

Soziale Arbeit im Bereich Demenz in Niederösterreich

Martina Neussner

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 24.04.2017

Version: 1

Begutachter:

FH Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit, eine qualitative Forschung nach Gläser / Laudel (2010), befasst sich mit den Beratungs- und Informationsmöglichkeiten im Rahmen der Demenzstrategie Niederösterreich (NÖ) für SozialarbeiterInnen. 14 ExpertInneninterviews lieferten Datenmaterial, welches mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet wurde. Ausgehend von der Demenzstrategie NÖ wurde über notwendige Ausbildungen recherchiert und sozialarbeiterische Kompetenzen dargelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass SozialarbeiterInnen mit ihrem Fachwissen unterstützend und beratend im Rahmen der Demenzstrategie tätig sein können. Es wurde ersichtlich, dass eine Beteiligung der Sozialen Arbeit entlastend für andere Professionen sein kann.

Abstract

The following Bachelor Thesis, a qualitative research according to Gläser / Laudel (2010) concerns itself with counselling and information opportunities within the framework of the dementia strategy for social workers. 14 expert interviews delivered data material which was evaluated according to the qualitative content analysis by Mayring (2015). On the basis of the dementia strategy of Lower Austria necessary trainings and social skills were researched. The results show that social workers can support and advise due to their expertise in the context of dementia strategy. It became evident that the participation of the social work can be a relief for other professions.

Inhalt	Seite
1 Einleitung	1
2 Erkenntnisinteresse	2
3 Forschungsprozess	2
3.1 Forschungsfrage	3
3.2 Untersuchungsdesign.....	3
3.3 Auswertung nach Mayring.....	4
3.4 InterviewpartnerInnen.....	4
4 Begriffsdefinition	6
4.1 Demenzstrategie	6
4.2 Soziale Arbeit und Demenz im Kontext.....	6
4.3 Demenzstrategie Niederösterreich.....	7
5 Ergebnisdarstellung	8
5.1 Soziale Arbeit als Vermittlung	8
5.1.1 Soziale Arbeit als Schnittstelle zwischen den Organisationen.....	8
5.1.2 Umfassende Beratung durch SozialarbeiterInnen	9
5.1.3 Entlastung der Pflegekräfte und pflegenden Angehörigen	11
5.1.4 Aufsuchende Beratung.....	12
5.2 Mögliche Zusatzausbildungen für die niederschwellige Beratung im Kontext der Demenzstrategie Niederösterreich.....	14
5.2.1 Gemeinsamer Standard	14
5.2.2 Die MAS Ausbildung	15
5.2.3 Demenzstudien der Donau Universität Krems.....	17
5.2.4 Die Ausbildung nach Böhm.....	19
5.2.5 Dementia Care an der Kardinal König Akademie	20
5.3 Kompetenzen der Sozialen Arbeit in Information und Beratung im Rahmen der Demenzstrategie NÖ.....	22
5.3.1 Kompetenzen über welche ausgebildete SozialarbeiterInnen verfügen.....	22
5.3.2 Alltagsunterstützung.....	23
5.3.3 Ganzheitliche Sicht auf den/die KlientIn.....	24
5.3.4 Ressourcenorientierung	24
5.3.5 Case-Management.....	25
5.3.6 Gruppenarbeit und Beratung in Selbsthilfegruppen.....	25
5.3.7 Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit	26
6 Resümee	27
7 Ausblick	29
8 Literatur	30
9 Daten	33
10 Abkürzungen	36

11 Anhang	36
11.1 Leitfadengestütztes Interview mit Key-StakeholderInnen	36
11.2 Leitfadengestütztes Interview mit ausgewählten Organisationen	38
12 Eidesstattliche Erklärung	40

1 Einleitung

Laut dem „Ministerium für Frauen und Gesundheit“ (2016) leben aktuellen Schätzungen zufolge in Österreich 115.000 bis 130.000 Menschen, welche in irgendeiner Form an Demenz erkrankt sind. Durch den kontinuierlichen Altersanstieg der Bevölkerung wird sich diese Zahl bis ins Jahr 2050 verdoppeln und somit der Betreuungs- und Pflegebedarf weiter steigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016a). Diese Entwicklung hat die österreichische Regierung veranlasst, das Thema Demenz im aktuellen Regierungsprogramm 2013 bis 2018 unter dem Schwerpunkt „Länger gesund leben und arbeiten“ aufzunehmen. Als erste spezifische Maßnahme wurde die Entwicklung einer „Österreichischen Demenzstrategie“ in Auftrag gegeben, dabei stehen neben den zu betreuenden Menschen auch deren Angehörige im Fokus (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016b).

Das Land Niederösterreich hat parallel dazu bei dem Symposium „Leben mit Demenz! - Selbstbestimmt in die Zukunft?“ an der IMC FH Krems (2015) den Auftakt für die „Demenzstrategie Niederösterreich“ gelegt. Ziel dieser Demenzstrategie ist es, dass Betroffene und deren Angehörige schnell gezielte Hilfe bekommen. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist die optimale Nutzung der Ressourcen und eine Bündelung der maßgeblichen Kräfte (vgl. Fachhochschule Krems 2015).

Im Zuge dieser Forschung soll aufgezeigt werden, mit welchen Kompetenzen Soziale Arbeit die Demenzstrategie Niederösterreich unterstützen kann. Beteiligte Professionen werden über Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Kenntnis gesetzt. Der Stellenwert der Sozialen Arbeit und deren Möglichkeiten im Bereich Gesundheit, vor allem aber im Bereich Demenz, soll dargelegt werden.

Des Weiteren werden in Kapitel 5.4 Ausbildungsmöglichkeiten aufgewiesen, welche eine qualifizierte Information und Beratung im Rahmen der Demenzstrategie NÖ möglich machen. Die methodische Vorgehensweise sowie die Erhebungsmethode mit Vorstellung der interviewten Personen und der verwendeten Auswertungsmethode werden in Kapitel drei beschrieben. Die letzten beiden Kapitel beschäftigen sich mit der Ergebnisdarstellung, dem Fazit und einer möglichen Relevanz/Empfehlung für die Praxis.

2 Erkenntnisinteresse

Als angehende Sozialarbeiterin beschäftigt mich der Gedanke, in welchem Bereich Soziale Arbeit in Zukunft tätig sein kann.

Karl Heinz Ortmann schreibt in der Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, dass sich SozialarbeiterInnen in ihrem fachlichen Handeln nicht nur auf die Erschließung sozialrechtlicher Leistungen reduzieren lassen sollen. Des Weiteren ist er der Meinung, je besser die Fachlichkeit der Sozialarbeit von anderen Professionen anerkannt wird, desto leichter wird Kooperation möglich sein, welche zwingend erforderlich ist und als sektorenübergreifende Versorgung und Unterstützung längst gefordert werden sollte. Gesundheitliche Probleme können zu komplexen biopsychosozialen Problembündeln werden, die nur sektorenübergreifend in Zusammenarbeit verschiedener Professionen bestmöglich bearbeitet werden können (vgl. Ortmann 2015: 16-17).

In der vorliegenden Arbeit soll der Stellenwert der Sozialen Arbeit und deren Möglichkeiten im Bereich Gesundheit, aber vor allem im Bereich Demenz dargelegt werden. Welche sozialarbeiterischen Angebote sind geeignet, die Demenzstrategie NÖ in ihren Zielsetzungen zu unterstützen, bzw. wo kann Soziale Arbeit integriert werden?

3 Forschungsprozess

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfrage sowie das Untersuchungsdesign dargelegt, die Auswertungsmethode erläutert und die InterviewpartnerInnen vorgestellt. Im Jahr 2014 wurde der Österreichische Demenzbericht 2014 (Höfler 2014) veröffentlicht. Der Bericht des Bundes dient als Grundlage der „Strategie Demenzversorgung NÖ“. Im Rahmen der „Strategie Demenzversorgung NÖ“ werden in Kooperation mit SystempartnerInnen Ziele der Demenzversorgung erarbeitet. Ein Wirkungsziel ist die Einrichtung eines „niederschweligen Demenzservices“, in dem „betroffenenorientierte Koordination und Kooperation“ ausgebaut wird. (NÖGUS 2015). Auch die Soziale Arbeit kann ein Systempartner sein, die Möglichkeiten diesbezüglich werden im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt.

3.1 Forschungsfrage

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, unter Berücksichtigung der im Bund und Land entwickelten Demenzstrategien, sozialarbeiterische Handlungsinitiativen aufzuzeigen. Folgende Fragen werden in dem Zusammenhang analysiert –

Die Forschungsfrage lautet:

- Welche Möglichkeiten bietet der Rahmen der Demenzstrategie Niederösterreich als SozialarbeiterIn beratend und informierend tätig zu werden?

Folgende Unterfragen werden bearbeitet:

- Welche Ausbildung ist notwendig, um in diesem Bereich zu arbeiten?
- Welche spezifischen Kompetenzen können von SozialarbeiterInnen eingebracht und in der Information und Beratung abgedeckt werden?

Mit der ersten Unterfrage wird herausgearbeitet, durch welche Zusatzausbildungen, speziell auf Demenz bezogen, ein einheitlicher Ausbildungsstandard im Rahmen der Demenzstrategie Niederösterreich möglich wäre. Die zweite Unterfrage beleuchtet die Schwerpunkte der Ausbildung zum/zur SozialarbeiterIn und die dadurch erlernten Kompetenzen.

3.2 Untersuchungsdesign

Für diese Arbeit wurde eine qualitative Forschung mithilfe von leitfadengestützten Experteninterviews nach Gläser / Laudel (2010) durchgeführt. Die Fragen dienten zur Orientierung der geführten Interviews, jedoch wurde die Reihenfolge nicht strikt eingehalten, um den Gesprächsverlauf nicht zu beeinflussen. Im Rahmen der Interviews wurde ein Überblick der momentanen Informations- und Beratungsangebote für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige erhoben. Des Weiteren wurde erfragt, welche Berufsgruppen beteiligt sind und wo die Soziale Arbeit bereits einen Platz einnimmt bzw. eine Rolle finden könnte. Die dazu erstellten Fragen befinden sich im Anhang.

Ein weiteres Ziel des gesamten Bachelorprojektes ist ein Vergleich des bestehenden Informations- und Beratungsangebotes mit einem anderen Bundesland. In diesem Zusammenhang recherchierte eine Forschungsgruppe in oberösterreichischen Einrichtungen, in welchen SozialarbeiterInnen im Bereich Demenz tätig sind. Der erstellte Leitfaden wurde mit den ForscherInnen in Oberösterreich abgestimmt, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zu erreichen.

Für die Ergebnisdarstellung war es möglich, sämtliche Interviews, welche im Rahmen unseres Projektes geführt wurden, zu vergleichen. Die transkribierten Interviews stehen allen ProjektmitarbeiterInnen zur Verfügung.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus unserem Projekt sollen Möglichkeiten aufzeigen, inwieweit Soziale Arbeit im Bereich der Demenzstrategie Niederösterreich wirksam werden kann. Der Vergleich im Rahmen des Projektes mit Oberösterreich soll darlegen, wie und wo Unterstützung der Sozialen Arbeit im Bereich Demenz schon vorhanden ist bzw. noch ausbaufähig ist.

3.3 Auswertung nach Mayring

Zur Auswertung des Datenmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) verwendet. Es wird Kommunikation analysiert, dabei wird systematisch, theoriegeleitet und regelgeleitet vorgegangen. Ziel ist es, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2015:13).

Bei einer inhaltsanalytischen Zusammenfassung lässt sich die Technik einer Kategorienbildung nutzen. Das Datenmaterial wird so reduziert, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Korpus des Grundmaterials geschaffen wird (vgl. Mayring 2002:115).

Durch die Fülle an der zu analysierenden Interviews stand die gezielte Reduktion des Datenmaterials im Vordergrund, so wurde diese Methode als passend für die Forschung angesehen.

3.4 InterviewpartnerInnen

Im Rahmen unseres Projektes wurden alle geführten Interviews transkribiert und, durchgehend nummeriert, für alle an dem Projekt beteiligten Personen zur Verfügung gestellt. Nachstehend werden jene befragten Personen kurz vorgestellt, welche im Rahmen dieser Arbeit herangezogen wurden. Um Übersichtlichkeit zu gewähren, werden im Verlauf der Arbeit die interviewten Personen abgekürzt mit I1 - I14 dargestellt.

I1: Herr Dr. Andreas Schneider, Projektleiter NÖ Demenzstrategie und Abteilungsleiter des NÖGUS, Interview geführt von Martina Neussner und Johannes Pfliegerl, am 12. Dezember 2016 in St. Pölten.

