machte mir die Komplexität der Erkrankung bewusst. Die Hilflosigkeit meiner Gesprächspartnerin gab den Ausschlag, mich mit der Thematik Demenz intensiver zu beschäftigen. Im Dialog mit den Sozialarbeiter\*innen und den Mitarbeiter\*innen der anderen Professionen der Einrichtungen zeigte sich, dass nicht eine Profession alle Bedürfnisse und Herausforderungen, welche eine Demenzerkrankung mit sich bringt, abdecken kann. Der Bedarf an Unterstützung und Begleitung reicht weit über den medizinischen und pflegerischen Bereich hinaus. Mein Interesse wurde geweckt, mich mit dieser Thematik intensiver auseinanderzusetzen. Im Besonderen interessiert mich, wie Soziale Arbeit aus dem Blickwinkel anderer Professionen gesehen wird. In dieser Arbeit lege ich den Schwerpunkt auf Ärzt\*innen und Psycholog\*innen, im Speziellen auf Ärzt\*innen und Psycholog\*innen außerhalb meiner beiden Praktikumsplätze.

Der Themenauftritt erläutert das Forschungsinteresse dieser Bachelorarbeit, nach einer Darstellung des Krankheitsbildes Demenz wird der Auftrag Sozialer Arbeit in der Demenzberatung dargestellt. Im Anschluss der Definition relevanter Begriffe dieser Forschung wird die Forschungsfrage präsentiert. Der nächste Abschnitt stellt die gewählten Erhebungs- und Auswertungsmethoden vor. Die Darstellung der Ergebnisse bildet gemeinsam mit dem Resümee und einem Ausblick auf mögliche weitere Forschungen den Abschluss dieser Arbeit.

## 2 Themenauftritt

*„Ich beginne nun die Reise, die mich zum Sonnenuntergang meines Lebens führt.“*  
(Ronald Reagan)

Mit diesen berührenden Worten richtete sich Ronald Reagan, der ehemalige Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika, an die Öffentlichkeit, als er die Diagnose seiner Alzheimererkrankung erhielt. Alzheimer ist die am häufigsten auftretende Form von Demenz, etwa 2/3 aller demenziell erkrankten Menschen sind betroffen (vgl. Philipp-Metzen 2015:20).

Demenz leitet sich von dem lateinischen Wort „dementia“ ab und bedeutet „ohne Geist“. Es kommt zu einem Abbau kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten mit der Folge der Einschränkung von sozialen und beruflichen Funktionen. Betroffen sind primär das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen sowie die Sprache, die Motorik und bei manchen Formen auch die Persönlichkeit der betroffenen Personen (vgl. Österreichische Alzheimer Gesellschaft 2019).

Es erkranken in erster Linie Menschen im hohen Erwachsenenalter. Ihr Wunsch und ihr fundamentales Bedürfnis, ein Teil des größeren Ganzen zu sein und in ihrer Würde und Einzigartigkeit anerkannt zu werden, bleiben bestehen (vgl. Helm 2013:13).

Die demografische Entwicklung in Österreich - mit der daraus resultierenden Zunahme der Anzahl von betagten und hochbetagten Menschen - stellt neue Herausforderungen für die Gesellschaft, die Politik sowie das existierende Sozial- und Gesundheitssystem dar (vgl. OGSA 2017:3).

Eine dieser erwähnten Herausforderungen ist Demenz. Auch in Österreich nimmt die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen zu. Die Anzahl der Personen, welche an einer Form von Demenz erkrankt sind, wird sich von derzeit etwa 130 000 Personen, bis zum Jahr 2050 verdoppeln (vgl. Sozialministerium o.A.b:1).

Nach wie vor wird Demenz in unserer Gesellschaft tabuisiert. Vorurteile und Unwissenheit der Menschen über das Krankheitsbild Demenz haben nicht selten eine Stigmatisierung der erkrankten Personen zur Folge (vgl. Humer 2011:171). In den kommenden Jahren müssen wir uns auf immer mehr Menschen mit Demenz einstellen. Die Gewährleistung adäquater Betreuung, Pflege und Unterstützung für die betroffenen Personen und deren Angehörige stellt in Zukunft die Gesellschaft und Politik vor eine der größten sozialen und kulturellen Herausforderungen. Dem öffentlichen Diskurs der vergangenen Jahre ist es zu verdanken, dass dennoch schon breitere Akzeptanz und eine Bereitschaft zum Umgang mit Menschen mit Demenz gegeben sind und dies auch als Aufgabe der öffentlichen Gesundheit anerkannt wird. Themenfelder wie Enttabuisierung, Sensibilisierung, Aufklärung der Betroffenen und der Gesellschaft, unterschiedliche Modelle der Lebensqualität für Menschen mit Demenz sowie neue Versorgungskonzepte haben sich gebildet (vgl. Sozialministerium o.A.b:2).

Diese neuen Themenfelder erfordern die Einbeziehung verschiedener Professionen in die Betreuung, Pflege und Begleitung von demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen. Es wird deutlich, dass eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung Betroffener umfangreiches interdisziplinäres Wissen erfordert (vgl. Helm 2013:42). Demenz wird in Bezug auf die Versorgung in unserer Gesellschaft hauptsächlich mit Medizin und Pflege in Verbindung gebracht. Professionelle Unterstützung soll jedoch mehr sein als nur die Krankheit zu diagnostizieren und die Menschen „satt und sauber“ zu halten (vgl. Diakonie 2014:9).

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich damit, welchen Mehrwert die Soziale Arbeit für Menschen mit Demenz und deren Angehörige leisten und bieten kann. In der internationalen Klassifikation der WHO, dem ICDH-2 (2000) änderte sich die Sichtweise der Gesellschaft hinsichtlich Demenz von einer defizitorientierten Sichtweise hin zu einem prozessorientierten Verständnis. Es wurde verdeutlicht, dass Fragen nach gesellschaftlicher Teilhabe oder Diskriminierung von Menschen mit Demenz Fragen der Sozialen Arbeit zu sein haben (vgl. Helm 2013:69).

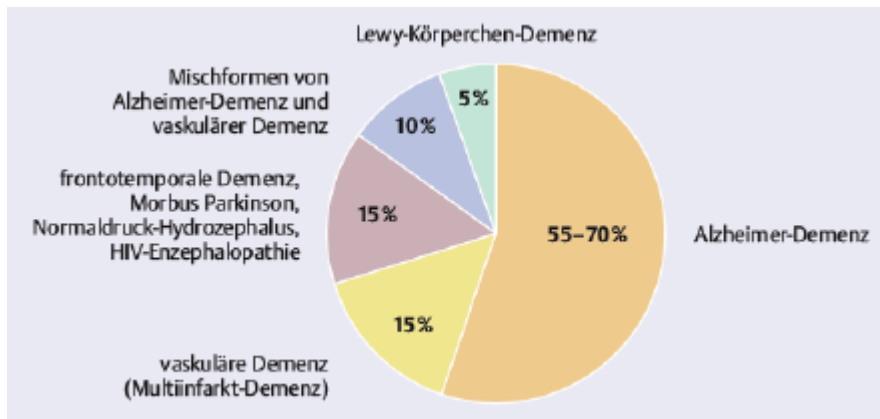
### 3 Krankheitsbild Demenz

Die Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit werden mit dem Oberbegriff Demenz bezeichnet. Bei demenziellen Erkrankungen kommt es zu einer Schädigung des Gehirns, einhergehend mit einem breiten Spektrum an weiteren Beeinträchtigungen. Betroffen sind kognitive Fähigkeiten ebenso wie Wahrnehmung, Affektivität, Persönlichkeitsmerkmale und der Wille der Menschen. Die Folgen sind gravierende Einschränkungen der Alltagskompetenzen (vgl. Gutzmann / Zank 2005:25).

Demenzen lassen sich unterteilen nach:

- Ihrer Ursache (primäre Demenz, sekundäre Demenz)
- Der Lokalisation im Gehirn (kortikale, frontale und subkortikale Demenz)
- Der klinisch-diagnostischen Einstufung (Alzheimer Demenz, Vaskuläre Demenz, Mischformen, u. A.) (vgl. Volkshilfe Niederösterreich 2019).

Abbildung 1 Ursachen von Demenz



Quelle: (vgl. Möller et al. 2009:192)

### 4 Auftrag von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung

Der Auftrag von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung besteht darin, Menschen zu unterstützen, welche aufgrund einer Demenzerkrankung ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse eigenständig zu befriedigen. Im Besonderen ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, auf Probleme aufmerksam zu machen, welche mitunter übersehen oder vergessen werden (vgl. Helm 2013:67).

Die Demenzerkrankung wurde bisher in erster Linie als medizinisches Problem angesehen. Soziale Arbeit soll über den medizinischen und pflegerischen Aspekt der Krankheit hinaus



reichen. Sie soll unter Beachtung der Komplexität und Individualität des Menschen für die betroffenen Personen handeln (vgl. Helm 2013:72).

*„Soziale Arbeit basiert auf der Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen, und auf den Rechten, die sich daraus ergeben. Sozialarbeiter\*innen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlergehen einer jeden Person wahren und verteidigen. Das heißt:*

*Sozialarbeiter\*innen sollten das Recht der Menschen achten und fördern, eigene Wahl und Entscheidungen zu treffen, ungeachtet der Werte und Lebensentscheidung, vorausgesetzt, dass dadurch nicht die Rechte und legitimen Interessen eines anderen gefährdet werden [...]*

*Sozialarbeiter\*innen sollten das volle Einbeziehen und die Teilnahme der Menschen, die ihre Dienste nutzen, fördern, so dass diese gestärkt werden können in allen Aspekten von Entscheidungen und Handlungen, die ihr Leben betreffen [...]*

*Sozialarbeiter\*innen sollten sich mit der Person als Ganzes innerhalb der Familie, der Gemeinschaft, sowie der sozialen und natürlichen Umwelt beschäftigen und sollten darauf bedacht sein, alle Aspekte des Lebens einer Person „wahrzunehmen“ [...]*

*Sozialarbeiter\*innen sollten den Schwerpunkt auf die Stärken der Einzelnen, der Gruppen und der Gemeinschaft richten, um dadurch ihre Stärkung weiter zu fördern.“ (Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. 2009:8).*

Die Prinzipien der Menschenrechte, die humanitären demokratischen Ideale von Respekt, Gleichheit und Würde des Menschen, sowie soziale Gerechtigkeit bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit (vgl. Helm 2013:73).

Ein soziales und zivilgesellschaftlich orientiertes Konzept im Umgang mit Demenz schreibt sozialer Arbeit eine zentrale Rolle zu. Die klassischen Aufgaben von Pflege und Medizin wurden um eine Vielzahl neuer erweitert. Diese umfassen unter anderem folgende:

- Soziale Netzwerkarbeit im familiären Kontext wie auch im sozialen Nahraum
- Entstigmatisierung der Demenz
- Schaffung von Teilhaberräumen
- Unterstützung bürgerschaftlich orientierter Aktivitäten (vgl. Aner / Karl 2010:344).

*„Soziale Arbeit soll initiieren, organisieren und bereitstellen. Sie soll beratend tätig sein und tragfähige Netzwerke knüpfen und aufbauen. Sozialarbeit soll gesellschaftliche Benachteiligungen abbauen und hat nicht nur die Fähigkeiten und Ressourcen des Einzelnen, sondern auch die gesellschaftliche Zielsetzung des Miteinander Auskommens zu fördern.“ (Staeck 2011:174).*

## 5 Begriffsdefinition

Wesentliche Begriffe der Forschungsarbeit werden im Folgenden definiert.