I2: DGKP Lea Hofer-Wecer, Leiterin der Kompetenzstelle Demenz der Caritas St. Pölten, Interview geführt von Martina Neussner, am 13. Dezember 2016 in St. Pölten.

I3: DGKP Petra Köflinger, stellvertretende Pflegedienstleitung des Hilfswerks NÖ, speziell ausgebildete Demenzbeauftragte beim Hilfswerk NÖ, Interview geführt von Martina Neussner, am 13. Dezember 2016 in Krems.

I4: Frau Michèle Fliegl, Dipl. Geranimationstrainerin¹, tätig im Raum Mödling Niederösterreich, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 14.12.2016 in Mödling.

I5: Frau Conny Stoits-Gierlinger, MAS Demenz- und Biofeedback Trainerin und Lebens- und Sozialberaterin, tätig im Raum Perchtoldsdorf Niederösterreich, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 28.12.2016 in Perchtoldsdorf.

I6: Hausärztin aus Niederösterreich, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 03.01.2017 in Niederösterreich.

I7:Herr Mag. Thomas Kissich Direktor vom SeneCura Sozialzentrum in Ternitz, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 05.01.2017 in Kirchberg am Wechsel.

I8: Frau Mag.^a Sandra Danninger: Klinische- und Gesundheitspsychologin tätig im Raum Mautern an der Donau Niederösterreich, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 13.01.2017 in Mautern an der Donau.

I9: Herr Mag. pharm. Michael Maiwald Pharmazeut in der demenzfreundlichen Rosen Apotheke in St. Pölten, Interview geführt von Claudia Hladecek, am 17.01.2017 in St. Pölten.

I10: Sozialarbeiterin, in einer Demenzservicestelle in einer kleinen Stadt in Oberösterreich, Interview geführt von Judith Rass, am 15.12.2016 in Oberösterreich

I11: DGKP Gerlinde Oberbauer, Regionalleiterin der Volkshilfe für das Waldviertel, Interview geführt von Alexandra Hild-Müssauer am 21.11.2016 im Waldviertel.

I12: DGKS Elisabeth Konopatsch, Einsatzleiterin im Hilfswerk im Thayatal, Interview geführt von Alexandra Hild-Müssauer am 1.2.2017 im Hilfswerk Waidhofen an der Thaya.

I13: DGKS Helga Tersek, Pflegeleiterin der Caritas im Waldviertel, Interview geführt von Alexandra Hild-Müssauer am 22.2.2017 in der Caritas, Waidhofen an der Thaya.

I14:Sozialarbeiterin, eines Sozialamtes in Niederösterreich, spezialisiert auf das Thema „Alte Menschen“, Interview geführt von Judith Rass, am 02.02.2017. in einer Stadt in Niederösterreich.

¹GerAnimation® ist die Kombination aus Geragogik und Animation und bedeutet: "Ich begleite, aktiviere und coache ältere Menschen mit dem Fokus auf dementielle Erkrankungen" (vgl. GerAnimation 2016).

Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde darauf geachtet, möglichst viele verschiedene ProfessionistInnen zu befragen. Der Wunsch nach Anonymität wurde, wenn gewünscht, berücksichtigt.

4 Begriffsdefinition

In diesem Kapitel werden relevante Begriffe erklärt, um deren Bedeutung im Kontext der vorliegenden Arbeit transparent zu machen.

4.1 Demenzstrategie

Der Verein Alzheimer Austria erklärt Demenz wie folgt:

„Demenz ist ein Oberbegriff für Krankheitsbilder, die mit einem fortschreitenden Verlust bestimmter geistiger Funktionen wie Denken, Orientierung und Lernfähigkeit, Sprache, Auffassung und Urteilsvermögen einhergehen und zu Einschränkungen in der Alltagsbewältigung führen“ (Alzheimer Austria 2017).

In Zusammenhang mit dieser Arbeit ist es relevant, dass Demenz zu einer Veränderung der Bewältigung des Alltages führt.

Unter Strategie ist folgendes zu verstehen:

„Der Begriff Strategie stammt aus dem Griechischen und bedeutet Heeresführung. Ein Stratege war im antiken Griechenland ein gewählter Heerführer (stratos = Heer, agein = führen). Heute steht Strategie für ein zielorientiertes ganzheitliches Vorgehen, einen langfristigen Plan, im Gegensatz zur kurzfristigen Taktik als Teil einer Strategie“ (strategienet o.A.).

Die Demenzstrategie soll einen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen den Stakeholdern herstellen (vgl. Arrouas 2015: 2). Die wichtigsten Stakeholder sind in diesem Zusammenhang mobile Pflegedienste, Pflegeheime, FachärztInnen, HausärztInnen, Selbsthilfegruppen, Kurzzeit- und Tagesbetreuungspflege und alternative Wohnformen (vgl. NÖGUS 2015:3)

Der Stellenwert der Sozialen Arbeit ist im Rahmen der Demenzstrategie NÖ noch sehr gering. Im Verlauf der Arbeit wird aufgezeigt, wie Soziale Arbeit in diesem Bereich tätig sein kann.

4.2 Soziale Arbeit und Demenz im Kontext

Von der „International Federation of Social Workers“ wird Soziale Arbeit wie folgt definiert:

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse

über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (International Federation of Social Workers IFSW: o.A).

Staack (2011) schreibt im Artikel „Demenz und Soziale Arbeit – ein Vergissmeinnicht?“, Soziale Arbeit soll initiieren, organisieren und bereitstellen, beratend tätig sein und tragfähige Netzwerke knüpfen und aufbauen. Gesellschaftliche Benachteiligungen sollen abgebaut und die gesellschaftliche Zielsetzung des „miteinander Auskommens“ gefördert werden. Dabei stehen der Sozialen Arbeit besonders die Einzelarbeit, die Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit zur Verfügung (vgl. Staack 2011: 174-175). Im Rahmen dieser Arbeit wird aufgezeigt wie sozialarbeiterische Tätigkeiten das Pflegepersonal im Bereich Demenz unterstützen und entlasten können.

4.3 Demenzstrategie Niederösterreich

In einer Presseaussendung (vgl. Aktuelles aus Niederösterreich 2015) wird darauf aufmerksam gemacht, dass derzeit rund 22.000 demenzkranke Menschen in Niederösterreich leben, von denen etwas mehr als die Hälfte behandelt werden, im Jahr 2050 sollen es laut Prognosen 44.000 sein. Aus diesem Grund wurde bei einem Symposium „Leben mit Demenz! - Selbstbestimmt in die Zukunft?“ an der IMC FH Krems der Auftakt für die Demenzstrategie NÖ gelegt. Der damalige Landeshauptmannstellvertreter Wolfgang Sobotka erläuterte dazu, dass in der NÖ Demenzstrategie bestehende Behandlungs- und Betreuungsstrukturen optimiert werden sollen, damit Betroffenen und Angehörigen trotz ihrer Erkrankung eine hohe Lebensqualität möglich ist. Dafür müssen Prävention, Frühdiagnose, Behandlung und Betreuung zusammen spielen (vgl. Aktuelles aus Niederösterreich 2015).

Die NÖ Landes-Zielsteuerungskommission hat eine Projektgruppe unter der Leitung des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) mit der Erarbeitung der Demenzstrategie NÖ beauftragt. Im Einklang mit der parallel dazu entwickelten bundesweiten österreichischen Demenzstrategie soll Betroffenen und deren Angehörigen trotz ihrer Erkrankung eine hohe Lebensqualität auch in Zukunft ermöglicht werden (vgl. Schneider 2015: 4). Dr. Schneider wurde vom damaligen Landeshauptmannstellvertreter als Leiter für die NÖ Demenzstrategie beauftragt (vgl. I1 35-38).

In einem Schreiben für die niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft (vgl. PPA 2015) machte er darauf aufmerksam, dass es bereits viele Angebote in Niederösterreich gebe, aber keine Vernetzung stattfände:

„Diese Vielfalt in der niederösterreichischen Versorgungslandschaft erfordert eine umfassende Gesamtstrategie für einen zielgerichteten Ausbau und einer besseren Vernetzung der einzelnen Aktivitäten. Dabei müssen Gesundheitsvorsorge, Frühdiagnose, Therapie und Betreuung nahtlos ineinandergreifen“ (Schneider 2015:2).

Nach Dr. Schneider ergaben sich daraus folgende zentrale Fragen: Welche Angebote müssen forciert und welche neu geschaffen werden? Wie können zwischen vorhandenen Angeboten Brücken gebaut, diese besser aufeinander abgestimmt und vernetzt werden (vgl. Schneider 2015:3)?

5 Ergebnisdarstellung

Basierend auf den erhobenen und ausgewerteten Daten werden im Hauptteil der Arbeit die Ergebnisse dargestellt. Bezugnehmend auf die in Kapitel vier beschriebene Forschungsfrage werden Querverbindungen zur Demenzstrategie NÖ hergestellt.

5.1 Soziale Arbeit als Vermittlung

In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten aufgezeigt, wie und warum Soziale Arbeit eine Vermittlerrolle zwischen den verschiedenen beteiligten Professionen und Personen einnehmen kann.

5.1.1 Soziale Arbeit als Schnittstelle zwischen den Organisationen

Im Nachbericht „Leben mit Demenz Selbstbestimmt in die Zukunft“ (2015) erklärt der damalige Landeshauptmannstellvertreter Wolfgang Sobotka, dass die Grundlage für eine zukünftige Demenzstrategie der Dialog und die Vernetzung der Key Player² sei. Das Symposium habe für ihn deutlich gemacht, dass eine bessere Vernetzung bestehender Strukturen im ambulanten, stationären und mobilen Bereich benötigt werde. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2015:27).

In diesem Zusammenhang wird von einer Sozialberaterin folgende Überlegung angeregt:

„Ja, das Vernetzen ist sicher ein Thema, dass wenn's ah, vielleicht so in einen Dachverband geben würde wo man sich dann quasi einzeln anschließen könnte und dann aus dem Ganzen ein ja, ein, gutes Angebot halt für die Leute anbietet“ (15 344-346).

Eine Hausärztin aus Niederösterreich merkte an, dass AllgemeinmedizinerInnen eine Anlaufstelle seien, welche wissen sollten, wo sich Betroffene hinwenden könnten. Ihrer

² Darunter sind die beteiligten Professionen wie mobile Dienste, stationäre Pflege und ÄrztInnen gemeint.

Meinung nach solle es in jeder Bezirkshauptmannschaft in Niederösterreich eine Beratungsstelle für den Bereich Demenz geben, welche mit einem/einer SozialarbeiterIn besetzt ist (vgl. I6 551-556).

Die Einsatzleiterin des Hilfswerks antwortet auf die Frage nach einer Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, dass es diese nicht gebe (vgl. I12 133). Diese Aussage lässt die Überlegung zu, dass Soziale Arbeit eine Vermittlungsposition zwischen den Organisationen einnehmen kann.

Der Projektleiter der Demenzstrategie NÖ würde sich Sozialarbeit wünschen:

„weil ich brauch nicht immer Pflege sondern ich brauch ja oft Leitung im System i brauch Menschen, die sich um den Menschen kümmern, damit sie sich im System wieder bewegen können, also klassische Sozialarbeit jetzt, i brauch a Kommunikatoren, und Multiplikatoren, und des is für mich die Sozialarbeit“ (I1 380-384).

Die Leiterin der Kompetenzstelle Demenz von der Caritas erklärt, dass: „es schlecht ist, wenn eine Demenzberatung an die Hauskrankenpflege gekoppelt ist, da nur ein Hauskrankenverein pro Haushalt tätig sein darf“ (I2 189-193).

Der Leiter der Demenzstrategie NÖ führt im Interview bezüglich der Betreuung folgende Überlegungen aus:

„ob es jetzt schon eine Hauskrankenpflege is, die schon einen Dementen betreut, i i nimm jetzt einfach des Hilfswerk einmal daher, die haben schon jemanden, die ruft bei uns an, und sagt, ah ah ja ich brauch jetzt unbedingt a Beratung, und und usw. da muss der Demenzkoordinator am Telefon oder de Hotline des scho nach an Algorithmus abfragen können, ob der schon wo is, und sagt, na bitte beim Hilfswerk bleiben, oder wo er immer a is, ja, oder da is wirklich nix, ja, natürlich wird es Leute geben, die trotzdem schon betreut sind und dort hineinfallen, soll so sein, damit soll ich das Problem jetzt nicht haben“ (I1 685-692).

Aus den Aussagen lässt sich ableiten, dass eine unabhängige Beratung gewünscht wird, welche die Hauskrankenpflege ergänzt.

Aus den getroffenen Aussagen ist zu erkennen, dass es an Vernetzungsarbeit fehlt. Der Wunsch nach einer unabhängigen Beratungsstelle für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige wurde deutlich.

SozialarbeiterInnen informieren in ihrer beruflichen Arbeit KlientInnen und Menschen mit denen sie zusammenarbeiten. Die Gewährung einer Information ist eine grundlegende Kommunikationsform in der Sozialen Arbeit (vgl. Widulle 2011: 183). In Kapitel 5.3 wird noch näher auf die Kompetenzen der Sozialen Arbeit eingegangen.

5.1.2 Umfassende Beratung durch SozialarbeiterInnen

Lowy (1981) schreibt im Lehrbuch „Soziale Arbeit mit älteren Menschen“, dass von jeher das erste Ziel der Sozialarbeit darin bestehe, die psychosoziale Integration der Menschen zu verbessern. Es gehe vor allem darum, Menschen bei der Bewältigung

schwieriger Lebenssituationen und Lebensbedingungen beizustehen (vgl. Lowy 1981:20).

In Oberösterreich gibt es Demenzservicestellen, welche von SozialarbeiterInnen betreut werden. Im Interview erklärte eine dort tätige Sozialarbeiterin, dass die Fragen im Anfangsstadium sozialrechtliche Angelegenheiten wie Pflegegeld, Sachwalterschaft und die Veränderung der Persönlichkeit betreffen. Diese Anliegen können ihrer Meinung nach von einem/einer SozialarbeiterIn abgedeckt werden (vgl. I10 488-504).

Diese Aussage wird auch von der Lebens- und Sozialberaterin bestätigt:

„...was Überparteiliches sozusagen ja, weiß ich nicht obs eine, obs eine allgemeine Stelle gibt diese Demenzberatung allgemein, ich meine Sozialarbeiterinnen machen sowas, also in, in Oberösterreich zum Beispiel wo es auch diese Demenzservicestellen gibt, ahm, da hab ich das sehr wohl erlebt das die Psychologin und Sozialarbeiterinnen die auch diese Austestung machen, oder dann auch diese Trainingsstellen vermitteln, auch behördlich eben unterstützen, ahm, aber auch bei der Auswahl der Betreuungsart und Einrichtung (I5 178-185).

Die Hausärztin aus NÖ ist der Meinung, dass es am Beginn der Erkrankung Beratung brauche. Es sollten Fragen abgeklärt werden, bezüglich Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Pflegegeld oder einer 24 Stunden Betreuung. Ebenso solle hinterfragt werden, in welchen weiteren Angelegenheiten noch Hilfe benötigt werde (vgl. I6 431-443).

Eine Gesundheitspsychologin beanstandet im Interview die mangelnde Aufklärung und Information von Personen, z.B. über den Bezug von Pflegegeld. Ihrer Meinung nach gehöre viel Informationsarbeit dazu, welche Ansprüche PatientInnen haben, das würde ihnen das Leben erleichtern (vgl. I8 202-208).

Für die Regionalleiterin der Volkshilfe NÖ sollte in einer Demenzservicestelle eine allumfassende Information gegeben werden. Ihrer Meinung nach fehle es momentan an Beratung, die Menschen wüssten nicht, wohin sie sich wenden können (vgl. I11 154-158). Des Weiteren teilt sie die Ansicht, dass SozialarbeiterInnen Angehörige rechtzeitig informieren können:

„des wo a Part eben von die Sozialarbeiter, dass ma dieses – sogn –die Angehörigen rechtzeitig sogn: Wos wiad auf eana zuakemma und wos muass i ois bedenken und wia kaun i des guat regeln, a mit Familiengespräche, Angehörigengespräche und soiche Dinge“ (I 11 181-184).

Im Österreichischen Demenzbericht schreibt Sepandj (2014):

„Für die Betroffenen ist das Aufklärungs- und Beratungsgespräch wichtig im Hinblick auf Verständnis, Krankheitseinsicht, Unterstützungsmöglichkeiten und Zukunftsplanung. Selbstverständlich ist das jeweilige Stadium der Demenzerkrankung zu berücksichtigen, und die Gespräche sind entsprechend individuell zu gestalten“ (Sepandj 2014: 35).

Aus den oben genannten Aussagen ist zu erkennen, dass Beratung im Verlauf einer Demenzerkrankung gewünscht wird. I10 und I5 bestätigen eine in Oberösterreich

durchgeführte Beratung durch SozialarbeiterInnen. Mit einer entsprechenden Zusatzausbildung, welche im Rahmen der Demenzstrategie NÖ gefordert wird, könnte auch in Niederösterreich diese Beratung durch SozialarbeiterInnen erfolgen. Mögliche Zusatzausbildungen werden in Kapitel 5.2 erläutert.

5.1.3 Entlastung der Pflegekräfte und pflegenden Angehörigen

In folgenden Aussagen wird der Überlegung nachgegangen, inwieweit Soziale Arbeit Pflegende Angehörige und mobile Dienste entlasten kann.

Die Pflegeleiterin der Caritas im Waldviertel erklärt im Interview, dass ihr bis jetzt Soziale Arbeit im Bereich Demenz nicht gefehlt habe. Sie ist der Meinung, hierfür fehle der fachliche Hintergrund für den Bereich Demenz, welchen sie oder die Kompetenzstelle Demenz hätten. Der „Part einer SozialarbeiterIn“ wurde bisher immer von der Einsatzleitung übernommen, sie merkt jedoch des Weiteren an, dass es vom Fachwissen her Unterschiede zwischen Pflege und Sozialer Arbeit gebe (vgl. I13 145-162).

Auf die Frage nach Unterstützung durch SozialarbeiterInnen führte die Pflegedienstleiterin im Hilfswerk folgende Überlegungen aus:

„a, im Sinne von Case Management, ja. Des machen natürlich unsere Diplomierten mit, weil also wann es um so ahmmm Pflegegeldanträge geht, Hilfsmittelbesorgung geht, oder es gibt ja ah so Situationen, wo keine Angehörige vorhanden sind, die sich um einen eine Person die an Demenz erkrankt ist kümmert, als da brauchat ma schon sehr dringent oft a Sozialarbeiter dazu ja, de san dann eben so diese Fälle oder auch Messihaushalte wo wir dann ah mit der Bezirkshauptmannschaft mit dem Sozialreferat zusammen arbeiten, wann des notwendig ist, ja, ... da geht es auch um Antragstellungen Sachwalterschaft, oder zumindest vorübergehend eine Sachwalterschaft, solche Dinge ..“ (I3 184-194).

Der Pharmazeut der demenzfreundlichen Apotheke erörtert in Bezug auf eine Beratungsstelle Folgendes:

„Ich glaub dass man die brauchen werden und dass das keine Einzelfälle mehr sind, sondern einige zig pro Woche, und dann wären nämlich auch die Hilfsorganisationen entlastet, weil die sich dann auf die Betreuung konzentrieren können und nicht mit so administrativen Tätigkeiten die zwar notwendig sind aber extrem mühsam sind, aufhalten werden. Und wenss so eine öffentliche Stelle gibt den kennt dann auch hoffentlich schnell und bald jeder. Ja, also ich glaub dass da noch Luft nach oben ist, durchaus“ (I9 201-216).

Aus den Ausführungen ist zu entnehmen, dass sozialarbeiterische Tätigkeiten bisher von den Hilfsorganisationen ausgeführt wurden. Der Leiter der Demenzstrategie NÖ erklärt dazu im Interview, Beratung werde in der Regel von der Pflege durchgeführt, diese könne aber auch von SozialarbeiterInnen erbracht werden, wenn die Voraussetzung, eine dementsprechende Ausbildung im Bereich Demenz, gegeben sei (vgl. I1 124-133).

Der Direktor eines Sozialzentrums ist der Meinung, es fehle an niederschwelliger Beratung, welche auch Mobile Dienste unterstützen könnte:

„was ich finden würde, so eine niederschwelligere ja, an Angeboten, da fehlts ein bissl, ja, ahm, seitens, seitens der mobilen Dienstleister vor allem ja, weil die immer die ersten sind ja, ahm, und wirklich so niederschwellige, wirklich niederschwellige Beratungs- und Informationsmöglichkeiten ja, ahm, wo man aber auch wirklich ahm, eben leicht Zugang aber leicht Zugang zu, zu, zu wirklich auch kompetenten Menschen, ahm, bekommt, da, da find ich da fehlts“ (I7 168-174).

Diesbezüglich ist die Einsatzleiterin im Hilfswerk Thayatal der Ansicht, viele Betroffene würden ihre Ansprüche nicht kennen:

„Dass heite, was auch viele nicht wissen, dass an Anspruch auf a Pflegegeld ham, sobald Demenz diagnostiziert ist, dass heite Pflegebeihilfe von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, das wissen auch viele nicht. Inkontinenzmaterial wird oft von den Menschen selbst gekauft, wo i dann sog, na, bitte, lasst's des verordnen, des zahlt die Krankenkasse. Dass sie Anspruch haben auf an Leibstuhl, auf an Rollstuhl, auf an Rollator, dass man solche Sachen verordnen lassen kann. Und des ist dann oft scho a Hilfe. Und viele Angehörige reicht's auch nur, die woin afoch nur wem zum Red'n ham. Da brauch i goa nix redn, do frog i nur: „Was möchten Sie? Womit kann ich Ihnen helfen?“ und die woin afoch nur redn. Afoch nur redn, wie schwierig der Alltag ist mit dem Papa, mit der Mama, mit wem auch immer. Oiso es is wirklich total unterschiedlich“ (I12 40-49).

Dazu zeigte die Sozialarbeiterin eines Sozialamtes in Niederösterreich folgende Punkte auf, welche von SozialarbeiterInnen abgedeckt werden könnten:

„Ja bei da Sozialarbeit denk i ma, ja da gibt es vieles, was wir machen können. Also angefangen wirklich wiederum Ressourcenwissen, also welche Einrichtungen gibt es, welche mobilen Dienste gibt es, was gibt es im Stadtteil, was gibt es an Beratungsstellen, des is des eine also des Ressourcenwissen, das sozialrechtliche natürlich dazu und ganz stark natürlich die Angehörigenberatung“ (I14 258-263).

Für Gruber (2009) ist Soziale Diagnostik eine wertvolle Ergänzung im Leistungskatalog von Palliative Care, wobei alle beteiligten Professionen profitieren können (vgl. Gruber 2009: 409).

An Demenz erkrankte Personen und ihre Angehörigen werden von verschiedenen ProfessionistInnen betreut. Dies lässt den Rückschluss zu, dass SozialarbeiterInnen mit entsprechender Zusatzausbildung, auf welche im Kapitel 5.2 näher eingegangen wird, sowohl unterstützend als auch entlastend für mobile Pflegedienste im Bereich der Versorgung tätig sein können.

5.1.4 Aufsuchende Beratung

Im Abschlussbericht der „Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz“ (2015) ist nachzulesen, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sowie deren Angehörige Unterstützung und Hilfe bedarfsorientiert erhalten sollen. Jeder Mensch verfügt über spezifische individuelle Ressourcen und Potenziale, die es zu

berücksichtigen gilt. Einen hohen relevanten Faktor stellt auch das jeweilige soziale Umfeld jedes/jeder Einzelnen/ Einzelner dar (vgl. GÖG 2015:8).

Im Rahmen der Interviews oft genannt wurde eine aufsuchende Tätigkeit. Für Betroffene sei dies besser, als eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Aufsuchende Dienste stellen eine wichtige Unterstützung für pflegende Angehörige dar. In den folgenden Aussagen werden die Überlegungen der ProfessionistInnen dargelegt.

Der Pharmazeut einer demenzfreundlichen Apotheke schildert in seinen Überlegungen, welche er beim monatlichen Stammtisch sammelt, dass HausärztInnen Schwierigkeiten hätten, gezielt zu beraten. Bei KundInnen reagiere er, indem er die Leiterin von der Caritas Demenzstelle informiere:

„also, mit der Frau Hofer-Wecer kann man das besprechen, die sagt sofort ok, ich schreib mir das auf, ich komm zu ihnen Heim. Sie sagt auch die klaren Richtlinien und Dinge regelt sie vor Ort zuhause am Wohnzimmerisch, in der Stube, dort ist es das allerwichtigste, also das ist der Beginn. Dann kann man zum Stammtisch kommen, aber zuerst muss alles andre geregelt sein, weil das lustige ist ja, dass Leute zum Stammtisch nicht kommen können wens niemanden haben, weils fürn Patienten niemanden habe“ (I9 202-208).