### 5.1 Stationäre Versorgung

Der Begriff „stationär“ versteht sich in dieser Arbeit als eine Dienstleistung, in welcher hilfebedürftige Menschen längerfristig, über mehrere Tage und auch Nächte, untergebracht sind. Neben dem Betreuungsbedarf werden sowohl der Wohn- als auch der Unterbringungsbedarf abgedeckt (vgl. Dimmel / Schmid 2013:19).

In diesem Fall handelt es sich um Krankenhäuser, in welchen Soziale Arbeit angeboten wird bzw. wo betroffene Menschen vom Entlassungsmanagement und/oder klinischen Sozialarbeiter\*innen betreut werden.

### 5.2 Ambulante Versorgung

Der Begriff „ambulant“ bedeutet in dieser Arbeit eine Dienstleistung in einer Einrichtung, welche Patient\*innen oder Klient\*innen wegen einer zeitlich begrenzten Erbringung aufsuchen, die sie allerdings unmittelbar nach Beendigung der Dienstleistung, am selben Tag, wieder verlassen. Eine Aufnahme über Nacht ist nicht möglich (vgl. Dimmel / Schmid 2013:20).

Diese Arbeit bezieht sich auf Ärzt\*innenpraxen von Allgemeinmediziner\*innen und Neurolog\*innen.

### 5.3 Mehrwert

Für diese Bachelorarbeit definiert sich der Begriff Mehrwert als jener Benefit und Wert- bzw. Qualitätszuwachs, welchen Ärzt\*innen und Psycholog\*innen durch den Einsatz von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung erachten. Der Mehrwert versteht sich als jene Bereicherung, welche diese Professionist\*innen über ihre eigenen Kompetenzen und Zuständigkeiten hinaus erkennen.

### 5.4 Interdisziplinäre Teams

Unter Interdisziplinarität wird das Zusammenwirken verschiedener Fachrichtungen verstanden, welche untereinander Methoden austauschen und verwenden, um gemeinsam Probleme zu lösen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team ist mühsam und bedarf

strukturierter Kommunikation, verspricht allerdings einen großen Erkenntnisgewinn (vgl. Vogel 2017:54-55).

## 5.5 Assessment

Bei einem Assessment handelt es sich um einen interdisziplinären, diagnostischen Prozess. Hierbei werden anhand unterschiedlicher Testungsverfahren folgende medizinische, psychosoziale und funktionelle Fähigkeiten und Defizite erfasst,

- die Wohnverhältnisse
- das körperliche Befinden
- das soziale Befinden
- der ökonomische Status
- medizinische Daten
- psychisches Befinden
- Activities of Daily Living – Status, dieser beinhaltet Essen, Transfer, sich Waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Aufstehen und Gehen, Treppensteigen, An/Auskleiden, Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz (vgl. Ärztekammer Kärnten 2015:12-13).

# 6 Forschungsprozess

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsfrage vorgestellt. Weiters werden der Zugang zum Feld sowie die Interviewpartner\*innen beschrieben. Im Anschluss werden sowohl die Erhebungsmethode als auch die Auswertungsmethode der Daten dargelegt.

## 6.1 Forschungsfrage

In der vorliegenden Studie widme ich mich der Demenzberatung. Meinen Fokus lege ich im Besonderen auf die Soziale Arbeit. Mein Interesse gilt den Sichtweisen von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen, inwiefern sie Soziale Arbeit wahrnehmen. Daraus resultiert die Forschungsfrage:

„Inwieweit ist aus Sicht von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen ein Mehrwert von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung erkennbar?“

## 6.2 Zugang zum Feld

Im Rahmen dieses Projektes wurden von elf Projektantinnen<sup>1</sup> insgesamt 31 Interviews durchgeführt und transkribiert. Die Transkripte wurden durchgehend nummeriert und auf dem E-Campus allen Projektteilnehmerinnen zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt. Für diese Arbeit wurden die Interviews I9, I10, I11, I12 sowie ein Gedankenprotokoll eines Gespräches, GPG, geführt mit einer Psychologin im Anschluss an einen Vortrag über psychische Erkrankungen, herangezogen.

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner\*innen für diese Arbeit erfolgte auf unterschiedliche Art und Weise. Das erste Interview kam spontan bei einem Krankenhausbesuch zustande, der zweite und dritte Termin wurden telefonisch vereinbart und das vierte Interview wurde per Mailkorrespondenz festgelegt. Das Gespräch als Grundlage des Gedankenprotokolls ergab sich zufällig im Anschluss an einen Vortrag. Die folgende Nummerierung der Interviews entspricht der Transkriptnummer auf dem E-Campus. Alle Interviews begannen jeweils mit einer erzählgenerierenden Frage. Die Forschungsergebnisse dieser Bachelorarbeit basieren ausschließlich aus den folgenden Interviews.

## 6.3 Beschreibung der Interviewpartner\*innen

- I9, Interview geführt von Karin Wieseneder mit einem Neurologen in dessen Ordination in einer Stadt in Niederösterreich

Der Arzt begann 2007 seine Ausbildung als Neurologe in einem Krankenhaus in Wien. Sein Schwerpunkt liegt bei neurodegenerativen Erkrankungen, vor allem Bewegungsstörungen wie der Parkinsonerkrankung. Mit Demenzerkrankungen hat er Erfahrung als Arzt in einem Niederösterreichischen Landeskrankenhaus sowie in seiner Praxis als Neurologe. Sein Wissen reicht von der Diagnostik bis hin zur Behandlung. Zentrale Themen des Interviews waren Erfahrungen mit Sozialer Arbeit in der Demenzberatung (siehe Anhang- Interviewleitfaden).

- I10, Interview geführt von Karin Wieseneder mit einer Psychologin eines NÖ-Landeskrankenhauses

Die Psychologin ist in einem Niederösterreichischen Landeskrankenhaus als Klinische- und Gesundheitspsychologin angestellt. Vorrangig ist sie auf einer Palliativstation tätig. Freiberuflich bietet sie Entlastungsgespräche mit pflegenden Angehörigen an, welche im Rahmen des Pflegegeldbezuges in Anspruch genommen werden können. Ihr Kontakt zu demenziell erkrankten Menschen sowie zu deren Angehörigen erschließt sich aus dem Krankenhausbereich und der Entlastungsgespräche. Thematisiert wurde im Interview ebenfalls die Erfahrung mit Sozialer Arbeit in der Demenzberatung (siehe Anhang- Interviewleitfaden).

---

<sup>1</sup> Die Mitglieder der Projektgruppe sind ausschließlich weiblich.

- I11, Interview geführt von Karin Wieseneder mit einer Psychologin einer Demenzservicestelle in Oberösterreich

Die Psychologin ist Klinische- und Gesundheitspsychologin. Sie ist in einer oberösterreichischen Demenzservicestelle angestellt und hat wesentlich dazu beigetragen, in Oberösterreich flächendeckend Servicestellen aufzubauen und in der Gesellschaft zu etablieren. Seit 2008 ist sie im Bereich der Demenzberatung tätig. Die Fragen des Interviews beziehen sich auf die Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit (siehe Anhang-Interviewleitfaden).

- I12, Interview geführt von Karin Wieseneder mit einem Arzt in einem NÖ-Landesklinikum

Der Arzt war zehn Jahre lang als Allgemeinmediziner in eigener Praxis tätig. Im Rahmen einer Fachausbildung war er auf einer geriatrischen Abteilung tätig und erwarb in weiterer Folge einen Mastertitel in Geriatrie. Derzeit arbeitet er in einem niederösterreichischen Landesklinikum. Thematisiert wurde im Interview das Erleben Sozialer Arbeit in der Demenzberatung (siehe Anhang-Interviewleitfaden).

#### 6.4 Leitfadeninterviews

Die Methode des Leitfaden-Interviews nach Uwe Flick (2014:114) ermöglicht, die individuelle Sicht der Interviewpartner\*innen auf das beforschte Thema zu erlangen. Für ein Leitfaden-Interview wird eine Folge an Fragen erarbeitet und vorbereitet. Diese sollen das thematisch relevante Thema abdecken. Der\*die Interviewer\*in verwendet diese als Orientierungshilfe und kann hinsichtlich Formulierung und Anordnung vom Leitfaden abweichen. Bei dieser Erhebungsmethode sind keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, dadurch sollen die Antworten möglichst ausführlich und präzise ausfallen. Immanentes bzw. exmanentes Nachfragen ermöglicht dem\*der Interviewer\*in, weniger ergiebige Antworten ergänzen zu lassen (vgl. Flick 2014:114-115).

Bei der Gestaltung des Interviewleitfadens sollen vier Kriterien beachtet werden:

- Die Nichtbeeinflussung der Interviewpartner\*innen durch die Fragestellung.
- Die Berücksichtigung der Spezifität der Sichtweise und Situationsdefinition der Interviewpartner\*innen.
- Die Erfassung eines breiten Spektrums und dessen Bedeutung.
- Die Tiefgründigkeit und der persönliche Bezug der Interviewpartner\*innen dürfen nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Flick 2014:114-115).

Die Fragen werden offen oder halbstrukturiert gestaltet. Die Gliederung hinsichtlich des Inhaltes und der Struktur ist abhängig von der zu befragenden Personengruppe. Im Zentrum eines Leitfadeninterviews steht die Expertise über ein bestimmtes Themengebiet und nicht die befragte Person selbst. Ein erfolgreiches Leitfadeninterview hängt davon ab, ob der\*die Interviewer\*in an passenden Stellen nachfragt, um das Gespräch zu vertiefen (vgl. Flick 2014:114-115).

## 6.5 Informierte Einwilligung, Anonymisierung, Transkription

Zur Einhaltung der Prinzipien der informierten Einwilligung und der Freiwilligkeit der Teilnahme werden Vorabinformationen und Unterzeichnung der Datenschutzerklärung vor den geführten Interviews eingehalten. Das Einverständnis der Psychologin, das geführte Gespräch ebenfalls in die Forschung einzubeziehen, wird im Nachhinein eingeholt. Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Die erhobenen Daten werden anonymisiert, um Rückschlüsse auf die Interviewpartner\*innen auszuschließen (vgl. Flick 2014:282-287). Die Transkription erfolgt nach den Richtlinien der Gesprächstranskription nach Froschauer / Lueger (vgl. 2003:223).

## 6.6 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Bei der Auswertungsmethode des Datenmaterials, nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, wird Kommunikation analysiert. Der systematische, theorie- und regelgeleitete Vorgang hat zum Ziel, zu Rückschlüssen bestimmter Aspekte der Kommunikation zu gelangen (vgl. Mayring 2015:13).

Die Entwicklung eines Kategoriensystems steht im Zentrum. Die Kategorien entwickeln sich durch ein Wechselverhältnis der Fragestellung und dem konkreten Material (vgl. Mayring 2010:59). Im weiteren Verlauf wird in drei Schritten vorgegangen, der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung. Im ersten Schritt wird das Material auf die wesentlichen Inhalte reduziert, durch Abstraktion bleibt ein Korpus bestehen, welcher Abbild des Grundmaterials ist. Im zweiten Schritt, der Explikation, werden zum Verständnis fraglicher Textstellen zusätzliche Materialien herangezogen. Bei der Strukturierung werden bestimmte Aspekte, unter im Vorfeld festgelegten Kriterien, herausgefiltert (vgl. Mayring 2015:65).