Auch die Pflegeleiterin der Caritas im Waldviertel, teilt eine ähnliche Ansicht:

„Oiso, wenn da etwas auffällt, dann wird sowieso mit Angehörigen gesprochen, wäu mit Kunden kaunst, mit dementen Kunden kaunst, wenn die Erkrankung fortgeschritten ist, ja nicht mehr darüber reden. Und wenn uns auffällt, da wäre Unterstützung notwendig für die Familie, aber auch –was mir immer ganz wichtig ist – auch für unsere Mitarbeiter. Dann empfehlen wir zum Beispiel die Kompetenzstelle [...] Die Frau Hofer-Wecer, genau. Die macht auch Visiten vor Ort, bei den Kunden zu Hause. Macht sie amoi a Büd“ (I13 45-51).

Die Gesundheitspsychologin schildert im Interview die Vorteile von Hausbesuchen folgendermaßen:

„Und natürlich hab ich den Vorteil auch, weil ich ja bei denen zuhause bin, dass ich sehe wo es hapert, ja. Das muss man ja jetzt sagen, wenn ich jetzt in meinem Büro sitz und der kommt zu mir und ich mach eine Stunde das Training, dann weiß ich ja viel gar nicht und sehe viel gar nicht. Ja, dadurch dass ich zuhause sitze, im Wohnzimmer sitze oder in der Küche sitze mit denen und dort arbeite seh ich auch, gut, der kann da nicht gehen, der braucht einen Rollator, der Teppich am Boden ghört weg, ja. Im Badezimmer gibt's nichts zum Anhalten, ja. Das sehe ich ja nur wenn ich vor Ort bin, sonst weiß ich das nicht“ (I8 361-368).

Der Direktor eines Sozialzentrums wünscht sich mobile Betreuung durch geschultes Personal, welche eine Bedarfserhebung durchführt (vgl. I7 177-180).

Die Leiterin der Kompetenzstelle Demenz erklärt im Interview anhand ihrer praktischen Erfahrungen, dass Beratung vor Ort nicht funktioniere, da es für Angehörige eine Herausforderung darstelle, für den an Demenz Erkrankten in dieser Zeit eine Betreuung zu organisieren. Sie gehe deshalb zu den pflegenden Angehörigen nach Hause (vgl. I2 69-74).

Der Leiter der Demenzstrategie führt diesbezüglich im Interview an, dass aus diesen Erfahrungen heraus ein aufsuchender Dienst vorgesehen sei, es aber auch Stellen geben solle, wo Beratung angeboten werde (vgl. I1 152-157).

Im Ratgeber „Leben mit Demenz“ (o.A.) wird auf folgendes hingewiesen: „Angehörige, die demenziell erkrankte Menschen zu versorgen haben, brauchen nicht nur fachliche Beratung, sondern auch emotionale Unterstützung und eine regelmäßige Entlastung“ (bmask o.A.: 17).

Ehrhardt (2010) sieht als „vierte Kraft“ neben Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit die aufsuchende Sozialarbeit, welche an Einzelnen als auch an Gruppen besonders niedrigschwellig arbeitet (vgl. Ehrhardt 2010: 137). SozialarbeiterInnen können im Rahmen eines aufsuchenden Dienstes Entlastungsgespräche führen, Gesprächsführung ist eine der Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit, auf welche in Kapitel 5.3.7 noch näher eingegangen wird.

5.2 Mögliche Zusatzausbildungen für die niederschwellige Beratung im Kontext der Demenzstrategie Niederösterreich

Im Rahmen der Demenzstrategie NÖ wird an einem gemeinsamen Ausbildungsstandard bezüglich der Beratung und Informationsweitergabe für an Demenz erkrankte Personen und Ihren Angehörigen gearbeitet.

Der Leiter der Demenzstrategie erklärte im Interview, dass im Rahmen der Entwicklung zur Demenzstrategie die Frage nach einem einheitlichen Standard besprochen werde. Für Niederösterreich solle eine einheitliche Qualifikation und Ausbildung für die Beratungstätigkeit im Rahmen der Strategie erforderlich sein. Ein „Minimalstandard“ solle im Rahmen der Strategie entwickelt werden (vgl. I1 359-371).

Dieses Kapitel geht der Frage nach, welche Ausbildungen die derzeitigen DemenzberaterInnen vorweisen können und welche Zusatzausbildungen im Bereich Demenz in Niederösterreich angeboten werden.

5.2.1 Gemeinsamer Standard

Im Abschlussbericht der Demenzstrategie des Bundes (2015) ist unter „Erläuterung und Herausforderungen“ Folgendes nachzulesen:

„Fachkompetenz ist notwendig, um zu beurteilen von welchen Maßnahmen die Betroffenen profitieren bzw. welche sogar Schaden verursachen würden. Fachlich kompetenter, abgestimmter und vernetzter Umgang in allen Settings trägt zu einer passenden Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und damit auch zur Kostenersparnis bei“ (GÖG 2015b: 28).

Der Leiter der Demenzstrategie NÖ legt im Interview dar: „Was wir versuchen ist, dass diese Leistungen die zum Teil schon angeboten werden, ist ah auf einen Qualitätsstandard zu bringen, das des alles bei allen gleich is, ja das machen wir“ (I1 166-168). Er sieht es als Schwäche der momentanen Situation keine Qualitätsstandards vorweisen zu können. Im Rahmen der Demenzstrategie soll erreicht werden, dass aus diesen Schwächen mit einer gewissen Konsens- und Kommunikationsfähigkeit eine Stärke der Beratung im Rahmen der Demenzstrategie wird (vgl. I1 444-449).

Für die Regionalleiterin der Volkshilfe soll es für Betroffene eine Beratungsstelle geben, in welcher Beratende eine Ausbildung nachweisen können:

„[...]wo sie si hiwendn kenna, und das durt – ah – Personen – ah – diese Stellen da besetzt san mit Personen, die olle den gleichen Ausbildungsstand habn. Jetzt is des jo no sehr unterschiedlich. Daun is – gibt's – ah, ah – Demenzberatungen, die müssen Ausbildung – a Vorgabe, welche Ausbildungen ois diese Stellen, die Personen dann habn miassn, die diese Stellen besetzen“ (I11 124-128).

Der Pharmazeut in der demenzfreundlichen Apotheke legt die Überlegungen für MitarbeiterInnen in demenzfreundlichen Apotheken, welche auch beratend tätig sind, im Interview folgendermaßen dar:

„Niederösterreichische Apotheken, also nicht nur die neun die da jetzt mitgemacht haben, weil das ist ein zu kleiner Teil, das war eben nur ein Pilotprojekt, und es soll dann eben eine standardisierte Fortbildung geben für Mitarbeiter die in einer demenzfreundlichen Apotheke arbeiten wollen und dann kann man da quasi teilnehmen auch, jede Apotheke. Und das ist das Ziel das quasi da alle dabei sind, dass man dann nicht mehr suchen muss, welche ist eine demenzfreundliche, sondern dass klar ist in NÖ sind alle Apotheken demenzfreundlich“ (I9 134-140).

Anhand der Aussagen der verschiedenen ProfessionistInnen ist der Wunsch nach einem Ausbildungsstandard zu erkennen. In den folgenden Punkten werden Ausbildungen, welche derzeitige tätige ProfessionistInnen vorweisen, aufgezeigt und näher dargelegt.

5.2.2 Die MAS Ausbildung

Im Rahmen der Interviews wurde des Öfteren die „MAS Demenz-TrainerInnen Ausbildung“ erwähnt, welche nun näher erörtert wird.

Wofür steht MAS? In Oberösterreich wurde ein Verein gegründet, welcher sich mit der Alzheimerkrankheit auseinandersetzt. Aus dieser Thematik entstand der Vereinsname: „MAS - Morbus Alzheimer Syndrom - gemeinnütziger Verein für Interdisziplinäre Gerontologie (kurz: MAS)“ (MAS Alzheimerhilfe o.A.a).

Im Rahmen dieses Vereins wurde die „Alzheimerakademie“ gegründet, welche eine Ausbildung zur MAS-DemenztrainerIn anbietet. Ausgebildete MAS-TrainerInnen sollen

die Selbständigkeit und Lebensqualität betroffener Personen fördern. Sie fungieren als kompetente AnsprechpartnerInnen für Angehörige und Betreuungspersonen.

Im Mittelpunkt der Ausbildung stehen die Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehörigen. Von MAS-TrainerInnen wird ein stadiengerechtes und retrogenetisches Training mit verschiedensten Elementen zur Erhaltung und Förderung der vorhandenen Fähigkeiten angeboten (vgl. Alzheimerakademie o.A.).

Die Ausbildung besteht, auf der Internetseite der Alzheimerakademie (vgl. Alzheimerakademie o.A.) beschrieben, aus acht theoretischen Modulen:

- Alzheimer: stadienspezifische Betrachtung und Retrogenese

Es werden medizinische Grundlagen der Erkrankung, die diagnostischen Kriterien, der Krankheitsverlauf und die Verhaltensänderungen besprochen.

- Kommunikation mit Personen mit Demenz

Die Ursachen der sprachlichen Veränderungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Kommunikation werden aufgezeigt. Darauf basierend wird die stadiengerechte Kommunikation von Personen mit Demenz erläutert. Vor allem das Wissen um die vorhandenen Ressourcen steht im Vordergrund.

- Neuropsychologische Grundlagen und stadienspezifisches retrogenetisches Training (SSRT) I

Neuropsychologische Grundlagen und das Mehrspeichermodell des menschlichen Gedächtnisses werden vorgestellt.

Stadienspezifisches Trainingskonzept - Methoden und Materialien sowie Voraussetzungen für ein optimales Trainingssetting bei einem stadiengerechten retrogenetischen Training (SSRT) werden gezeigt.

- Stadienspezifisches retrogenetisches Training (SSRT) II und praktische Gestaltung einer Trainingseinheit

Stadienspezifisches Trainingskonzept - Methoden und Materialien sowie Voraussetzungen für ein optimales Trainingssetting bei einem stadiengerechten retrogenetischen Training (SSRT) werden gezeigt. Ziel ist das Erlernen der Planung, der Durchführung und der Dokumentation.

- Stadienspezifisches retrogenetisches Training (SSRT) III

Prophylaxetraining im Stadium 2 und 3 nach Reisberg: Definition der Unterschiede Prophylaxe- und Demenztraining, sowie Merktechniken und Assoziationssysteme werden vorgestellt.

Training im Stadium 6 und 7 nach Reisberg: Spezielle Übungen und Trainingsmethoden für hohe Stadien kennen und anwenden können ist das Ziel. Sensorische Wahrnehmung und Kreativität stehen im Vordergrund.

- Bewegungstraining für Personen mit Demenz

Grundlagen des Bewegungstrainings für Menschen mit Demenz, Techniken zur Erhaltung der körperlichen Fitness und die damit verbundene Sturzprophylaxe werden gemeinsam erarbeitet.

- Angehörigenarbeit und Psychohygiene für TrainerInnen

Der wertschätzende Umgang mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen von Personen mit Demenz ist essentiell, wenn eine Förderung beim Betroffenen optimal stattfinden soll. Das Verstehen der Belastungen führt zu professionellem Verhalten und hilft bei der Vernetzung von Sozialkontakten und anderen Hilfestellungen (z.B. mobile Dienste). Die professionelle Abgrenzung der TrainerInnen und allgemeine Psychohygiene für TrainerInnen bilden ebenfalls einen Schwerpunkt.

- Abschluss und Evaluation

Die Ausbildung schließt mit einer schriftlichen Prüfung ab. Der positive Abschluss ist Voraussetzung, um das Zertifikat zu erhalten. Zusätzlich sind 50 Stunden reflektiertes Praktikum zu absolvieren (vgl. Alzheimerakademie o.A.).

Diese Ausbildung wird in Bad Ischl angeboten, aber auch in verschiedenen Einrichtungen wie z.B. dem Hilfswerk in St. Pölten. DemenzberaterInnen des Hilfswerks NÖ haben diese Ausbildung absolviert (vgl. I3 138-141).

5.2.3 Demenzstudien der Donau Universität Krems

In Kooperation mit der MAS Alzheimerhilfe wird an der Donau Universität Krems am Department für Klinische Medizin und Präventionsmedizin der Lehrgang „Demenzstudien“ angeboten. Der Fokus des Lehrgangs liegt in der Erforschung und Auseinandersetzung mit den speziellen Bedürfnissen von Personen mit Demenz und den daraus zu erstellenden theoretischen und praktischen Konzepten zur Erhaltung der Selbständigkeit und Lebensqualität. Vermittelt werden Grundlagen und neueste Erkenntnisse über die Ursachen des Krankheitsbildes, neueste diagnostische Methoden sowie verschiedene Behandlungsansätze und Kommunikationsmethoden für die optimale Versorgung von Personen mit Demenz. Angeregt werden eine kritische Auseinandersetzung mit theoretischen und praktischen wissenschaftlichen Konzepten, sowie mit der fachlichen Thematik und der eigenen (Führungs-)Persönlichkeit. Das Ziel des Lehrgangs ist, professionsspezifische, reflektierte ExpertInnen auszubilden,

welche fähig sind, fachübergreifend in einem interdisziplinären Team zu arbeiten bzw. zu forschen (vgl. Auer 2017). Im folgenden Teil werden die Inhalte dieses Studiums näher erläutert.

- Zertifikat - 2 Semester

Das Weiterbildungsziel bis zum Ende des zweiten Semesters ist die inhaltliche Auseinandersetzung mit interdisziplinären Behandlungsansätzen für Personen mit Demenz und deren Umfeld mit speziellem Fokus auf nicht-pharmakologisch therapeutischen Strategien. Bedingungen für evidenzbasiertes Fachwissen und wissenschaftliche Methodologie werden angelegt.

- Akademischer Experte - 4 Semester

Das Weiterbildungsziel ist die Auseinandersetzung mit interdisziplinären nicht-pharmakologischen Behandlungskonzepten, mit internationalen Programmen und Strategien für eine optimale Versorgung von Personen mit Demenz, sowie der Erwerb eines wissenschaftlichen Grundinstrumentariums. Ein weiteres Ziel ist der Erwerb der Grundlagen für eine Lehrtätigkeit.

- Master of Science - 6 Semester

Das Ziel bis zum Ende des sechsten Semesters ist die Auseinandersetzung mit interdisziplinären nicht-pharmakologischen Behandlungskonzepten und mit internationalen Programmen und Strategien für eine optimale Versorgung von Personen mit Demenz, sowie der Erwerb eines wissenschaftlichen Grundinstrumentariums und Grundlagen für eine Lehrtätigkeit (vgl. Donau-Universität Krems o.A.).

Die stellvertretende Pflegedienstleitung des Hilfswerks NÖ wies im Interview darauf hin, dass diplomierte Fachkräfte des Hilfswerkes diese Ausbildung derzeit absolvieren und somit zu FachexpertInnen ausgebildet werden, welche diplomierte MitarbeiterInnen bei der Beantwortung spezieller Fragen unterstützen (vgl. I3: 165-170).

Die Leiterin der Kompetenzstelle beanstandet bezüglich der Demenzstudien:

„Die Ausbildung ist auch nicht gut in der Beratung, muss ich ganz ehrlich sagen, für die Beratung selber is ned so ideal, ammm wenn man nicht Sozialarbeiter im Vorfeld schon is, weil da fehlen dann diese, genau diese beratenden Komponente fehlen da dorten, da is wohl Demenz a guter Schwerpunkt, ja, ahh viele Kollegen sagen auch, de was im Pflegeheim arbeiten, a tolle, a tolle Zusatzausbildung, ja, aber die Frage is, hat der a dann diese beratende Funktion, die hättet's ihr schon mit, ned, des is euer Vorteil“ (I2 276-282).

Die Demenzstudien an der Donau Universität Krems wären dieser Aussage nach eine Zusatzausbildung für SozialarbeiterInnen.

5.2.4 Die Ausbildung nach Böhm

Eine weitere Möglichkeit einer qualifizierten Zusatzausbildung in Bereich der Demenzberatung bietet das „Europäische Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung“. Ziel dieses Netzwerks ist die Absicherung der fachlichen und wissenschaftlichen Zukunft des psychobiographischen Pflegemodells nach Prof. Erwin Böhm (vgl. ENPP o.A.a). Der folgende Abschnitt beschreibt die Entstehung des Modells, die Grundsätze und das Resultat der Ausbildung.

- Entstehung des Modells

Professor Erwin Böhm, Begründer der Psychobiographischen Pflegelehre und des Psychobiographischen Pflegemodells, hat einen ganzheitlichen und äußerst praxisorientierten Ansatz für die Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychogeriatric geschaffen. Sein Modell fördert ein vertieftes Pflegeverständnis durch die intensive Auseinandersetzung mit der Gefühlsbiographie der Betroffenen. Es werden Teile der Tiefenpsychologie von Freud sowie die Individualpsychologie von Alfred Adler verwendet. Auch Bereiche der Verhaltenstherapie sowie der Sozialtherapie wurden integriert. Als wichtig erachtet er, über Biographiearbeit diejenigen Aktivitäten zu finden, die den alten Menschen von früher bekannt waren und ein Motiv für sie bildeten, wieder aktiv zu werden. Oberstes Ziel der „Böhmschen Pflegephilosophie“ ist die psychische Wiederbelebung („Reaktivierung“) des alten Menschen, die maximale Förderung seiner noch vorhandenen Ressourcen und Anerkennung seiner psychobiographisch gewachsenen Identität (vgl. ENPP o.A.b).

- Grundsätze der psychobiographischen Pflegelehre

Laut Böhm ist es wichtig, die psychobiographische Normalität der Menschen zu kennen und diese wiederherzustellen. Die Anwendung des „Psychobiographischen Pflegemodells“ lässt grundsätzlich eine Reaktivierung, d.h. eine deutliche Verbesserung des psychischen Zustandes des dementen Menschen zu, indem sie die Demenz nicht als organisches, sondern als psychobiografisch interpretierbares Problem sieht. Durch aus der individuellen und kollektiven Biographie abgeleitete Schlüsselreize kann die Lebensenergie wieder entfacht werden (vgl. ENPP o.A.b).

- Resultat

Eine systematische Anwendung des Psychobiographischen Pflegemodells soll zu folgenden Verbesserungen für KlientInnen und das Personal führen:

- eine Reaktivierung bei KlientInnen im Destruktionstrieb und Rückzug
- eine Symptomlinderung ohne Einsatz von Psychopharmaka
- eine Erhöhung des Selbstwertgefühls beim alten Menschen
- eine Verbesserung der Pflegequalität durch „seelische Pflege“

- eine deutliche Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
- eine Senkung der Krankenstände (vgl. ENPP o.A.b).

Die Leiterin der Kompetenzstelle Demenz informiert im Interview, dass die diplomierten MitarbeiterInnen der Caritas eine Ausbildung nach BöhM absolviert haben (vgl. I2 229-231).

5.2.5 Dementia Care an der Kardinal König Akademie

Ein weiteres Rechercheergebnis ist die Ausbildung an der „Kardinal König Akademie“ welche den interprofessionellen Lehrgang „Dementia Care“ anbieten.

1999 wurde die „Kardinal König Akademie“ in Wien-Lainz mit den Abteilungen Sozialmanagement und Palliative Care von Sr. Hildegard Teuschl CS als Vorsitzende des „Vereins Kardinal König Akademie“ gegründet. Seit Juni 2005 trägt die Verantwortung für die Weiterbildung an der Kardinal König Akademie Dr. Christian Metz. Die Bildungsangebote der Akademie sind nicht ausschließlich medizinisch bzw. pflegeorientiert. Ziel einer Aus- oder Weiterbildung der TeilnehmerInnen ist nicht nur die Aneignung hoher Fachkompetenz, sondern auch die Reflexion der eigenen Werte und Einstellung (vgl. Kardinal König Akademie o.A.)

Der Lehrgang „Dementia Care“ wurde von den interviewten Personen nicht erwähnt, soll jedoch im Folgenden näher dargelegt werden:

- Lernwege – Theorie und Praxis verbinden:

Fünf berufsbegleitende Seminare von je drei Tagen, vier Praxistage zum Erfahrungsaustausch in kontinuierlichen Kleingruppen, Analyse von Fallbeispielen und Entwicklung von Lösungen, Externe Hospitationen, Exkursionen und Praxisaufgaben.

Absolviert werden fünf Module mit je drei Seminartagen:

- Modul I „Professioneller Beziehungsaufbau“:

Menschenbild, Grundlagen gerontopsychiatrischer Betreuung und Pflege; Pflegeprozess im Demenzverlauf; Kommunikation und Validation.

- Modul II „Medizinische und fachliche Grundlagen“:

Demenzformen, Abgrenzung Delir, Suchterkrankung; Demenz und Palliative Care insb. Ernährung, Risikomanagement, Schmerz; Interprofessionelle Zusammenarbeit.

- Modul III „Lebensqualität und Wohlbefinden“:

Kultursensible Betreuung und Pflege; Intimität und Sexualität; Kreativität und Beschäftigung; ausgewählte Methoden der Betreuung und Pflege.

Modul IV „Rahmenbedingungen und Vermittlung“:

Rechtliche Rahmenbedingungen; Umgang mit herausfordernden Situationen; Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen.

Modul V „Ethik in der Anwendung“:

Ethische Grundsätze, Reflexion, Entscheidungsfindung; Deeskalationstraining

- Zielsetzungen:

Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeiten von Betroffenen werden durch die erworbenen Kompetenzen der AbsolventInnen verbessert. AbsolventInnen wirken als MultiplikatorInnen in der interprofessionellen Zusammenarbeit und unterstützen An- und Zugehörige. AbsolventInnen erleben die Arbeit durch ihre personenzentrierte Haltung und erworbenen Erkenntnisse fachlich und persönlich zufriedenstellender.

- Dementia Care Kompetenzen:

TeilnehmerInnen entwickeln eine empathische und wertschätzende Grundhaltung, lernen Entwicklungsprozesse zu begleiten und erhalten Grundkenntnisse der Palliativen Demenzbetreuung. TeilnehmerInnen lernen ihr Handeln ethisch zu reflektieren und zu argumentieren, sie lernen Interventionen anzuwenden, welche sich an den Ressourcen und Bewältigungsformen der Betroffenen orientieren. Sie erwerben Zusammenhangswissen in Bezug auf sozialpolitische, medizinische, gerontopsychologische, rechtliche und ethische Dimensionen der Demenz, sie erarbeiten sich Vernetzungs- und Vermittlungskompetenzen in der Interaktion mit An- und Zugehörigen und als MultiplikatorInnen im interprofessionellen Team. TeilnehmerInnen bauen Kommunikations- und Konfliktfähigkeit auf.

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung im Umfang von 300 Stunden berechtigt Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie PflegehelferInnen zur Führung der Zusatzbezeichnung „Pflege bei Demenz“. Andere Berufsgruppen, z.B. VertreterInnen psychosozialer Berufe, Physio- und ErgotherapeutInnen, PsychologInnen etc., erwerben das Zertifikat „Dementia Care“ der Kardinal König Akademie (vgl. Dementia Care 2017).

In den vorangegangenen Punkten wurden vier Ausbildungsmöglichkeiten aufgezeigt, welche geeignet wären, einen einheitlichen Standard herzustellen. Im Abschlussbericht der Demenzstrategie (2015) wird dargelegt, dass der Umgang mit Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen spezielles Wissen und Interaktionsformen erfordert. Beides sei in den betroffenen Berufsgruppen noch nicht ausreichend ausgebildet. Spezielles Fachwissen und entsprechende Kompetenz müssten daher insbesondere für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen vertieft, erweitert bzw. gestärkt werden, um so die Betreuungsqualität zu verbessern (vgl. GÖG 2015b:22).

Student (2009) führt aus, dass Menschen mit Demenz in verstärktem Maße zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf andere Menschen angewiesen seien. Selten seien sie in der Lage, ihre Bedürfnisse aus sich heraus zu erlangen. Deshalb ist für diese

Menschen ganz besonders sozialarbeiterische Intervention gefordert (vgl. Student 2009; zit. in Helm 2013:76). Im nachfolgenden Kapitel werden Kernaufgaben der Sozialen Arbeit dargelegt.

5.3 Kompetenzen der Sozialen Arbeit in Information und Beratung im Rahmen der Demenzstrategie NÖ

Das folgende Kapitel verschafft einen Überblick der Kompetenzen eines/einer ausgebildeten SozialarbeiterIn, welche besonders für die Unterstützung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen geeignet sind.