Diese Auswertungsmethode bietet die Möglichkeit große Materialmengen durch die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse auf ein überschaubares Maß zusammenzukürzen. Es gehen keine wesentlichen Inhalte verloren (vgl. Mayring 2015:85). Aus diesem Grund wurde die Methode für diese Arbeit ausgewählt.

# 7 Ergebnisse im Überblick

Die Ergebnisse dieser qualitativen Forschungsarbeit wurden in zwei Hauptkategorien und dazugehörige Unterkapitel unterteilt.

Die erste Kategorie beschreibt die Versorgungslandschaft durch Soziale Arbeit in der Demenzberatung. Im Speziellen werden die unterschiedlichen Zugänge zwischen stationärem und ambulantem Setting dargelegt. In weiterer Folge werden die Bedeutung und

das Erfordernis von interdisziplinären Teams in der Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen präsentiert.

Der zweite wesentliche Punkt in der Darstellung der Ergebnisse widmet sich dem wahrgenommenen Mehrwert der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung. Zum Einen für die betroffenen Menschen und deren Angehörige, zum Zweiten für das Gesundheitssystem und zum Dritten für die Ärzt\*innen und Psycholog\*innen.

Ein zusätzlicher Aspekt zeigt den Mehrwert von Sozialer Arbeit in Öffentlichkeitsarbeit und als Vernetzungsposition.

## 8 Ergebnisse im Detail

Dieses Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der Forschung im Detail dar.

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials ergab, dass sowohl Ärzt\*innen als auch Psycholog\*innen sehr ähnliche Aussagen getätigt haben. Darauf basierend wurde die folgende Kategorisierung vorgenommen.

### 8.1 Versorgungslandschaft

Dem Datenmaterial zufolge ist es von wesentlicher Bedeutung, in welchem Setting bei Menschen Demenz diagnostiziert wird. Der Zugang der betroffenen Personen zu Sozialer Arbeit wird in unmittelbarem Zusammenhang gesehen mit medizinischer Versorgung.

Ein weiteres Ergebnis dieser Forschung stellt das Erfordernis der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörigen durch interdisziplinäre Teams dar.

#### 8.1.1 Setting Stationär vs. Ambulant

Die häufigste Art des In-Kontakt-Kommens von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen mit Sozialer Arbeit, ist laut Interviewpartner\*innen eine stationäre Aufnahme der erkrankten Personen in einem Krankenhaus. Die Aufnahme in das Krankenhaus erfolgt oftmals aufgrund von Verletzungen nach Stürzen oder anderen Problematiken und steht nicht in offensichtlichem Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung. Die Diagnose Demenz wird nach zahlreichen Untersuchungen gestellt und die betroffenen Personen werden mit dieser Thematik konfrontiert (vgl. T110:35-39).

Den Auswertungen zufolge werden in Krankenhäusern mit Krankenhaussozialarbeit Sozialarbeiter\*innen zur Betreuung und Beratung der betroffenen Menschen hinzugezogen. Diese Betreuung steht nicht nur Menschen mit dementiellen Erkrankungen zur Verfügung, ebenso werden etwa auch Schlaganfallpatient\*innen betreut begleitet und unterstützt (vgl. TI9:34-35).

Die befragten Ärzte berichten in ihren Interviews, dass sie jeweils in Krankenhäusern tätig sind oder waren, in welchen Krankenhaussozialarbeit angeboten wird/wurde. Die, in beiden Fällen weiblichen, Sozialarbeiterinnen wurden den Ärzten jeweils zur Versorgung und Betreuung der Patient\*innen zur Seite gestellt (vgl. TI10:23). Während des Krankenhausaufenthaltes der betroffenen Personen werden seitens der Sozialen Arbeit erste Schritte etwa hinsichtlich bürokratischer und finanzieller Belange eingeleitet (vgl. TI12:34).

Diese Tatsache wird von beiden Interviewpartnern als Hilfe und Bereicherung für sie als Professionist\*innen, „*Jo, woa, woa, sehr angenehm*“ (TI9:38), aber auch als essenziell für die betroffenen Menschen und deren Angehörige wahrgenommen (vgl. TI12:31-39). An diesem Punkt erscheint es wichtig zu erwähnen, dass sich die gewonnenen Erkenntnisse der Auswertung hinsichtlich Unterstützung mehreren Kategorien zuordnen lassen, welche im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt werden.

Den Aussagen zufolge steht dieser offensichtlich wahrgenommene Benefit nicht in allen Krankenhäusern zur Verfügung, da Klinische Sozialarbeit nicht flächendeckend in allen Kliniken angeboten wird (vgl. TI10:222).

Eine Psychologin erzählt von der Versorgung im Krankenhaus durch das Entlassungsmanagement. Sie beschreibt dies als Erleichterung für alle Betroffenen, kritisiert allerdings, dass die sozialarbeiterische Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus endet und die Menschen auf sich allein gestellt sind. „*Owa den Rest, ah ah des übernimmt kana*“ (TI10:49-51).

Aus den Aussagen der Psychologin kann geschlossen werden, dass sie es als sehr wichtig erachtet, sozialarbeiterische Betreuung über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu gewährleisten, damit der Bedarf an Versorgung und Betreuung durch Sozialarbeiter\*innen auch danach gedeckt ist. Mit Problemlagen, welche erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ersichtlich werden, sind die erkrankten Personen und deren Angehörige auf sich allein gestellt. Die Herausforderung, sich Informationen und Unterstützung in Eigenregie zu besorgen, stellt für viele Personen eine schier unüberwindbare Hürde dar. Den Ausführungen ist weiters zu entnehmen, dass hier oftmals Verzweiflung und Überforderung entstehen. Adäquate und professionelle Begleitung und Betreuung durch Sozialarbeiter\*innen wären in diesem Fall erforderlich. Die Grund- oder Erstversorgung im stationären Setting mit Sozialer Arbeit wird als positiv, wenn auch erweiterbar, beschrieben (vgl. TI10:49-54).

Anders sieht die Situation für Menschen mit Demenz und deren Angehörige aus, welche die Diagnose Demenz nicht in einem Krankenhaus, sondern ambulant, im niedergelassenen Bereich von Hausärzt\*innen oder Neurolog\*innen gestellt bekommen.



Ein Arzt gibt im Interview an, im stationären Bereich engen Kontakt mit Sozialarbeit gehabt zu haben und sehr gute Erfahrung hinsichtlich der Betreuung und Beratung von Menschen mit Demenz gemacht zu haben. Weiters führt er aus, seit weniger als einem Jahr nun eine eigene Ordination zu betreiben (vgl. T19:28-29). In diesem Zeitraum habe er noch keinen Bedarf an Sozialer Arbeit für seine Patient\*innen gehabt. Im weiteren Verlauf sagt er, dass er allerdings im Bedarfsfall gar nicht wüsste, an wen er sich wenden könnte bzw. wohin er seine Patient\*innen verweisen sollte.

*„Des wüsst i jetzt ned. Weil ich bin, den Fall hab ich noch nicht gehabt bei mir in der Ordination [...] Ahh, do müsst i mi schlau mochen, da würd i mich wahrscheinlich ans Magistrat amal wenden...Ja, ..an die Stadt quasi.“ (T19:78-82).*

Dieses Zitat lässt darauf schließen, dass der Arzt im Bedarfsfall sehr wohl sozialarbeiterische Kompetenzen hinzuziehen würde, jedoch das Nichtvorhandensein von Sozialer Arbeit für Ärzt\*innen eine große Herausforderung darstellt. Wie bereits erwähnt, hat der Arzt positive Erfahrung mit sozialarbeiterischer Versorgung in der Demenzberatung gemacht und diese Zusammenarbeit als bereichernd und unterstützend für die Patient\*innen und deren Angehörige erlebt. Es ist davon auszugehen, dass in seinen Augen die Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz über den medizinischen und pflegerischen Bereich hinaus erforderlich ist.

In gleicher Art und Weise erwähnt der zweite ärztliche Interviewpartner, dass es im niedergelassenen Bereich seiner Erfahrung nach kaum Sozialarbeiter\*innen gibt, an welche er sich wenden könnte. Patient\*innen seiner Ordination verwies er etwa an das Bundessozialamt (vgl. T112:19-22).

Den Aussagen beider Ärzte, I9 und I12, zufolge wurde das Einbeziehen von Sozialer Arbeit in die Begleitung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen im stationären Setting als positiv und unterstützend erlebt.

Weiters ist erkennbar, dass die Möglichkeit sich außerhalb des Krankenhaussettings an Sozialarbeiter\*innen zu wenden kaum bzw. nicht gegeben ist. Dies wiederum stellt alle Beteiligten und Betroffenen vor eine große Herausforderung. Die Bedarfslagen, so lässt sich weiters erschließen, der betroffenen Personen werden wahrgenommen. Die sozialarbeiterischen Kompetenzen sind bekannt, allerdings ist es kaum möglich diese zu vermitteln, da kein ausreichendes und bekanntes Angebot zur Verfügung steht (vgl. T19:78-82). Dies lässt den Schluss zu, dass Ärzt\*innen die Patient\*innen und deren Angehörige in einer ohnehin bereits sehr herausfordernden Situation sich selbst überlassen müssen und keine weitere Hilfestellung bieten können

Erforderlich ist die Stärkung von ambulanten Strukturen durch Angebote in der Lebenswelt der betroffenen Personen, durch eine inhaltliche Bandbreite von rehabilitativen sowie sozial-kulturellen Elementen (vgl. Hildebrandt 2012:255). Auch das Ergebnis einer Gruppendiskussion im Rahmen einer Hausärzt\*innenbefragung ergab ein oftmaliges Gefühl von Hilflosigkeit, unter anderem aufgrund mangelnder Kenntnis von nicht-ärztlichen Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Pöschl / Spannhorst 2018:115-116).

Aus dem Interview mit einer Psychologin, I10, geht hervor, dass es für Betroffene oder deren Angehörige oftmals sehr schwierig ist, sich aus eigener Kraft Unterstützung zu holen. Als Gründe führt sie Scham wegen der Krankheit, die Scheu überhaupt um Hilfe zu bitten und vor allem auch das Nichtwissen, dass schlichtweg die Anwartschaft besteht Leistungen in Anspruch zu nehmen, an (vgl. TI10:108-119). Dieses Bild spiegelt sich auch im österreichischen Demenzbericht wider indem von persistierende Stigmatisierung, dem Fehlen essenzieller Angebote sowie dem Mangel an ausreichenden Information über Krankheitsbild und Unterstützungsmöglichkeiten zu lesen ist. Es wird auf den Mangel an flächendeckenden Unterstützungsangeboten hingewiesen. Der Nachweis der Wirksamkeit begleitender psychosozialer Maßnahmen konnte diese Problemfelder noch nicht lösen (vgl. Sozialministerium o.A.b:137).

Aus dem Interview mit einer Psychologin einer Demenzservicestelle, I11, geht hervor, dass sich die Situation in anderen Bundesländern zum Teil different präsentiert. Sie berichtet von bestehenden Demenzservicestellen in Oberösterreich. Diese bieten Beratung, Begleitung und Unterstützung für demenziell erkrankte Personen und deren Angehörige in psychosozialen und sozialrechtlichen Belangen an. In diesen Beratungsstellen sind jeweils ein\*e Sozialarbeiter\*in und ein\*e Psycholog\*in beschäftigt. Sie gibt weiter an, dass die Begleitung niederschwellig, aufsuchend und auch nachsorgend ist, je nach Bedarf der Klient\*innen. Die Vermittlung der erkrankten Menschen erfolgt aufgrund der guten Vernetzung mit niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen und Neurolog\*innen. Diese vermitteln Betroffene direkt an die Demenzservicestelle. *„Oiso kemman de Personen her und sogn schauns her, wir waren grad beim Arzt, der hod Alzheimer festgstöt, oda irgend a aundare Demenz, wia kimma des verzögern, wia kimma des valaungsäumen?“* (TI11:63-65).