Helm (2013) legt dar, dass die Demenzerkrankung bislang weitgehend als medizinisches Problem betrachtet werde, für das es jedoch kein Heilmittel gebe. Daher solle Soziale Arbeit danach fragen, was über den medizinischen Bereich der Erkrankung hinaus, unter Beachtung der Komplexität und Individualität von Personen und deren Entwicklung, für Betroffene getan werden könne (vgl. Helm 2013a:72).

Der Leiter der Demenzstrategie NÖ bestätigt im Interview, dass im Rahmen der Demenzstrategie die Soziale Arbeit in der niederschweligen Beratung vorgesehen sei (vgl. I1 350).

5.3.1 Kompetenzen über welche ausgebildete SozialarbeiterInnen verfügen

SozialarbeiterInnen verfügen über die Kompetenz:

- „die Wirkung von Kommunikation einschätzen zu können,
- Sinnverstehen und einführendes Verstehen umzusetzen,
- Beratungsgespräche auf der Basis von Kommunikationsmethoden zu führen, Kommunikationstechniken situationsangemessen einzusetzen,
- seine/ihre Wahrnehmung von Personen zu reflektieren,
- sein/ihr eigenes Verhalten zu reflektieren,
- Beratungsprozesse dokumentieren und evaluieren zu können“ (Ehrhardt 2010: 42).

Helm (2013) führt über die Bedeutung Sozialer Arbeit aus, dass nicht immer sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht, da die meisten Menschen ihre Probleme, unter Einbezug interner und externer Ressourcen, durchaus selbst überwinden können. Erst wenn die Ressourcen nicht mehr ausreichen, wird sozialarbeiterische Hilfe nötig. Ihrer Meinung nach entsteht demzufolge gerade im

Hinblick auf die Demenzerkrankung ein unerlässlicher sozialarbeiterischer Handlungsbedarf. Zudem ist es im Besonderen Aufgabe von Sozialer Arbeit, auf Probleme aufmerksam zu machen und sich für Menschen einzusetzen, die nicht länger in der Lage sind, ihre Probleme und Bedürfnisse verbal zu kommunizieren. Somit ist die Bedeutung Sozialer Arbeit essentiell (vgl. Hamburger F. 2012, zit. in Helm 2013: 66-67).

In den nachfolgenden Punkten werden Fähigkeiten, welche im Rahmen der Demenzstrategie NÖ von Bedeutung sind, näher ausgeführt.

5.3.2 Alltagsunterstützung

Eine der Kernaufgaben Sozialer Arbeit ist die „Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben“, welche die AdressatInnen vorübergehend oder dauerhaft nicht aus eigener Kraft bewältigen können (vgl. Spiegel 2004:34; zit. in Widulle 2011:39).

Der Pharmazeut der demenzfreundlichen Apotheke erläutert im Interview folgende Alltagsprobleme:

„Ja, ich denk an so banale Dinge, also, ich red jetzt nicht von psychologischer Beratung die sicher ganz ganz wichtig ist, nur am Beginn macht sich jeder Gedanken wie gehts weiter mit meinem Angehörigen, und mit mir. Wie schafft der den Alltag, ahm, braucht der 2 Stunden Betreuung am Tag oder 24 Std., krieg ich die, wie krieg ich die, was kostet das, das sind so die ersten Gedanken. (I9 190-195).

Thiersch (2005) legt dar, dass sich Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit zunehmend durchsetzt. Lebensweltorientierung meint den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressaten, in denen Hilfe zur Lebensbewältigung praktiziert wird, meint den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, auf soziale Netzwerke und lokale/regionale Strukturen (vgl. Thiersch 2005:5).

Ehrhardt (2010) führt aus, dass sich eine Alltagsorientierung in der Wahl der Methoden und Techniken wiederfinden muss. Es soll sich an den Bedürfnissen der Adressaten, flexibel bezogen auf den konkreten Alltag des/der einzelnen KlientIn, durch „lebensweltnahe Hilfesettings“ orientieren (vgl. Ehrhardt 2010: 32).

Lebensweltorientierung als Konzept stellt im Alltag eine Unterstützung für die Betroffenen dar, ebenso für Organisation betreffend die verschiedenen Hilfemöglichkeiten. Für Karl (2016) setzt die Lebensweltorientierung mit älteren Menschen an der Heterogenität der Lebensformen und Lebenswelten im Alter an. Biographisch bedeutsame soziale Ungleichheits- und Anerkennungsverhältnisse werden berücksichtigt. (Karl 2016: 197).

Dieses Konzept lässt sich mit Methoden der Sozialen Arbeit verknüpfen, z. B. der Biographiearbeit. Der biographische Zeitbalken, von Peter Pantucek (2010) entwickelt, ist ein Instrument zur kooperativen Erfassung der Realbiographie, in dem wichtigen

Abschnitte und Ereignisse in mehreren Karrieredimensionen erfasst werden (vgl. Pantucek 2010).

5.3.3 Ganzheitliche Sicht auf den/die KlientIn

Der/die SozialarbeiterIn verfügt über die Kompetenz, Probleme des/der KlientIn ganzheitlich in seinen wechselseitigen Bezügen wahrzunehmen und diesen Verstehensprozess dialogisch zu organisieren, den/die KlientIn in den Mittelpunkt zu stellen und Interventionen auf verschiedenen Ebenen anzuwenden. Der/die SozialarbeiterIn wendet eine ganzheitliche Sicht an, und organisiert ein entsprechendes Unterstützungsnetzwerk (vgl. Ehrhardt 2010: 26-28).

Dazu erörtert die Sozialarbeiterin eines Sozialamtes, dass es Vieles gibt, was SozialarbeiterInnen machen können:

„Also angefangen wirklich wiederum Ressourcenwissen, also welche Einrichtungen gibt es, welche mobilen Dienste gibt es, was gibt es im Stadtteil, was gibt es an Beratungsstellen, des is des eine also des Ressourcenwissen, das sozialrechtliche natürlich dazu und ganz stark natürlich die Angehörigenberatung“ (I14 259-263). [...]Viele Fragen sind einfach auch rechtliche Fragen in der Situation, z.B. „Was tun?“, „Kann mein Papa noch mit dem Auto fahren?“, „Wie geht man damit um?“ oder „Wie is des jetzt mit ana Sachwalterschaft?“ „Mocht des an Sinn, mocht des kan Sinn?“, Patientenverfügung da gibt's tausende Dinge, die ma besprechen muss. Und dann natürlich auch so Methodenwissen wie z.B. Validation, den Angehörigen einfach diese Methoden in irgendeiner Form zugänglich zu machen. Oder a interdisziplinär zusammenzuarbeiten und zu schau, wie können wir alle an am Strang ziehen. Ich mach z.B. oft solche HelferInnenkonferenzen (I14 274-281).

Der/die SozialarbeiterIn verfügt über das Fachwissen, mit dem/der KlientIn Perspektiven für einen gelingenden Alltag zu entwickeln und dabei seine/ihre Eigenkompetenz zu erhöhen, den/die KlientIn an Unterstützungsprozessen aktiv zu beteiligen und lebensweltnahe Hilfsangebote zu etablieren (vgl. Ehrhardt 2010: 31).

5.3.4 Ressourcenorientierung

Ein/eine ausgebildeter/ausgebildete SozialarbeiterIn bedarf eines breiten Methodenrepertoires, um je nach Anforderungen auf verschiedenen Interventionsebenen auf die Lebenssituation von KlientInnen flexibel und adäquat reagieren zu können. Wichtig dabei ist es, die Methoden nach den Problemlagen der KlientInnen auszuwählen, und nicht umgekehrt (vgl. Ehrhardt 2010: 10).

Bei Ressourcenorientierung stehen nicht die Defizite des/der KlientIn im Zentrum der Intervention, sondern die Potenziale, Stärken und Fähigkeiten werden gefördert. Das Konzept verzichtet auf vorschnelle, entmündigende Expertenurteile, die SozialarbeiterIn unterstützt den Prozess der Kompetenzgewinnung. Dies gilt für Gruppen und Netzwerke (vgl. Ehrhardt 2010: 37).

Die Leiterin der Demenzstelle der Caritas erläutert im Interview, dass die Entlastung von Angehörigen einen Schwerpunkt in der Arbeit darstelle (vgl. I2 47). Die Lebens- und Sozialberaterin erklärt, dass sich Betroffene erst Hilfe holen, wenn der Leidensdruck schon sehr groß sei (vgl. I5 293).

Im Bezug der Angehörigenberatung kann eine Ressourcenorientierung zu einer Entlastung der Situation führen.

5.3.5 Case-Management

Der Case-Management-Ansatz – zu Deutsch „Unterstützungsmanagement“ – ist als Reaktion auf die mangelhafte Koordination sozialer Dienste und eine unzureichende Kooperation der beteiligten Fachkräfte entstanden. Häufig wurden Fälle „mehrfachbetreut“, ohne dass die Fachkräfte davon wussten, und es kam dadurch für den/die KlientIn teilweise zu widersprüchlichen und damit wirkungslosen Interventionen (vgl. Ehrhardt 2010: 79). Ein weiterer Aspekt von Case-Management liegt in einer gezielten Planung und Organisation von Hilfsangeboten unter Beteiligung der Hilfesuchenden, in Kooperation mit anderen LeistungsanbieterInnen (vgl. Ehrhardt 2010: 80).

Der Leiter der Demenzstrategie NÖ führt aus, dass der Demenzkoordinator am Telefon schon nach einem Algorithmus abfragen solle, ob es schon Betreuung gebe, oder welche Unterstützung noch gebraucht werde (vgl. I1 690-692). Die Aufstellung eines Hilfeplans ist ebenfalls Bestandteil des Case-Managements. Ein Hilfeplan bindet alle Beteiligten und in Frage kommenden Institutionen mit ein, die Aufgaben werden festgeschrieben, und ein Kontrakt gewährleistet die Verbindlichkeit (vgl. Ehrhardt 2010: 83).

Durch gezieltes Case-Management und einer Koordination der Leistungen könnte es zu einer Kostenersparnis im Rahmen der Demenzstrategie kommen.

5.3.6 Gruppenarbeit und Beratung in Selbsthilfegruppen

Die Organisation, Planung und Durchführung von Gruppenarbeit gehört zu einem festen Bestandteil Sozialer Arbeit und findet in verschiedensten Arbeitsfeldern statt. Der Mensch wächst in Gruppen auf und ausgehend von der Familie erhält er Gruppenerfahrungen in der Schule, im Berufsleben und eventuell am Ende seines Lebens in einem Altersheim (vgl. Ehrhardt 2010: 100).

Die Lebens- und Sozialberaterin schildert, dass in Selbsthilfegruppen behördliche und rechtliche Dinge besprochen oder vermittelt werden (vgl. I5 131-133). Auch der

Pharmazeut einer demenzfreundlichen Apotheke erörtert, dass bei den regelmäßigen Treffen der Selbsthilfegruppe Informationsweitergabe stattfindet (vgl. I9: 32-34).

Neben Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit wird die aufsuchende Arbeit, welche sich an Einzelne als auch an Gruppen wendet, als besonders niederschwellig verstanden (vgl. Ehrhardt 2010: 137).

Die Leitung einer Selbsthilfegruppe könnte durch SozialarbeiterInnen erfolgen, und so eine gezielte Beratung und Information stattfinden.

5.3.7 Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit

Für die klientInnenbezogene Arbeit an materiellen und psychosozialen Problemsituationen erhält das Gespräch eine zentrale Bedeutung für soziale Kontakte, welcher für KlientInnen bereits die Funktion der Entlastung und Unterstützung hat (vgl. Widulle 2011: 25). Bei den Interviews wurde immer wieder auf die Bedeutung des Entlastungsgesprächs hingewiesen.

Die Regionalleiterin der Volkshilfe im Interview dazu:

„Und do – ah – des wo a Part eben von die Sozialarbeiter, dass ma dieses – sogn –die Angehörigen rechtzeitig sogn: Wos wiad auf eana zuakemma und wos muass i ois bedenken und wia kaun i des guat regeln, a mit Familiengespräche, Angehörigengespräche und soiche Dinge. Des Verstehen oafoch, des hobn sa si verdient. Grod demenzerkrankte Menschen, die hobn si des afoch verdient, dass ma vasteht, dass ma woäß, wia ma mit eana umgeh“ (I11 180-185).

Für Helm (2013) muss die Krankengeschichte eines an Demenz Erkrankten nicht in einer Leidengeschichte enden. Im Rahmen einer fachgemäßen, professionellen Pflege geht es um mehr, als diese Menschen „satt und sauber“ zu halten. Ihrer Meinung nach sollte es im Wesentlichen darum gehen, diese Menschen als gleichberechtigte BürgerInnen zu betrachten und deren Menschenrechte und Menschenwürde zu gewährleisten (vgl. Helm 2013: 8).

Die stellvertretende Pflegedienstleiterin des Hilfswerkes NÖ erklärte, dass wenn pflegende Angehörige in eine Überlastungssituation kommen, Entlastungsgespräche durch SozialarbeiterInnen geführt werden (vgl. I3 174-176). Gespräche zu führen ist eine der Hauptaufgaben einer ausgebildeten SozialarbeiterIn, welche im Rahmen der Demenzstrategie NÖ als positiv zu werten ist.

6 Resümee

Im letzten Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage zusammengefasst. Des Weiteren werden Überlegungen aus den gewonnenen Erkenntnissen dargelegt, welche eine Relevanz für die Zukunft darstellen.

Die vorliegende Bachelorarbeit stellt einen Beitrag für die Demenzstrategie NÖ dar. Soziale Arbeit kann unterstützend und beratend im Gesundheitswesen tätig sein, jedoch scheint das Bewusstsein diesbezüglich noch nicht ausreichend vorhanden zu sein. Die Sozialarbeiterin eines Sozialamtes in Niederösterreich sieht folgende Möglichkeit:

„Also ich denk, dass diese Demenzstrategie, die jetzt auch überall besprochen wird, die Chance der Sozialen Arbeit ist, sich im Bereich der alten Menschen zu etablieren, aufzuzeigen, was sie kann und dass diese interdisziplinäre Zusammenarbeit grad im Bereich der Betreuung von Demenzkranken enorm wichtig ist. Es ist Platz für alle Berufsgruppen, wir sind keine Konkurrenten, es geht um das Miteinander“ (I14: 485-490).

Dazu schreibt Menzel (2009):

„Soziale Arbeit ist im Gesundheitswesen eine von vielen Professionen. Neue Berufsbilder entstehen und immer mehr helfende Berufe drängen in die traditionellen Arbeitsfelder der Sozialarbeit. Das Nebeneinander, Miteinander und Gegeneinander verschiedener Berufsgruppen macht es notwendig, den Aufgabenbereich, die Inhalte und die Arbeitsschritte der Sozialen Arbeit genau darzustellen und transparent zu machen“ (Menzl 2009: 345).

Gerade die Demenzstrategie NÖ bietet die Möglichkeit, Soziale Arbeit im Bereich Gesundheit stärker zu etablieren. SozialarbeiterInnen setzen sich für Menschen ein, welche nicht in der Lage sind ihre Probleme und Bedürfnisse verbal zu kommunizieren. Diese und weitere Kompetenzen, in Kapitel 5.3.1. beschrieben, können im Bereich der Betreuung von an Demenz erkrankten Personen und ihren Angehörigen ergänzend und unterstützend wirksam sein. Die Qualität der Versorgung im Gesundheitsbereich kann durch die Einbeziehung von Sozialarbeit durch gezieltes Case-Management, in Kapitel 5.3.5 beschrieben, verbessert werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Bedarf in der Versorgung im Gesundheitswesen zunimmt, hier wäre eine verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen wünschenswert.

Von der Leiterin der Demenzservicestelle wurde angemerkt, dass viele Fragen von an Demenz Erkrankten und deren Angehörigen die Pflege betreffen und somit SozialarbeiterInnen nicht die notwendige Unterstützung geben können (vgl. I2 259). Diese Annahme wurde von der Sozialarbeiterin in der Demenzservicestelle anders dargelegt. Als Beispiel führt sie die Körperpflege an. Will sich ein/eine PatientIn nicht waschen, so werden ihrer Meinung nach SozialarbeiterInnen nach motivierenden Tricks gefragt. Pflegerische Fragen wären hingegen, wie einer/einem PatientIn aus der Badewanne geholfen wird (vgl. I10 527-534). Diese Aussage lässt die Überlegung

zu, inwieweit Betroffene an PflegehelferInnen sozialarbeiterische relevante Fragen stellen. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass Betroffene sowohl pflegerische als auch sozialarbeiterische Fragen haben.

Soziale Diagnostik kann, wie in Kapitel 5.1.3 dargelegt, Problemlagen von Betroffenen und ihren Angehörigen aufzeigen. Der Vorteil von SozialarbeiterInnen gegenüber anderen Professionen kann in der ganzheitlichen Betrachtung von Menschen liegen. SozialarbeiterInnen können somit vermittelnd zwischen den verschiedenen ProfessionistInnen, z.B. ÄrztInnen oder mobilen Diensten, agieren und so Vernetzungsarbeit leisten.

Einen weiteren Schwerpunkt dieser Arbeit bilden mögliche Zusatzausbildungen im Rahmen der Demenzstrategie NÖ, welche in Kapitel 5.2 beschrieben werden. Durch die Auswertung der Interviews wurde ersichtlich, dass die MAS Ausbildung am Häufigsten genannt wurde. Des Weiteren stellte sich heraus, dass die beiden großen Anbieter, Caritas und Hilfswerk NÖ, in ihren Unternehmen in Niederösterreich verschiedene Ausbildungen für ihre MitarbeiterInnen anbieten. Anhand der verschiedenen Zusatzausbildungen ist es eine Herausforderung einen gemeinsamen Standard im Rahmen der Demenzstrategie NÖ zu finden. Bei der Erstellung des Resümees wurde die Autorin im Rahmen eines Telefonats mit dem Leiter der Demenzstrategie NÖ darauf hingewiesen, dass der interprofessionelle Lehrgang „Dementia Care“ an der Kardinal König Akademie Grundlage für einen einheitlichen Ausbildungsstandard sein werde.

An der Fachhochschule St. Pölten sind Zusatzausbildungen für angehende SozialarbeiterInnen oder Schwerpunkte im Bereich Demenz noch kein Thema. Diesbezüglich wären die MitarbeiterInnen der Fachhochschule gefordert, Veränderungen in der Ausbildung, etwa der Einführung eines Wahlfaches, welches sich mit dem Bereich Demenz beschäftigt, zu überdenken.

In Kapitel 5.3 werden Kompetenzen, wie beispielsweise die Beratung und die Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Das professionelle Verständnis von SozialarbeiterInnen kann dazu beitragen, die Lebenswelt von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen besser zu gestalten. Sozialarbeiterische Intervention kann die Lebensqualität der Betroffenen zu Hause verbessern, und die Pflegekräfte in ihrer Arbeit unterstützen. SozialarbeiterInnen arbeiten, in Kapitel 5.3.4 beschrieben, ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert. Der Fokus liegt darauf, was Betroffene und deren Angehörige machen können, nicht darauf was nicht mehr möglich ist. Dies kann zu einer Entlastung des gesellschaftlichen Systems führen.

In dieser Arbeit wird dargestellt, wie Soziale Arbeit im Bereich Demenz im Rahmen der Demenzstrategie NÖ wirksam werden kann. Diese Erkenntnisse können die Arbeit der Demenzstrategie NÖ unterstützen.

7 Ausblick

Demenz stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar. Soziale Arbeit ist im Gesundheitsbereich vertreten, jedoch könnte es in diesem Bereich mehr Angebote geben. Im Entlassungsmanagement des Krankenhauses sind des Öfteren SozialarbeiterInnen vertreten, welche durch gezielte Beratung schon während eines Krankenhausaufenthaltes tätig sind. Es wird eine Verbindung zwischen Gesundheitseinrichtungen, den betreuenden Angehörigen oder den mobilen Sozialdiensten hergestellt (vgl. Universitätsklinikum St. Pölten 2015). Das Entlassungsmanagement ist somit eine Schnittstelle zwischen ProfessionistInnen und Betroffenen.

Auch im Rahmen der Demenzberatung wäre eine von SozialarbeiterInnen betreute Schnittstelle, welche zwischen verschiedenen Ansprechpartnern, wie FachärztInnen, mobilen Diensten oder PsychologInnen und Betroffenen sowie deren Angehörigen vermittelt, vorstellbar. In der niederschweligen Demenzberatung soll Vernetzung und Koordination stattfinden. Case-Management, ein Schwerpunkt in der Ausbildung zur SozialarbeiterIn, wäre eine Grundlage für dieses Vorhaben.

8 Literatur

- Aktuelles aus Niederösterreich (2015): NÖ erarbeitet eigene Demenz-Strategie, http://www.noel.gv.at/Presse/Pressedienst/Pressearchiv/117438_Demenz-Strategie.html [11.03.2017].
- Alzheimer Austria (2017): Was ist Demenz, <http://www.alzheimer-selbsthilfe.at/was-ist-demenz/> [11.03.2017].
- Alzheimerakademie (o. A.a): MAS DemenztrainerInnenbildung, http://www.alzheimerakademie.at/mas_trainer_ausbildung.html [01.04.2017].
- Amt der NÖE Landesregierung (2015): Leben mit Demenz Selbstbestimmt in die Zukunft, https://www.kommunalnet.at/fileadmin/Partner/Wohnbau_NOE/Nachbericht_Symposium_Demenz.pdf [26.03.2017].
- Arrouas, Magdalena (2015): Entwicklung der österreichischen Demenzstrategie 2015, NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Pflege/Entwicklung_der_Demenzstrategie_2015_Arrouas_Expertenletter_Pflege.pdf [11.03.2017].
- Auer, Stefanie (2017): Universitätslehrgang Demenzstudien, https://www.postgraduate.at/Universitaetslehrgang_Demenzstudien__MSc_3475.htm [01.04.2017].
- bmask – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (o.A.): Leben mit Demenz. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 17, <https://www.ig-pflege.at/downloads/service/Leben-mit-Demenz.pdf?m=1366125536> [30.03.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016a): Gut Leben mit Demenz, <http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/> [25.03.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016b): Entwicklung der Österreichischen Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz, http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Entwicklung_der_Oesterreichischen_Demenzstrategie_Gut_leben_mit_Demenz [25.03.2017].
- Dementia Care (2017): Interprofessioneller Lehrgang Dementia Care, http://www.kardinal-koenig-akademie.at/web_medienpool/paldementiacare01_17mlogo_3.pdf de [21.04.2017].

- Donau-Universität Krems (o. A.): Demenzstudien, Studieninhalte, <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/demenzstudien/11806/index.php> [01.04.2017].
- Ehrhardt, Angelika (2010a): Methoden der Sozialen Arbeit. Einige Grundlagen und Ausgangsbedingungen. Schwalbach/Ts: Wochenschau Verlag.
- ENPP - Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung (o.A.a): ENPP-Böhm Austria, <http://www.enpp-austria.com/enpp-boehm%20austria.htm> [01.04.2017].
- ENPP - Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung (o.A.b): Erwin Böhm, http://www.enpp-austria.com/erwin_boehm.htm [01.04.2017].
- Fachhochschule Krems (2015): Symposium "Leben mit Demenz! - Selbstbestimmt in die Zukunft?", <https://www.fh-krems.ac.at/de/aktuelles/artikel/symposium-leben-mit-demenz-selbstbestimmt-in-die-zukunft-an-der-imc-fh-krems/#.WNYhz6JFc2x> [25.03.2017].
- GerAnimation (2016): Zentrum für GerAnimation, <http://www.geranimation.at/> [04.04.2017].
- Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften 2. durchgesehene Auflage, 116-151.
- GÖG – Gesundes Österreich (2015 a): Demenzstrategie Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht. Einleitung. Wien: Bundesministeriums für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz und des Bundesministerium für Gesundheit 6-10, http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf [30.03.2017].
- GÖG – Gesundes Österreich (2015 b): Demenzstrategie Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht. Wirkungsziel 3 „Wissen und Kompetenz stärken“. Wien: Bundesministeriums für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz und des Bundesministerium für Gesundheit 22-24, http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf [02.04.2017].
- Gruber, Werner (2009): Soziale Diagnostik in der palliativen Versorgung. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hg. 2009): Perspektiven Sozialer Diagnostik, LIT Verlag, Münster – Hamburg – London.
- Hamburger, F. (2012): Einführung in die Sozialpädagogik. 3. aktualisierte Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, zit. in: Helm, Anita (2013): Die Bedeutung Sozialer

- Arbeit für Menschen mit Demenz. Personsein trotz einer Demenzerkrankung. Hamburg: disserta Verlag.
- Helm, Anita (2013): Die Bedeutung Sozialer Arbeit für Menschen mit Demenz. Personsein trotz einer Demenzerkrankung. Hamburg: disserta Verlag.
- Höfler, Sabine et. Al. (2014): Österreichischer Demenzbericht 2014 Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- International Federation of Social Workers IFSW (o.A): Neue Definition von Sozialarbeit, http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international_1.pdf [11.03.2017].
- Kardinal König Akademie (o.A.): Hospiz und Palliative Care, <http://www.kardinal-koenig-akademie.at/index5.php?m=629&l=de> [21.04.2017].
- Karl, Ute (2016): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen. In: Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (2016): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lowy, Lois (1981): Soziale Arbeit mit älteren Menschen. Sozialarbeit als Kontinuum. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- MAS-Alzheimerhilfe (o.A.a): Impressum, <http://www.alzheimerakademie.at/impressum.html> [01.04.2017].
- Mayring, Philipp (2002): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Menzl, Regina (2009): Psychosoziale Diagnosen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hg. 2009): Perspektiven Sozialer Diagnostik, LIT Verlag, Münster – Hamburg – London.
- NÖGUS - NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (2015): Strategie Demenzversorgung NÖ, http://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Publikationen/20160518_Demenz_NOE.pdf [07.01.2017].
- Ortmann, Karlheinz (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf. In: Sozialarbeit in Österreich, Ausgabe 4/15, Seite 13-17, http://www.sozialarbeit.at/files/sio_4_2015_web.pdf [27.01.2017].
- Pantucek, Peter (2010): Biographischer Zeitbalken, <http://www.pantucek.com/soziale-diagnostik/verfahren/231-biographischer-zeitbalken.html> [27.03.2017].