Daraus ist zu schließen, dass hier die Versorgung und das Wissen von Sozialarbeit in der breiten Öffentlichkeit vorhanden ist, und vor allem, dass das Angebot überhaupt besteht. Es ist auch erkennbar, dass die Ärzt\*innen positive Erfahrung mit der Arbeit der Sozialarbeiter\*innen der Beratungsstelle haben. Das daraus gewonnene Vertrauen ermutigt die Ärzt\*innen, Personen an diese Stellen zu verweisen. Diese Vermittlung lässt den Schluss zu, dass die vermittelnden Mediziner\*innen ihren Patient\*innen gute Weiterbetreuung gewährleisten können. Dies hat zur Folge, dass die Vermittler\*innen ihre Patient\*innen in guten Händen wissen und somit auch „beruhigt“ sein können.

### 8.1.2 Versorgung durch Interdisziplinäre Teams

Die Auswertung aller Interviews hat ergeben, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen am besten durch die Bereitstellung von interdisziplinären Teams gewährleistet und abgedeckt werden kann.

Gutzmann und Zank (2005:174) schreiben, dass die gesundheitlichen Probleme von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, meist mit zusätzlichen körperlichen, materiellen und sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Die überwiegend progredienten, irreversiblen Demenzprozesse sowie das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen, die sog.

Multimorbidität stellen besondere Herausforderungen dar. Dies erfordert meist gleichzeitig unterschiedliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Ebenso wird darauf hingewiesen, wie essenziell die Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams auf allen Ebenen der Versorgungsstruktur ist.

Eine Demenzerkrankung hat unterschiedliche Phasen und Verläufe. Laut Aussage einer Psychologin besteht während jeder Krankheitsphase ein anderer Bedarf hinsichtlich Unterstützung, Betreuung und Begleitung. *„...des verändert si jo über den Krankheitsverlauf, was sozusogn im Vordergrund steht und was do fia Frogn dosan.“* (TI10:167-168). Die Interviewpartnerin I10 spricht an, dass innerhalb von interdisziplinären Teams flexibel gehandelt werden kann. Dadurch kann den Bedürfnissen der Betroffenen, seien sie psychologischer, pflegerischer, medizinischer oder sozialarbeiterischer Natur, rasch Rechnung getragen werden (vgl. TI10: 88-91).

Dieses Erfordernis spricht auch I12 in seinem Interview an. Er ist der Ansicht, in einem interdisziplinären Team solle die Soziale Arbeit bereits bei der Diagnostik hinzugezogen werden. Es erscheint ihm am sinnvollsten, ein geriatrisches Assessment durchzuführen, und Aufgabe der Sozialarbeiter\*innen sei hier die „Activities of Daily Living“, kurz ADL (siehe Assessment 5.5), abzufragen und somit eine erste Bestandsaufnahme durchzuführen (vgl. TI12:68-72).

Dies lässt die Interpretation zu, dass es als erforderlich angesehen wird, den betroffenen Menschen und deren Angehörigen in der ersten Phase der Erkrankung bereits den Zugang zu Sozialer Arbeit zu ermöglichen, und dass die daraus resultierende Beratung, Begleitung und Unterstützung, sowie die rechtzeitige Vermittlung von materieller Hilfe und Ressourcen als bedeutsam erachtet wird.

Viele Patient\*innen sind speziell zu Hause nicht ausreichend versorgt. Bereits bei einer stationären Aufnahme wäre es erforderlich, die Bedürfnisse zu erfassen, die zusätzlich zu den medizinischen und pflegerischen Aspekten entstehen. Diese personellen, sachlichen, rechtlichen und finanziellen Belange haben in die Planung und Interventionen einzufließen, um eine gelingende Weiterversorgung nach der Beendigung der stationären Aufnahme zu gewährleisten. Die erwähnten Daten werden in einem Assessment erhoben (vgl. Vogel 2017:47-48).

Der Einsatz interdisziplinärer Teams mit Sozialer Arbeit wird auch in einem Interview mit einem Arzt befürwortet. Er weist insofern auf eine notwendige Flexibilität in der Zusammenstellung der Teams hin, als im Bedarfsfall zu Pflege, Medizin und Sozialarbeit auch verschiedene Therapeuten zum Einsatz kommen sollen (vgl. TI9:48-51). Darauf weist auch I10 hin, wenn sie im Interview einen situationsangepassten Einsatz von unterschiedlichen Professionen fordert. Sie erwähnt ebenfalls, dass es erforderlich ist, die unterschiedlichen Berufsgruppen „je nach Bedarf“, sei es im pflegerischen Bereich oder wenn sozialarbeiterische Kompetenz gefordert ist, einzusetzen (vgl. TI10:86-91).

Die Diagnostik und vor allem die Therapieentscheidung bei Demenzerkrankten sollte interdisziplinär und multiprofessionell ausgelegt sein. Ein verstehender, personenzentrierter Zugang zu Menschen mit Demenz nach Tom Kitwood sollte universell gelten und sich nicht nur auf die Pflege beziehen. So bezeichnet Kitwood Teilhabe als ein wichtiges Grundbedürfnis demenziell erkrankter Menschen. Soziale Arbeit hat die Aufgabe, den Betroffenen eine optimale Teilhabe am Alltagsleben zu ermöglichen. Darüber hinaus ist es auch erforderlich, Flexibilität in der Zusammensetzung interdisziplinärer Teams zu ermöglichen und im Bedarfsfall Seelsorger\*innen oder etwa auch Ethiker\*innen hinzuzuziehen (vgl. Pöschl / Spannhorst 2018:33-34).

Die Psychologin der Demenzservicestelle erzählt von Erfahrungen der gelungenen Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. In diesem Fall handelt es sich um die Professionen Psychologie und Soziale Arbeit. Sie berichtet von den wahrgenommenen Vorteilen. Die Zuständigkeiten und Kompetenzbereiche sind klar getrennt und aufgeteilt. Als sehr wertvoll erlebt sie, dass die Sozialarbeiter\*in Expert\*in in Bereichen ist, welche ihr als Psychologin zwar interessant erscheinen, in denen sie aber kein Fachwissen besitzt. Sie nimmt die Zusammenarbeit als enorme Entlastung wahr, da sie sich auf ihren eigenen Auftrag konzentrieren kann. Der ständige Austausch im Team ist erforderlich und wertvoll, da sich so unterschiedliche Perspektiven eröffnen und es hilft, die Gesamtheit und die Lebenswelten der Klient\*innen zu sehen. Weitere Interventionen können, basierend auf diesem Austausch, gezielt eingeleitet werden (vgl. TI11:151-160).

Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt einerseits das Wissen um Fähigkeiten und Kompetenzen als auch um die Grenzen der eigenen Profession, andererseits den Respekt vor dem Know-How anderer Professionen (vgl. GPG).

Die Ergebnisse der Auswertung der Interviews decken sich mit Inhalten aus der Literatur, wenn auf die zahlreichen Vorteile in der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams hingewiesen wird. Etwa wird die Nutzung von spezifischen Kompetenzen der Gesundheitsberufe sowie koordinierte Leistungserbringung und eine ganzheitliche Betrachtung der Versorgungserfordernisse positiv hervorgehoben (vgl. Pöschl / Spannhorst 2018:53). In diesem Zusammenhang wird die herausragende Rolle der Sozialen Arbeit ersichtlich (vgl. ebd.:33).

Sowohl die Aussagen der Interviewpartner\*innen als auch die Ergebnisse der Literaturrecherche lassen vermuten, dass Demenz als soziales Phänomen angesehen wird, welches zu komplexen Herausforderungen führt. Die Versorgung der Menschen mit Demenz bedarf eines umfangreichen und mannigfaltigen Wissens. Es kann daraus geschlossen werden, dass keine einzelne Profession alle diese Bereiche abdecken kann. Es bedarf einer Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen, um alle Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu erfassen und abzudecken. Die Interviewpartner\*innen erkennen alle die Dimension und Weitläufigkeit der Demenzberatung, für sie stehen die erkrankten Menschen als Persönlichkeiten mit all ihren Bedürfnissen und ihrer Menschenwürde im Mittelpunkt. Es erschließt sich die Wertigkeit aller einzelnen Professionen. Als essenzieller Teil wird Soziale Arbeit angesehen. Die Erfüllung der Bedürfnisse über die eigene

Berufsgruppe hinaus, im Sinne der Lebensqualität der erkrankten Menschen, ist deutlich zu erkennen.

## 8.2 Nutzen und Mehrwertkomponenten

Die Interviewpartner\*innen machten nach ihren Angaben alle Erfahrung mit Sozialer Arbeit im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in der Betreuung demenzkranker Menschen. Diese Kenntnisse beruhen, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, auf der Zusammenarbeit und dem Erleben in unterschiedlichen Settings. In den Interviews kommt deutlich zum Ausdruck, wie stark der Bedarf an Sozialer Arbeit aus Sicht der Interviewpartner\*innen in der Demenzberatung gegeben ist. Die Erfahrungen aus der Zusammenarbeit und das Erleben von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung stellen sich in mehreren Komponenten dar.

Der folgende Abschnitt dieser Arbeit zeigt die wahrgenommene Vielseitigkeit von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung.

In allen Interviews kam ganz deutlich zum Ausdruck, dass die Soziale Arbeit in der Demenzberatung einen Mehrwert darstellt. Die Bereicherung und Unterstützung durch diese Berufsgruppe werden in den folgenden Punkten verdeutlicht.

### 8.2.1 Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

#### ■ psychosoziale Betreuung und Begleitung

Die Diagnose einer Demenzerkrankung stellt alle Betroffenen und deren Angehörige vor unermessliche Hürden. Die Patient\*innen sowie deren Angehörige zeigen eine Reihe emotionaler Reaktionen. Diese reichen von mangelnder Einsicht oder Verleugnung der Diagnose bis hin zu Trauerreaktionen und Krisenerleben hinsichtlich bereits eingetretener Verluste infolge der Demenz. Betroffene befinden sich oftmals in einem psychischen Ausnahmezustand und sind aufgrund dessen nicht in der Lage weitere Informationen aufzunehmen. Die Aufklärung über die Diagnose ist aber von großer Bedeutung für alle Beteiligten und sollte sich als individueller, andauernder Prozess und fundamentaler Teil einer langfristigen Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen verstehen (vgl. Lämmle et al. 2012:120).

Alle vier Interviewpartner\*innen sprechen in dieser Phase der Krankheit der emotionalen Begleitung der Betroffenen durch Soziale Arbeit einen hohen Stellenwert zu. Eine interviewte Psychologin betont, wie erforderlich sie es für die betroffenen Personen erlebt hat, in dieser ersten Phase der Krankheit eine Person an der Seite zu haben, welche einem Halt gibt. Diese Rolle der Stütze, der\*des Vertrauten sieht sie in der Sozialarbeit verankert. Nach Aussagen der Interviewpartnerin haben die Angehörigen das Bedürfnis, sich jemandem

Professionellen zu öffnen. Der Bedarf an Gesprächen zur Entlastung und über Schwierigkeiten, Belange und Bedürfnisse auch außerhalb des medizinischen und pflegerischen Kontextes hinaus, ist in dieser ersten Phase unmittelbar nach der Diagnose zweifellos gegeben. Sie weist explizit auf den Wert dieser Gespräche hin und welche Unterstützung und Erleichterung sie darstellen (vgl. TI10:182-190).

Ebenso betont ein Arzt in einem Interview, dass er die Begleitung durch Sozialarbeiter\*innen in dieser Phase der Erkrankung als Entspannung für die Angehörigen erlebt hat. I12 beschreibt weiter, wie emotional erleichternd und unterstützend es für die Angehörigen ist, Gesprächspartner\*innen außerhalb des medizinischen und pflegerischen Settings, in diesem Falle Sozialarbeiter\*innen, an ihrer Seite zu haben. Er führt an, dass die Wesensveränderungen der erkrankten Personen die Angehörigen vor eine große Herausforderung stellen und bezeichnet die Soziale Arbeit in diesem Bereich wörtlich als „*Goldes Wert und extrem notwendig*“ (TI12:46-47).

Das Leben von Angehörigen und Freunden von an Demenz erkrankten Personen verändert sich ebenso radikal wie das der erkrankten Menschen selbst. Zusätzlich zum Nachlassen des Gedächtnisses stellt das veränderte Verhalten des Vaters, der Mutter, des\*der Partner\*in, der Großeltern oder des\*der Freund\*in die Angehörigen vor eine unbewältigbar erscheinende Herausforderung. Die Angehörigen haben neben pflegerischen und mit der Betreuung verbundenen Belastungen auch noch die Aufgabe, sich von einem geliebten Menschen zu verabschieden, dessen Nähe und Vertrautheit sich immer weiter in Entfremdung wandelt (vgl. Buchebner-Ferstl / Geserick 2019:14).

Eine Demenzdiagnose stellt für viele Beteiligte den Beginn einer traumatischen Krise dar.

*„Die Traumatische Krise ist eine durch einen Krisen Anlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich aufkommende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit und/oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten bedroht.“* (Cullberg 1978:o.A.; zit. in Sonneck et.al. 2016:33).

Das Wissen um den Verlauf von Krisen und den adäquaten Einsatz von Interventionsschwerpunkten zur richtigen Zeit ist, den Auswertungen nach, eine Fähigkeit von Sozialer Arbeit. Ärzt\*innen sind bestens ausgebildet, um sich der Behandlung von erkrankten Menschen zu widmen. Sie sind erleichtert, wenn sie ihre zeitlichen Ressourcen ihrem beruflichen Auftrag zufließen lassen können (vgl. TI12:61-62). Weiters beruhigt es sie zu wissen, dass die Menschen von bestausgebildeten Professionist\*innen begleitet werden.

Im Zusammenhang mit dieser Thematik erwähnt I11, dass die mentale Belastung für pflegende Angehörige ein großes Problem darstellt. Sie beschreibt Sozialarbeiter\*innen als Gesprächspartner\*innen für Entlastungsgespräche. Die Gespräche beinhalten die Erhebung von Problemlagen, „Activity of Daily Living“ sowie von Depressionsfragebögen und Belastungsfragebögen (vgl. TI11:165-193).

Die Tatsache, dass Sozialer Arbeit in dieser Phase der Erkrankung ein dermaßen hoher Stellenwert zugesprochen wird, lässt darauf schließen, dass der erworbenen Kompetenz der Gesprächsführung von Sozialarbeiter\*innen eine zentrale Bedeutung zukommt.

Unter einem Gespräch ist methodisches, kooperatives und kommunikatives Handeln und Problemlösen zu verstehen. Es wird dadurch wesentlich umfangreicher als eine Beratung und sollte damit nicht gleichgesetzt oder verwechselt werden. Gesprächsführung gilt als Grundkompetenz der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit unterstützt Klient\*innen in gelingender Lebensbewältigung durch strukturelle, materielle, soziale und personale Hilfen (vgl. Widulle 2012:14).

*„Ein Großteil von personen- und sachbezogenen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen gelangt nur vermittelt durch Gespräche an die Adressat\*innen der Sozialen Arbeit. Fachwissen, Analyse- und Problemlösefähigkeit können gut beherrscht werden, durch laienhafte Gesprächsführung bleibt das fachliche und fallbezogene Können aber wirkungslos oder wird zunichte gemacht.“ (Widulle 2012:15).*

Sozialarbeiter\*innen werden als Wegbegleiter\*innen für die Betroffenen bezeichnet. So betont eine Psychologin in einem Interview, wie entlastend sie es für die Angehörigen erlebt hat, dass Sozialarbeiter\*innen als Begleiter\*innen zur Verfügung standen. Sie erwähnt, allein das Wissen um diese Begleitung nimmt den Menschen schon eine große Last (vgl. T110:206-208). Auch aus dem Interview mit einem der Ärzte, I12, geht hervor, dass der emotionalen Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen eine nicht zu unterschätzende Rolle zukommt. Weiters bezeichnet er den\*die Sozialarbeiter\*in als jemanden, der ein Stück des Weges begleitet. *„Für Angehörige ist es einfach wichtig, dass der einfach da ist. Dass sie jemanden haben, den sie auch anreden können“ (T112:55-56).* Er führt weiter an, dass Mediziner\*innen von Betroffenen zwar schon als Ansprechpartner\*innen gesehen werden, aber oft eine Scheu und Befangenheit besteht und die Betroffenen zurückhaltend sind, Ärzt\*innen spezifische Fragen zu stellen.

*„Der betreuende Arzt, meistens der Hausarzt, oder auch der Facharzt einer Abteilung ist sehr wohl ein Ansprechpartner, aber die Patienten wissen bei den Mediziner\*innen ganz genau, dass die relativ wenig Zeit haben. Ja, und ah sind dann auch zurückhaltend, trauen sich oftamal auch gewisse Sachen nicht zu fragen.“ (T112:56-60).*

Ein Arzt bestätigt in einem Interview die Rolle der Sozialen Arbeit als emotionale Stütze, indem er sie als „Entspannung für die Angehörigen“ bezeichnet. Er erwähnt die Schwierigkeiten der Angehörigen mit den Persönlichkeitsveränderungen der erkrankten Personen. Die zusätzliche Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen für die Angehörigen formuliert er so: *„Das ist Goldes wert. Also des is, des is extrem notwendig in diesem Bereich“ (T112:42-47).* Weiters betont er, dass den Angehörigen die Fähigkeit fehlt alles selbst zu machen. Die Begleitung durch die Soziale Arbeit bezeichnet er als enorme emotionale Unterstützung und streicht hervor, wie wichtig Sozialarbeiter\*innen in dieser Zeit für die Menschen als „Wegbegleiter\*innen“ sind (vgl. T112:50-57).

#### ■ Rechtliche und bürokratische Unterstützung

Ein weiterer zentraler Aspekt der Datenanalyse ist die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit in ihrer Funktion als Unterstützer\*in in rechtlichen Belangen.

Viele Aussagen der Interviewpartner\*innen weisen darauf hin, dass Sozialarbeiter\*innen als „Kenner\*innen des Systems“ gesehen werden. So betont I9, wie wichtig es in seinen Augen ist, auf Professionist\*innen zählen zu können, welche von Wissensbereichen Kenntnis besitzen, die sich rasch ändern. Er nimmt explizit Bezug auf das neue Erwachsenenschutzgesetz, erwähnt aber auch Sachlagen wie Veränderungen von Versorgungsmöglichkeiten. Den Mehrwert verdeutlicht er in dem Zitat *„Ahh... wo man dann angewiesen ist und sehr dankbar ist, wenn jemand sich da wirklich auskennt und an des quasi gaunz besser näherbringt, auf wos kummts an sozusagen, [...]“* (TI9:41-43).

Hieraus erschließt sich eindeutig die Wertigkeit, Bedeutsamkeit und das Vertrauen in die professionelle Kompetenz Sozialer Arbeit. Sozialarbeiter\*innen werden wertgeschätzt, weil sie über umfangreiches und spezifisches Wissen verfügen. Weiters kann auch daraus abgeleitet werden, dass Vertreter\*innen der Sozialen Arbeit sich in ihrer Qualifikation und ihrem Fachwissen immer weiterbilden und weiterentwickeln und auf dem Laufenden bleiben. Gesetze und Beschlüsse unterliegen oftmals raschen Veränderungen. Sozialer Arbeit wird die fachliche Kompetenz zugeschrieben, immer die aktuellsten Neuerungen im Blickfeld zu haben und diese entsprechend umzusetzen.

Auch in der Literatur ist nachzulesen, wie essenziell es für die Beratung und Unterstützung in rechtlicher und bürokratischer Hinsicht ist, dass sich die Sozialarbeiter\*innen durch entsprechende Fortbildungen immer wieder auf den aktuellsten Stand der rechtlichen Lage bringen müssen (vgl. Vogel 2017:5).

Das Fachwissen von Sozialarbeiter\*innen steht klar im Fokus der Ergebnisse der geführten Interviews. I12 zum Beispiel erwähnt während des Gesprächs, dass er den professionellen Mehrwert von Sozialer Arbeit darin sieht, dass vielen Betroffenen Wissen hinsichtlich medizinischer, pflegerischer, aber auch materieller und rechtlicher Belange fehlt und Soziale Arbeit diese entstandene Leerstelle füllt. Durch ihre Fachkenntnis und das Expert\*innenwissen im inhaltlichen, rechtlichen, materiellen und bürokratischen Bereich, bieten Sozialarbeiter\*innen professionelle Unterstützung (vgl. TI12:50-51).

I10 spricht zum einen von fehlendem Fachwissen Angehöriger und Professionist\*innen außerhalb Sozialer Arbeit und zum anderen auch von mangelnden Ressourcen bei Ärzt\*innen und Psycholog\*innen. Ganz deutlich zum Ausdruck kommt in den Interviews, dass Soziale Arbeit Bereiche abdeckt, welche von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen nicht abgedeckt werden könnten (vgl. TI10:94-102, 156-159). Die Soziale Arbeit füllt Lücken aus, welche offen bleiben würden. So führt etwa I10 weiter an, dass in einem Fall keine Sozialarbeiter\*in involviert war und die Patientin *„ned professionell sondan hoit anfoch ausn Hausverstaund aus“* (TI10:160) von ihr betreut wurde. Sie führt weiters aus, dass Soziale Arbeit dringend nötig gewesen wäre um ein „vorhandenes Chaos“ beseitigen zu können. Sie schreibt Sozialer Arbeit Unterstützung in praktischen Dingen zu. Dazu zählt sie unter anderem Anträge oder Behördenwege (vgl. TI10:172-177).

Aufgrund der demografischen Entwicklungen verändern sich die Bevölkerungsstrukturen. Die Lebenserwartung der Menschen erhöht sich und damit geht die Zunahme von Pflegebedürftigkeit einher. Um menschenwürdige Pflege und Betreuung zu garantieren, wurden viele Rechte und Gesetze von alten und kranken Menschen gesetzlich verankert.



Daraus entstand eine Komplexität unterschiedlicher Möglichkeiten und Rechte hinsichtlich des Angebots-, Leistungs- und Hilfespektrums. Diese Vielfalt wird für Betroffene und Angehörige undurchsichtig und unüberschaubar. Professionelle Beratung ist unabdingbar und Aufgabe der Sozialen Arbeit (vgl. Pare 2018:4).

#### ■ Finanzielle Unterstützung und Vermittlung von Ressourcen

Die dritte große Mehrwertkomponente betrifft den Faktor Finanzielles. Die individuelle Information und Beratung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in finanziellen Fragen wird eindeutig der Sozialen Arbeit zugesprochen. Es wird, wie bereits im vorhergehenden Punkt ausgeführt, den Sozialarbeiter\*innen Expert\*innenwissen zugesprochen. Die Interviewpartner\*innen beschreiben die Situation der Menschen mit Demenz nach der Diagnosestellung als psychischen Ausnahmezustand, in welchem sie oftmals als nicht handlungsfähig gesehen werden.