- Sepandj, Asita (2014): Ärztliche Therapie. In Höfler, Sabine (Hrsg.), et.al.: Österreichischer Demenzbericht 2014, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 35-39, <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf> [30.03.2017].
- Spiegl, Hiltrud v. (2004): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. München: E.Reinhardt. zit. in: Widulle, Wolfgang (2011): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 1. Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staak, Swen (2011): Demenz und Soziale Arbeit – ein Vergissmeinnicht? In: Humer, Brigitte (2011): Herausforderung Demenz. Ed. Pro Mente, Linz.
- Strategienet (o.A.): Was ist Strategie, <http://www.strategienet.de/wasist.html> [11.03.2017].
- Student, K. (2009): Ein wertvolles Leben für Menschen mit Demenz. Norderstedt: GRIN-Verlag, zit. in: Helm, Anita (2013): Die Bedeutung Sozialer Arbeit für Menschen mit Demenz. Personsein trotz einer Demenzerkrankung. Hamburg: disserta Verlag.
- Thiersch, Hans (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Universitätsklinikum St. Pölten (2015): Entlassungsmanagement, <http://www.stpoelten.lknoe.at/fuer-patienten/beratungsstellen/entlassungsmanagementbereich-pflegesoziales.html>, [12.04.2017].
- Widulle, Wolfgang (2011): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 1. Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

9 Daten

- 11, Interview 1, geführt von Martina Neussner und Johannes Pflegerl mit Herrn Dr. Schneider in St. Pölten, Projektleiter NÖ Demenzstrategie und Abteilungsleiter des NÖGUS in St. Pölten, 12. 12. 2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 12, Interview 2, geführt von Martina Neussner mit DGKP Lea Hofer-Wecer in St. Pölten, Leiterin der Kompetenzstelle Demenz der Caritas St. Pölten, 13. 12 2016, Transkript durchgehend nummeriert.

- 13, Interview 3, geführt von Martina Neussner mit DGKP Petra Köflinger in Krems, stellvertretende Pflegedienstleitung des Hilfswerks NÖ, speziell ausgebildete Demenzbeauftragte beim Hilfswerk NÖ, 13. 12. 2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 14, Interview 4, geführt von Claudia Hladecek mit Frau Michèle Fliegl in Mödling, Dipl. Geranimationstrainerin, tätig im Raum Mödling Niederösterreich, 14.12.2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 15, Interview 5, geführt von Claudia Hladecek mit Frau Conny Stoits-Gierlinger in Perchtoldsdorf, MAS Demenz- und Biofeedback Trainerin und Lebens- und Sozialberaterin, tätig im Raum Perchtholdsdorf Niederösterreich, 28.12.2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 16, Interview 6, geführt von Claudia Hladecek mit einer Hausärztin aus Niederösterreich, in Niederösterreich, 03.01.2017, Transkript durchgehend nummeriert.
- 17, Interview 7, geführt von Claudia Hladecek mit Herrn Mag. Thomas Kissich in Kirchberg am Wechsel, Direktor vom SeneCura Sozialzentrum in Ternitz, 05.01.2017 Transkript durchgehend nummeriert.
- 18, Interview 7, geführt von Claudia Hladecek mit Frau Mag.^a Sandra Danninger in Mautern an der Donau, Klinische- und Gesundheitspsychologin, tätig im Raum Mautern an der Donau in Niederösterreich, 13.01.2017, Transkript durchgehend nummeriert.
- 19, Interview 9, geführt von Claudia Hladecek mit Herrn Mag. pharm. Michael Maiwald in St. Pölten, Pharmazeut in der demenzfreundlichen Rosen Apotheke in St. Pölten, 17.01.2017 Transkript durchgehend nummeriert.
- 110, Interview 10, geführt von Judith Rass mit einer Sozialarbeiterin in Oberösterreich, Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle in einer kleinen Stadt in Oberösterreich, , 15.12.2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 111, Interview 11, geführt von Alexandra Hild-Müssauer mit DGKP Gerlinde Oberbauer im Waldviertel, Regionalleiterin der Volkshilfe für das Waldviertel, 21.11.2016, Transkript durchgehend nummeriert.
- 112, Interview 12, geführt von Alexandra Hild-Müssauer, mit DGKS Elisabeth Konopatsch in Waidhofen an der Thaya, Einsatzleiterin im Hilfswerk im Thayatal, 1.2.2017, Transkript durchgehend nummeriert.

- I13, Interview 13, geführt von Alexandra Hild-Müssauer mit DGKS Helga Tersek in Waidhofen an der Thaya, Pflegeleiterin der Caritas im Waldviertel, 22.2.2017
Transkript durchgehend nummeriert.
- I14, Interview 14, geführt von Judith Rass mit Sozialarbeiterin eines Sozialamtes in einer Stadt in Niederösterreich, Sozialarbeiterin, welche sich auf das Thema „Alte Menschen“ spezialisiert hat, 02.02.2017, Transkript durchgehend nummeriert.

10 Abkürzungen

bmask	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
ENPP	Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung
etc.	et cetera
FH	Fachhochschule
GÖG	Gesundes Österreich
IFSW	International Federation of Social Workers
MAS	Morbus Alzheimer Syndrom
NÖ	Niederösterreich
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
o.A.	ohne Angabe
PPA	Patienten- und Pflegeanwaltschaft
SSRT	stadienspezifisches retrogenetisches Training
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

11 Anhang

11.1 Leitfadengestütztes Interview mit Key-StakeholderInnen

Einstiegsfrage:

Ich bitte Sie zunächst über die Hintergründe für die Entstehung der Demenzstrategie NÖ/ zu erzählen

Hauptteil:

- Welche Struktur/ Strategie liegt hinter den Überlegungen zur Demenzberatung und Informationsweitergabe in Niederösterreich?
- Welche Leitgedanken bzw. Grundsätze befinden sich hinter der Demenzberatung?
- In welcher Verbindung steht die Struktur im Land Niederösterreich mit der Demenzstrategie des Bundes?
- Wie werden die Grundsätze der Bundesdemenzstrategie bei der Umsetzung im Land Niederösterreich eingebunden?
- Inwieweit gab es Modelle an denen sich die Strategie/ das Projekt orientiert?

- Wie gestaltet sich die Finanzierung der Demenzstrategie/ Ihres Projektes?
- Welche Angebote zur Information und Beratung für an Demenz erkrankte Personen und Angehörigen gibt es in NÖ?
- Wie werden die Angebote zur Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen organisiert?
- Welche Überlegungen gibt es zur regionalen Aufteilung der Angebote?
- Wie gestaltet sich die Vergabe an verschiedene Träger/ Einzelpersonen?
- An welche Förderbedingungen sind die Angebote geknüpft?
- Wie werden diese geforderten Bedingungen überprüft?
- Welche Berufsgruppen sind an der Strategie/ dem Projekt zur Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihrer Angehörigen beteiligt?
- Welche Überlegungen stehen hinter der Auswahl dieser Berufsgruppen?
- Inwieweit hat die Soziale Arbeit einen Stellenwert in den Überlegungen zur Demenzberatung und Information?
- Wie wird die Soziale Arbeit konkret in der Demenzberatung und Information eingesetzt?
- Welche Überlegungen gibt es, die Berufsgruppe der SozialarbeitInnen einzusetzen?
- (Wo würden Sie sich eine stärkere Beteiligung von SozialarbeiterInnen wünschen?)
- Welche Stärken erkennen Sie bei der NÖ Demenzstrategie?
- Welche Schwächen erkennen Sie bei der NÖ Demenzstrategie?
- Wie hat sich das Projekt bisher etabliert?
- Was erwartet man von der Demenzstrategie NÖ?
- Welche Entwicklungen konnten Sie beobachten?
- Ausgehend vom derzeitigen Ist-Stand, welche Veränderungen im Bezug auf die Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen wären für Sie wünschenswert?
- Ist eine Evaluierung der Demenzstrategie NÖ vorgesehen?

Abschlussfrage:

- Möchten Sie diesbezüglich noch etwas sagen, was sie bisher noch nicht äußern konnten?

11.2 Leitfadengestütztes Interview mit ausgewählten Organisationen

Einstiegsfrage:

Ich bitte Sie mir zu Beginn des Interviews zunächst einen Überblick über Ihr Handlungsfeld/Ihre Tätigkeit im Bereich Informationsweitergabe zu geben.

Wie gestaltet sich die Beratung für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige?

Hauptteil:

Entstehung des Organisationskonzeptes:

- -Wie kam es dazu, dass Sie sich auf das Themenfeld Demenz spezialisierten?
- -Gab es einen Auftrag der Sie veranlasste, in diesem Bereich zu arbeiten?

Organisationskonzept:

- Wie ist in Ihrer Organisation die Information und Beratung an Demenz erkrankten Personen und ihren Angehörigen grundsätzlich organisiert?
- Welches Konzept steht hinter den Angeboten in Ihrer Organisation? O
- Inwieweit Gibt es Vorgaben wie ihre Angebote gestaltet sein sollen?
- In welcher Verbindung steht die Organisation Ihrer Angebote mit der Demenzstrategie des Bundeslandes NÖ?
- Wer ist der Kostenträger für Ihre Angebote im Bereich Demenzberatung?
- An welche Förderbedingungen sind die Angebote geknüpft?

Durchführung:

- Wie erfahren Betroffene von Ihren Angeboten?
- Wie erfahren Angehörige von Ihren Angeboten?
- In welcher Form können die Angebote in Anspruch genommen werden?
- In welchen Gebieten von NÖ/OÖ sind Ihre Angebote verfügbar?
- Wie gestaltet sich die Kooperation mit anderen Organisationen und deren Angeboten?

Berufsgruppen:

- Welche Berufsgruppen sind in Ihrer Organisation bei der Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen beteiligt?
- Welche Überlegungen stehen hinter der Auswahl dieser Berufsgruppen?
- Welche Qualifikationen brauchen ihre MitarbeiterInnen um in diesem Bereich arbeiten zu können?

Soziale Arbeit

- Inwieweit werden SozialarbeiterInnen für die Arbeit im Bereich Demenzberatung und Information eingesetzt?
- Welche Kompetenzen bringen SozialarbeiterInnen mit?

Reflexion:

- Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Organisation im Arbeitsbereich Demenzberatung und Information in Niederösterreich?
- Welche Schwächen sehen Sie bei der Demenzstrategie NÖ/?
- Welche Erwartungen haben Sie an die Soziale Arbeit in diesem Bereich?
- Gibt es Bereiche, in denen Sie mit Sozialarbeit schon gute Erfahrungen gemacht haben?
- Haben Sie Wünsche oder Veränderungsvorschläge im Bezug auf die Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen?
- Ausgehend vom derzeitigen Ist-Stand, welche Veränderungen im Bezug auf die Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen wären für Sie wünschenswert?

Abschlussfrage:

Möchten Sie diesbezüglich noch etwas sagen, was sie bisher noch nicht äußern konnten?

12 Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Martina Neussner**, geboren am **17.03.1966** in **St. Pölten**, 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,

St. Pölten, am 24.04.2017



Martina Neussner