Finanzielle Belastungen, etwa durch den Zukauf von Pflege, den Ankauf von Hilfsmitteln, Therapien oder Medikamenten, entstehen. Pflegende Angehörige reduzieren oftmals ihre Arbeitszeiten, dies führt zu finanziellen Einbußen. Ebenso kommt es häufig zu frühzeitigen Pensionierungen aufgrund der Übernahmen pflegerischer Tätigkeiten, was wiederum mit Verdiensteinbußen verbunden ist (vgl. Sozialministerium o.A.b:151). Der Mehrwert der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung wird aus Sicht von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen ganz klar auch an diesem Punkt erkennbar.

Sozialarbeiter\*innen verfügen über ein umfangreiches Ressourcenwissen hinsichtlich Einrichtungen, Beratungsstellen, mobiler Dienste im jeweiligen Sozialraum der betroffenen Menschen. Die Betreuung durch Soziale Arbeit ermöglicht passgenaue und bedarfsgerechte Vermittlung der jeweiligen Versorgungsleistungen (vgl. GPG).

In einem Interview kommt zum Ausdruck, dass die Faktoren Scham, Scheu und Unwissenheit bei den betroffenen Menschen eine große Rolle spielen. Die Menschen trauen sich oftmals nicht nachzufragen, ob für sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung besteht, weil sie Angst haben sich eine finanzielle Schwäche eingestehen zu müssen (vgl. TI10:109-110).

Der Anspruch auf Pflegegeld ist oftmals bekannt, und die Antragstellung wird zum Teil noch von professionellen Pflegepersonen übernommen, jedoch führt I10 weiter aus „*wo wir aunstengan is jetzt zum Beispiel bei irgendwöchen Fragen der Finanzierung.*“ (TI10:94-95).

Diesen Worten ist zu entnehmen, dass die finanzielle Problematik den professionellen Betreuer\*innen von Menschen mit Demenz bewusst ist. Das spezifische Wissen um das Angebot von Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten übersteigt allerdings den jeweiligen Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich. Weiters lässt es den Schluss zu, wie wichtig es erachtet wird, eine Profession an seiner\*ihrer Seite zu haben, welche auf diesem Bereich über entsprechendes Zusatzwissen verfügt.

Es ist auch zu interpretieren, dass der Umstand, nicht über die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen Bescheid zu wissen, ein gewisses Ohnmachtsgefühl erzeugt, welches für die Ärzt\*innen und Psycholog\*innen als belastend erlebt wird. Trotz des Wunsches, die Patient\*innen bestmöglich versorgen und betreuen zu können, gibt es Grenzen wodurch die Idealversorgung nicht geboten werden kann.

In dem Interview wird deutlich ausgesprochen, dass Soziale Arbeit jene Profession ist, welche mit den betroffenen Personen „Kloatext sprechen kaun“ (T110:134). Klartext hinsichtlich weiterer Versorgung und Betreuung. I10 bezieht sich auf Fragen wie etwa nach einer Heimbetreuung und deren finanzieller Auswirkung. Hier verdeutlicht sich nun noch einmal, wie eng die organisatorische und bürokratische Unterstützung und der finanzielle Faktor miteinander verwoben sind. Ebenso lässt sich das bereits erwähnte Vertrauensverhältnis von Patient\*innen und deren Angehörigen zu Sozialarbeiter\*innen ableiten. Diese werden offenbar auf einer anderen Ebene erlebt als Ärzt\*innen.

Oftmals, so lässt sich deuten, handelt es sich bei den betroffenen Personen um ältere Menschen, welche aufgrund ihrer Erziehung und Sozialisation enormen Respekt vor Ärzt\*innen und Psycholog\*innen haben. Spezifische Fragen trauen sich die Menschen gar nicht zu stellen und nehmen sich so auch manchmal die Möglichkeit, Antwort auf ihre Fragen zu bekommen. Sozialarbeiter\*innen allerdings werden eher als Teil ihrer Lebenswelt gesehen und die Hemmschwelle Fragen zu stellen ist geringer.

Kritisiert wird in diesem Zusammenhang einmal mehr die fehlende, flächendeckende Versorgung durch Soziale Arbeit. I10 weist darauf hin, dass Informationen nicht allen Menschen in gleicher Weise zugänglich sind, ihrer Aussage nach ist Information nur punktuell und nicht flächendeckend zu bekommen.

*„jo. I man i denk a bissl passiert jo ah a bissl sozusogn üwa Pflegegöd, do gibt`s jo a irgendwo Unterstützung, owa des is hoit a, wia soi i sogn, des is glaub i a immer nur punktuell es is jetzt oiso ned wirklich flächendeckend und dass jeder jetzt alle...Information griagt, sondern maunche griang hoit a bissal a Information. Ja?... U n d i denk ma, wenn es do regional Sozialarbeiter gibt, de do wirklich Bescheid wissen, daun, daun wär de Wahrscheinlichkeit gressa, das anfoch viele Betroffene viele Informationen griang.“ (T110:139-145).*

Es wird hier eindeutig auf eine Versorgungslücke hingewiesen, welche eine Ungleichbehandlung der betroffenen Menschen mit sich zieht.

Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung ist auch für Menschen mit Demenz anzuwenden. Die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Demenz sind in allen Bereichen zu respektieren und zu stärken, vor allem die Prinzipien des Respekts vor der Würde, der individuellen Autonomie, der Nichtdiskriminierung sowie der Inklusion im Sinne eines vorbehaltlosen Eingeschlossenseins in die Gesellschaft und der Partizipation im Sinne einer effektiven Teilhabe an der Gesellschaft (vgl. Ethikrat o.A.:94).

Die Rolle der Vermittler\*innen und Multiplikator\*innen von essenziellen Informationen für Menschen, um auch in Krankheit ein würdevolles Leben leben zu können, obliegt Sozialer Arbeit, wie im Punkt 4, „Auftrag von Sozialer Arbeit in der Demenzberatung“, ausgeführt ist.

Hier findet sich die im Punkt Versorgungslandschaft angeführte Aussage von Ärzten über den Mangel an Versorgung durch Sozialarbeit außerhalb des stationären Settings wieder.

### 8.2.2 Für das Gesundheitssystem

Laut österreichischem Demenzbericht 2014 wurden die Kosten für Demenz für das Jahr 2009 für Österreich auf 2,9 Mrd. Euro geschätzt (vgl. Sozialministerium o.A.b:165). Weiters wird angeführt, dass es in Zukunft, zu einem beachtlichen Anstieg der Demenz-Kosten kommen wird.

I9 erkennt hier ein Potential sozialarbeiterischer Kompetenz, indem er sagt

*„[...] i glaub des. Und die Sozialarbeit signifikant dazu beitragen kann, dass auch stationäre Aufenthalte nicht länger als notwendig stattfinden, dass das also ist für mich auch schon ein Mehrwert, wenn jetzt des ois, sozusagen oisam, irgendwie von an von an, ahm finanziellen Aspekt a betrifft, ahm weil sonst Patienten vü länger in irgendwelchen Einrichtungen wären. Zum Beispiel im Spital oder anderswo, und wo sie eigentlich gar ned hinmüssten, die teuer sind und die auch gor ned so gut sich um den Patienten spezifisch kümmern könnten, als die Einrichtung wo er eigentlich hin sollte. Und ich find da gibt es niemand anderen als die Sozialarbeit die a sich da auskennt und da sich quasi, sich dem zuwidmen kann, sozusagen und exklusiv. Exklusiv, ja.“ (TI9:67-75).*

Im Zusammenhang mit dieser Thematik erwähnt I10, dass Soziale Arbeit im Rahmen der Beratung frühzeitig, also präventiv handeln kann und somit auf lange Sicht einen Beitrag leistet, der sich kostensparend auf das Gesundheitssystem auswirken kann. Präventivarbeit trägt dazu bei, Probleme schon in ihrer Entstehung zu erkennen, die Handlungsfähigkeit zu stärken und hilft Folgekosten zu sparen, welche das Gesundheitssystem belasten würden (vgl. TI10:195-197).

Auch in der Literatur wird erläutert, dass Präventivarbeit Verlauf und Krankheit positiv beeinflussen und somit auch die Kostenentwicklung dämpfen kann. Inwieweit dies allerdings zum Tragen kommt, hängt von der Gestaltung der Versorgungssysteme ab, und davon, ob alle demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörige Zugang zu diesen Versorgungsangeboten haben (vgl. Sozialministerium o.A.b:143).

### 8.2.3 Für Ärzt\*innen und Psycholog\*innen

Der gewonnene Benefit durch Soziale Arbeit in der Demenzberatung bezieht sich nach der Analyse des Datenmaterials neben Betroffenen und deren Angehörigen, sowie dem Gesundheitssystem auch auf die befragten Professionen selbst.

Soziale Arbeit wird aus Sicht einer Psychologin als Partner\*in in der Versorgung von Menschen in schwierigen/belastenden Situationen wahrgenommen. Die Interviewpartnerin führt weiter aus, dass sie durch die Zusammenarbeit die Möglichkeit erhält, sich voll und ganz auf die erkrankte Person zu konzentrieren. Es ist eine Entlastung für sie, wenn sie

weiß, dass jemand das große Ganze rund um den erkrankten Menschen im Blickfeld hat (vgl. GPG).

Sozialarbeiter\*innen verfügen über die Kompetenz, Probleme von Klient\*innen ganzheitlich in ihren wechselseitigen Bezügen wahrzunehmen und diesen Verstehensprozess dialogisch zu ordnen. Der\*die Klient\*in wird in den Mittelpunkt gestellt und Interventionen auf verschiedenen Ebenen mit verschiedenen Methoden angewendet. Sozialarbeiter\*innen sehen die Anliegen und Probleme von Klient\*innen in ihren Wechselwirkungen und Zusammenhängen und organisieren dementsprechende Unterstützungsnetzwerke (vgl. Erhardt 2010:26-28).

Entlastend, erleichternd und unterstützend wird die Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit auch von den befragten Ärzten dargestellt. Sie können „ihre“ Arbeit machen und ihren Fokus ausschließlich auf die erkrankten Menschen richten, im Wissen, dass das Umfeld der Menschen mit Demenz emotional, psychosozial sowie auch sozialrechtlich bestens versorgt wird (vgl. T19:38, vgl. T112:23-24).

I12 bringt diesen Wertzuwachs mit einem Zitat auf den Punkt

*„Und ganz ehrlich, die meisten Ärzte interessiert das ganze Bürokratiezeug gar nicht. Die möchten gute Medizin betreiben, und das ist extrem hilfreich. Also ich, ich bin um, um Sozialarbeit, ich war so extrem froh, dass wir eine Sozialarbeiterin hatten, das war so eine Hilfe.“ (T112:61-64).*

Eine Psychologin verdeutlicht auch in einem Interview, wie entlastend und bereichernd sie es für sich selbst empfindet, mit einer Sozialarbeiterin zusammenzuarbeiten. Sie betont, wie wichtig ihr der Austausch mit ihrer Kollegin und die gewonnenen Erkenntnisse erscheinen. Die Problemlagen auch aus einer anderen Perspektive verdeutlicht zu bekommen und neue Sichtweisen zu erhalten, ist für sie von großer Bedeutung (vgl. T111:153- 157).

Die Sozialarbeiter\*innen sind Kolleg\*innen, welche über Expert\*innenwissen in gesetzlichen Belangen verfügen. An dieser Stelle betont sie deren Wissen über GIS Gebührenbefreiung, Rezeptgebührenbefreiung und Pflegegeld. Sie erkennt einen Mehrwert für sich darin, darauf vertrauen zu können, dass Soziale Arbeit hier unterstützend für die Betroffenen agiert und sie als Psychologin sich ausschließlich um ihre Zuständigkeiten kümmern kann. I11 führt weiters aus, sich sehr wohl zu interessieren für Angelegenheiten wie etwa Pflegegeld, doch mit ruhigem Gewissen dies an die Soziale Arbeit abgeben zu können (vgl. T111:230-234).

Die Aussagen der interviewten Personen lassen die Interpretation zu, dass sie erleben konnten, welchen inhaltlichen Mehrwert Sozialarbeiter\*innen durch ihr „Expert\*innenwissen“ und ihre Rolle als „Kenner\*innen des Systems“ in der Demenzberatung bieten. Sie sprechen offen an, dass es ihnen wichtiger ist, ihre Arbeit am Menschen mit Demenz bestmöglich zu erledigen. Sie empfinden Soziale Arbeit als entlastend, da diese über das nötige Wissen verfügt, um die betroffenen Menschen und deren Angehörige ganzheitlich, systemisch zu versorgen.

Auffällig ist, dass einige wesentliche Bereiche von den Ärzt\*innen und Psycholog\*innen nicht erwähnt wurden. Pflegegeld und das neue Erwachsenenschutzgesetz wurden sehr wohl

thematisiert und sind im Bewusstsein der Betreuenden verankert. Die Informations- und Angebotsbreite ist allerdings viel weiter gefächert

### 8.3 Öffentlichkeitsarbeit- Vernetzung

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung bezeichnet eine Psychologin als Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit. Sozialarbeiter\*innen initiieren, informieren und aktivieren Kommunikationsprozesse zwischen Betroffenen, der Öffentlichkeit sowie Ärzt\*innen und Psycholog\*innen (vgl. GPG). Die Information der Gesellschaft und das Einbringen von Themen in die öffentliche Kommunikation bewirken Verständnis für soziale Belange als auch sozialarbeiterisches Tun. Die Aufklärung über Angebotsstrukturen ins Teil davon (vgl. Puhl / Thorun 2011:621-623).

Das Wissen um Soziale Arbeit in der Demenzberatung und somit der Zugang zu Versorgungsangeboten und Interventionsmöglichkeiten ist sozialarbeiterischer Kompetenz zu verdanken. I11 berichtet - wie bereits erwähnt - von der Aufbauarbeit der Demenzberatungsstellen in Oberösterreich. Die Vernetzung mit Ärzt\*innen in der näheren und ferneren Umgebung, die Bewerbung der Angebote sowie das Abhalten von Informationsnachmittagen und -abenden liegt in der Hand von Sozialarbeiter\*innen. Den Mehrwert in diesem Bereich bezeichnet sie treffend „[...] *Der Sozialarbeiter ist der, der vielleicht in unserer Demenzservicestelle den Ball am Laufen hält.*“ (T111:248-249).

Sozialarbeiter\*innen decken Bedürfnisse auf, erkennen kritisch Lücken am Versorgungssystem und sind gut vernetzt. Aufgabe Sozialer Arbeit ist es, durch Öffentlichkeitsarbeit Leestellen und Lücken im Versorgungssystem zu erkennen, darauf aufmerksam zu machen und diese auszufüllen (vgl. T19:63-65).

## 9 Resümee

Die Ergebnisse der Forschung verdeutlichen, dass Soziale Arbeit in der Demenzberatung aus der Sicht von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen definitiv einen Mehrwert darstellt.

In der Betreuung von Menschen mit Demenz fand ein Paradigmenwechsel statt. Die Sichtweisen änderten sich weg von der ausschließlichen Konzentration auf den Krankheitsprozess und dem Management von Verhaltensweisen und Begleitsymptomen hin zu einem Person-Sein der Menschen mit Demenz unter Beachtung ihrer sozialen Bezüge. In diesem psychosozialen Modell wird Demenz als Krankheit betrachtet, in der die erkrankte Person in ihrer Ganzheit gesehen wird. Körperlichen Faktoren werden eine ähnlich wichtige Rolle zugeordnet wie Biografie, Persönlichkeit und sozialem Umfeld (vgl. Kitwood 2008:o.A; zit. in Pöschel / Spannhorst 2018:19). Die Beeinträchtigung von Menschen mit Demenz

durch die Erkrankung hängt entscheidend von der Qualität von Pflege und Betreuung ab (vgl. Sträßler / Cofone 2000:o.A.; zit. in Pöschel / Spannhorst 2018:19).

Die Ergebnisse der Forschung lassen darauf schließen, dass die befragten Personen, wie Kitwood es beschreibt, die erkrankten Menschen in ihrem Person-Sein in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungsweise stellen. Es zeigt sich, dass Demenz als allumfassendes Phänomen angesehen wird und die aus der Krankheit resultierenden Problemlagen von medizinischer und pflegerischer Seite allein nicht ausreichend und erfüllend abgedeckt werden können. Um eine Betreuung, Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durchgängig zu ermöglichen, bedarf es der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen.

Innerhalb dieser interdisziplinären Teams wird Sozialer Arbeit ein hoher Stellenwert zugeordnet. Die Erfahrungen der befragten Personen und die daraus resultierenden Ergebnisse der Datenanalyse sind begründet in der Zusammenarbeit solcher Teams.

Es zeigt sich, dass der festgestellte Mehrwert durch Soziale Arbeit von der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen über den Benefit für das Gesundheitssystem bis hin zum Profit für Ärzt\*innen und Psycholog\*innen reicht.

Als Mehrwert für die betroffenen Personen wird explizit die Beratung, Entlastung und Unterstützung im psychosozialen Bereich genannt. Sozialarbeiter\*innen werden als Vertraute und Wegbegleiter\*innen bezeichnet, welche in den verschiedenen Phasen der Erkrankung den betroffenen Menschen eine wertvolle emotionale Stütze sind. In der Beratung, einer der grundlegenden Kompetenzen der Sozialen Arbeit, werden die Angehörigen zum einen entlastet, zum anderen erhalten sie Informationen über den möglichen Krankheitsverlauf und die Wesensveränderungen.

Der Qualitätszuwachs durch Soziale Arbeit wird weiters ersichtlich in der Darstellung von Sozialarbeiter\*innen als „Kenner\*innen des Systems“, welche mit ihrem Expert\*innenwissen an die Lebenswelt der erkrankten Menschen anschließen können. Der Wissensvermittlung hinsichtlich Ressourcen und auch sozialrechtlichen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten wird eine wesentliche Bedeutung zugesprochen.

Für das österreichische Gesundheitssystem lässt sich aus Sicht von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen ebenfalls ein Mehrwert erkennen. Soziale Arbeit sollte möglichst frühzeitig als professionelle Unterstützung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige hinzugezogen werden. Durch die Durchführung von Assessments und die Erhebung diverser Bedürfnisse von betroffenen Personen und deren Angehörigen wird Sozialer Arbeit die Möglichkeit geboten, Präventivarbeit zu leisten, durch geeignete Interventionen die Versorgung der Menschen best- möglich zu gewährleisten. Dies stellt in weiterer Folge einen Beitrag zur Entlastung des Gesundheitssystems dar.

Ein großer Mehrwert, der zu erkennen ist und sich während der Forschung wiederholt bestätigt hat ist, dass Soziale Arbeit eine verlässliche Profession darstellt. Es wird ersichtlich, dass in einem Setting, in welchem auf Sozialarbeiter\*innen zurückgegriffen werden kann, es

den anderen Professionen möglich ist, sich mit ruhigem Gewissen auf den eigenen Auftrag, die Arbeit am erkrankten Menschen, zu konzentrieren. Das Wissen um die Begleitung und Versorgung der Betroffenen in allen Lebensbereichen entlastet, unterstützt und stärkt Ärzt\*innen und Psycholog\*innen gleichermaßen.

Dieser Mehrwert, welchen Soziale Arbeit bietet, kann allerdings, den Auswertungen zufolge, nicht allen Menschen in gleicher Weise zuteilwerden. Die Versorgung für Menschen mit Demenz ist in Niederösterreich, im Unterschied zu anderen Bundesländern, stark abhängig davon, in welchem Setting Demenz diagnostiziert wird. Wird eine Demenzdiagnose in einem Krankenhaus erstellt, in welchem Krankenhaussozialarbeit etabliert ist, so wird mit den Betroffenen Kontakt aufgenommen und ein Assessment durchgeführt. Kritisch angemerkt wird, dass die sozialarbeiterische Betreuung mit Beendigung des Krankenhausaufenthaltes ebenso beendet ist. Den betroffenen Personen wird die Versorgung in medizinischer, pflegerischer Hinsicht gewährleistet, jedoch für später auftretende Probleme über diese Bereiche hinaus gibt es keine Ansprechpartner\*innen. Hier sprechen sich die Interviewpartner\*innen für die Notwendigkeit einer weiteren aufsuchenden, niederschweligen und nachsorgenden Begleitung der betroffenen Menschen durch Soziale Arbeit aus.

Die Versorgungslandschaft in Niederösterreich außerhalb des Krankenhausbereiches wird als mangelhaft dargestellt. Das Fehlen an sozialarbeiterischen Angeboten ermöglicht Ärzt\*innen im niedergelassenen Bereich nicht, erkrankte Menschen und deren Angehörige weiterzuverweisen. Dies stellt eine Lücke im System dar, durch welche viele Menschen nicht in den „Genuss“ beratender Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen gelangen.

Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Forschung ist die Bedeutung von interdisziplinären Teams in der Demenzberatung im Sinne eines Care-Managements, welches ein möglichst abgestimmtes, koordiniertes und vielseitig multidisziplinäres Vorgehen zwischen Pflege-, Gesundheits- und Sozialdiensten zum einen und den Betroffenen und deren Angehörigen zum anderen zum Zweck hat (vgl. Pare 2018:46).

Soziale Arbeit in interdisziplinären Teams kann die Versorgung mit psychosozialer Beratung, Vermittlung von Ressourcen und Informationen in sozialen, persönlichen, finanziellen, ökonomischen sowie rechtlichen Belangen und auch die Organisation von Versorgungs- und Wohnmöglichkeiten für erkrankte Menschen gewährleisten.

Sozialer Arbeit kommt somit eine Schnittstellenfunktion zu welche für die Patient\*innen und deren Angehörigen insofern einen Mehrwert erbringt, da sie die Verbindung zwischen intramuralen und extramuralen Angeboten herstellt.

Die Sicherung der essenziellen Bedürfnisse durch die Begleitung und Betreuung durch Sozialarbeiter\*innen verdeutlicht einen Mehrwert durch Soziale Arbeit.

Es zeigt sich auch, dass sich die Versorgungslandschaft und der Zugang dazu regional unterschiedlich gestalten. In Oberösterreich gibt es ein flächendeckendes Netz von

Demenzberatungsstellen. In diesen wird interdisziplinär zusammengearbeitet. Es zeigt sich hier die Notwendigkeit intensiver Vernetzung mit Ärzt\*innen, da dadurch Zuweisungen erfolgen können.

## 10 Diskussion und Ausblick

Die Themenstellung dieser Forschungsarbeit hat mich sofort in ihren Bann gezogen. Ich war begeistert von den Interviewpartner\*innen. Einerseits, weil sie sofort ihre Bereitschaft bekundeten einem Interview zur Verfügung zu stehen, und andererseits davon, mit welcher „Leidenschaft“ sie sich mit der Thematik der Demenz auseinandersetzen. Ihnen allen war gemein, dass für sie der erkrankte Mensch in allen Lebenslagen und in seiner Persönlichkeit und Menschenwürde im Mittelpunkt steht.

Im Zuge der Interviews wurden einige Aspekte angesprochen, welche sich nicht direkt auf die Forschungsfrage bezogen. Diese erscheinen mir dennoch wesentlich zu thematisieren. Inhalt einer weiterführenden Forschung könnte etwa sein, wie sich der Einsatz von interdisziplinären Teams in der Demenzberatung im ambulanten Bereich bewähren könnte. In diesem Fall wäre es erst erforderlich, einen Pilotversuch zu initiieren und solche Teams niederschwellig, auf- und nachsuchend zu installieren.

Es wäre ebenso interessant zu erforschen, wie regionale, multiprofessionelle Teams angenommen und wahrgenommen würden und zu erheben, wie dieses Angebot von Hausärzt\*innen und Betroffenen und deren Angehörigen angenommen würde.

In der Literatur finden sich zahlreiche Publikationen, welche sich mit dieser Thematik auseinandersetzen. So schreibt etwa Vogel (2017:130)

*„Die Entwicklung wird weitergehen, sicher deutlich in Richtung ambulanter Versorgung, multiprofessionelles inter- und transdisziplinäres Arbeiten wird dafür genauso gebraucht werden wie in den Kliniken.“*

In der Recherche bezüglich dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass nicht in allen Krankenhäusern Sozialarbeiter\*innen beschäftigt sind, und es stellte sich die Frage nach den notwendigen Bedingungen und gesetzlichen Grundlagen zu deren Anstellung.

Sozialarbeiter\*innen gehören nicht den Gesundheitsberufen an. Gesundheitsberufe sind Berufe die unter anderem vom Gesetzgeber durch einen Tätigkeits- und Berufsvorbehalt, einen Bezeichnungsvorbehalt und grundsätzlich durch einen Ausbildungsvorbehalt geschützt sind (vgl. Sozialministerium o.A.a:4). Laut gesetzlicher Regelung sind nur Angehörige von Gesundheitsberufen in Krankenhäusern zu beschäftigen. Es obliegt allerdings dem\*der Träger\*in oder der Leitung eines Klinikums zu entscheiden, mit welchen Berufsgruppen das als erachtenswerte Leistungsspektrum abgedeckt werden kann und soll. In diesen Entscheidungsprozessen spielen sowohl fachliche als auch ökonomische Faktoren eine wesentliche Rolle.



Der Aspekt, warum Soziale Arbeit nicht als Gesundheitsberuf anerkannt ist erscheint mir als spannende Frage für weitere Forschungen.

Interessant wäre auch zu erforschen ob es, bzw. welche Auswirkungen eine emotionale Begleitung von Patient\*innen auf die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern hat.

Ein weiterer Punkt, der mir persönlich sehr wesentlich erscheint, ist die Anregung bzw. der Wunsch, die Krankheit Demenz in einen positiven Blickwinkel zu stellen. Demenz wird als belastend und negativ erlebt. Wünschenswert wäre es, dass unsere Gesellschaft würdevoll mit diesem Thema umzugehen lernt, dass Strukturen geschaffen werden, in welchen die Menschen Mensch sein dürfen.

In diesem Sinne beende ich diese Bachelorarbeit mit einem Zitat aus einem Interview mit einer Psychologin.

*„Jo... weil i ma denk, dass die Menschen, die a Demenz hom, sozusogn eigentlich so dieses Denken und diese Leistungsfähigkeit verlieren und so a bissal aussteigen aus der Leistungsgesellschaft und auf da aundan Seitn fia mi imma, via soi i sogn, der Kern des Menschseins bleibt jo [...] des is für uns a Chance, dass wir an anderen Blick auf unsere Gesellschaft griagn, dass es ned nur um Leistungsfähigkeit geht sondern via kennan wir anfoch unser Leben würdevoll gestalten ah waun jemand si aun nix mehr erinnern kaun[...]“(T110:245-251).*

# Literatur

Aner, Kirsten / Karl, Ute (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Ärztchammer Kärnten (2015): Das geriatrische Assessment. <http://www.aekkt.at/documents/10745/6228453/GeriatrischesAssesment.pdf/3d313e4c-7b0f-4cd7-8b23-d2874286c0ca?version=1.0&t=1435047411000> [19.04.2019]

Buchebner-Ferstl, Sabine / Geserick, Christine (2019): Demenz und Familie. Forschungsbericht Nr. 30. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. [https://www.oif.ac.at/fileadmin/user\\_upload/p\\_oif/Forschungsbericht/fb\\_30\\_demenz\\_und\\_familie.pdf](https://www.oif.ac.at/fileadmin/user_upload/p_oif/Forschungsbericht/fb_30_demenz_und_familie.pdf) [12.04.2019]

Diakonie (2014): Viel mehr als nur satt und sauber. [https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie\\_oesterreich/pdfs/diaargumentariumdemenz2016-web.pdf](https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/pdfs/diaargumentariumdemenz2016-web.pdf) [28.04.2019]

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): Soziale Dienste in Österreich. Innsbruck: Studienverlag Ges.m.b.H., Erlenstraße 10.

Erhardt, Angelika (2010): Methoden der Sozialen Arbeit. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.

Ethikrat (o.A.): <https://www.ethikrat.org/publikationen/kategorie/stellungnahmen/> [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER\\_StnDemenz\\_Online.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnDemenz_Online.pdf) [06.04.2019]

Flick, Uwe (2014): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV – Universitätsverlag.

Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V (2009) [https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/grundlagenheft\\_-PDF-klein\\_01.pdf](https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/grundlagenheft_-PDF-klein_01.pdf) [05.04.2019]

Gutzmann, Hans / Zank, Susanne (2005): Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Helm, Anita (2013): Die Bedeutung Sozialer Arbeit für Menschen mit Demenz. Personsein trotz einer Demenzerkrankung. Hamburg: Disserta Verlag.

Hildebrandt, Johanna (2012): Sozialarbeit im Kontext Alten- und Pflegeheim. In: Kleiner, Gabriele (Hrsg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.

Humer, Brigitte (Hg.) (2011): Herausforderung Demenz. Schriften zur Sozialen Arbeit. Band 19, Linz: Edition Pro Mente.

Kitwood, Tom M. (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergel. 5., ergänzte Auflage, Bern: Huber.

Lämmler, Gernot / Stechl, Elisabeth / Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2012): Diagnose Demenz. Die Planung des Aufklärungsgesprächs In: Neurogeriatrie, interdisziplinäre Zeitschrift für die Nervenheilkunde des Alters, Akutmedizin, Rehabilitation, Prävention, 3/2012, 119-124.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Phillip (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

OGSA (2017): Positionspapier der OGSA- Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich.e-Campus: Kurs 5PRO.

Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2019): Was ist Demenz. <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/> [Zugriff:30.01.2019]

Pare, Anne (2018): Soziale Arbeit und Demenz. Ein Wegweiser für die Beratung Pflegender Angehöriger. Norderstedt: StudyLab.

Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Pöschel, Klaus / Spannhorst, Stefan (2018): Dementia Care. Soziale, medizinische und pflegerische Bedarfslagen von Menschen mit Demenz. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Puhl, Ria / Thorun, Walter (2011): Öffentlichkeitsarbeit. In: Mulott, Ralf / Schmitt, Sabine (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 621-623.

Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Tomandl, Gerald / Voracek (Hg.) (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage, Wien: facultas Universitätsverlag.

Sozialministerium (o.A.a): Gesundheitsberufe in Österreich 2019.  
[https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin\\_und\\_Berufe/Berufe/](https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Berufe/) [Zugriff: 15.04.2019]

Sozialministerium (o.A.b): Österreichischer Demenzbericht 2014.  
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Search?Search.SearchTerm=publicati onid%3A277> [Zugriff: 31.01.2019]

Staaek Sven (2011): Demenz und Soziale Arbeit ein Vergissmeinnicht? In: Humer, Brigitte (2010): Herausforderung Demenz. Linz: Ed. Pro Mente, 171-184.

Vogel, Werner (2017): Das geriatrische Team. Wie interprofessionelles Arbeiten gelingt. 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Volkshilfe Niederösterreich (2019): PPP: Vortrag Demenzerkrankungen 2019, Mag. John G. Haas.

Widulle, Wolfgang (2012): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

# Daten

FT, Forschungstagebuch, verfasst von Karin Wieseneder, Oktober 2018-April 2019.

GPG, Gedankenprotokoll Gespräch, verfasst von Karin Wieseneder, Gespräch geführt am 09.04.2019 mit einer Psychologin im Anschluss an einen Vortrag über psychische Erkrankungen.

ITV9, Interview, geführt von Karin Wieseneder mit einem Neurologen, 15.01.2019, Audiodatei.

ITV10, Interview, geführt von Karin Wieseneder mit einer Psychologin, 10.01.2019, Audiodatei.

ITV11, Interview, geführt von Karin Wieseneder mit einer Psychologin einer Demenzservicestelle, 17.01.2019, Audiodatei.

ITV12. Interview geführt von Karin Wieseneder mit einem Arzt, 28.11.2018, Audiodatei.

TI9, Transkript Interview ITV9, erstellt von Karin Wieseneder, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI10, Transkript Interview ITV10, erstellt von Karin Wieseneder, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI11, Transkript Interview ITV11, erstellt von Karin Wieseneder, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI12, Transkript Interview ITV12, erstellt von Karin Wieseneder, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

# Abbildungen

Abbildung 1: Ursachen von Demenz:

Möller, Hans-Jürgen / Laux, Gerd / Deister, Arno (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

# Anhang

Interviewleitfaden Ärzt\*innen und Psycholog\*innen

Im Vorfeld:

Information über meine Person

Information über Thema und Inhalt der Arbeit

Klärung von Details: Datenschutzerklärung, Aufnahme des Interviews, Anonymisierung

Lieber Herr/ Frau...., ich bedanke mich sehr herzlich, dass sie sich heute die Zeit nehmen und mir die Gelegenheit geben mit ihnen dieses Interview zu führen. Ich habe von ihnen im Vorfeld die Erlaubnis bekommen dieses Gespräch aufzunehmen. Wie besprochen werden die Daten anonymisiert und vertraulich behandelt.

Ich bitte sie zu Beginn von sich zu erzählen. Von ihrem beruflichen Hintergrund und in welchen Bereichen sie mit demenziell erkrankten Menschen Erfahrungen haben.

Interviewleitfaden:

- Bitte erzählen sie von ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit.
- Wie hat diese Zusammenarbeit ausgesehen?
- Wie haben sie diese Zusammenarbeit empfunden?
- Wie hat sich Soziale Arbeit eingebracht?
- Welchen Mehrwert hat ihrer Ansicht Soziale Arbeit in der Demenzberatung?
- Wie könnten Menschen mit Demenz und deren Angehörige von Sozialer Arbeit profitieren?
- Gibt es noch was bis jetzt nicht besprochen wurde und sie ergänzen wollen?

Liebe Frau, lieber Herr.... Ich bedanke mich sehr herzlich für dies Interview.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Karin Wieseneder**, geboren am **05.08.1971** in **Melk**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

**Zelking**, am **28.04.2019**

**Unterschrift**

