

# Soziale Arbeit in der Demenzberatung?

Voraussetzungen und Hürden aus Sicht stationärer  
Langzeitpflegeeinrichtungen in Niederösterreich

Mag.<sup>a</sup> Laura Fischer, 1610406306

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2019

Version: 1

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

## Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit widmet sich der Fragestellung nach den Voraussetzungen und Hürden, welche mit der Einstellung von SozialarbeiterInnen im Bereich der stationären Langzeitpflege verbunden sind. Es wurden leitfadengestützte ExpertInneninterviews mit drei VertreterInnen von Gesundheitsberufen geführt und diese mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1991) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass der Wunsch, SozialarbeiterInnen ins Team zu holen, gegeben ist. Ihre professionelle Ausbildung und Fachkenntnisse werden insbesondere im Bereich der Angehörigenberatung und Biografiearbeit als nützlich empfunden. Eine Anstellung kann jedoch erst dann erfolgen, wenn Ressourcen erschlossen und Leistungspakete definiert wurden. Auch bedarf es der Erarbeitung von Stellenbeschreibungen und der Schaffung neuer, zusätzlicher Arbeitsplätze.

## Abstract

The present Bachelor's Thesis deals with the question of the prerequisites and hurdles, which are connected with the employment of social workers in the area of inpatient long-term care. Guideline-based expert interviews were conducted with three representatives of health professions and evaluated with the qualitative content analysis by Mayring (1991). The results show that the desire to bring social workers into the team is given. Their professional education and expertise are particularly useful in the area of family counseling and biography work. However, employment can not take place until resources have been developed and benefit packages have been defined. It also requires the preparation of job descriptions and the creation of new, additional jobs.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Themenaufriss</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage</b>	<b>6</b>
2.1	Forschungsinteresse	6
2.2	Einordnung in das Gesamtprojekt	6
2.3	Forschungsfrage und Detailfragen	7
2.4	Rechtliche Grundlagen zur Altenpflege in Österreich	7
2.5	Erklärung relevanter Begriffe	8
2.5.1	Soziale Arbeit	8
2.5.2	Einrichtungen zur stationären Langzeitpflege	8
2.5.3	BewohnerIn	9
2.5.4	Demenz	9
2.5.5	Demenzberatung	10
<b>3</b>	<b>Der Forschungsprozess</b>	<b>11</b>
3.1	Methode der Datenerhebung	11
3.1.1	Leitfadengestützte ExpertInneninterviews	11
3.1.2	Auswahl der InterviewpartnerInnen	11
3.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	11
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b>	<b>12</b>
4.1	Voraussetzungen demenzgerechter Versorgung	12
4.1.1	Der Mensch im Mittelpunkt	13
4.1.2	Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Integration	13
4.1.3	Arbeiten in multiprofessionellen Teams	14
4.2	Status Quo	14
4.2.1	BewohnerInnen mit Demenz	14
4.2.2	Dominanz der Pflegeberufe	14
4.2.3	Bestehende Angebote	15
4.3	Herausforderungen und Wünsche	15
4.3.1	Biografiearbeit	15
4.3.2	Kompakte und effiziente Rechtsberatung	16
4.3.3	Gleiche Informationen für alle	16
4.3.4	Gebündelte Anlaufstelle im Haus	17
4.3.5	Entlastung der Pflege	17
4.4	Erwartungen an SozialarbeiterInnen	17
4.4.1	Fachliche Kompetenzen	17
4.4.2	Persönliche Eigenschaften	19
4.4.3	Berufsethische Anforderungen	19
4.5	Voraussetzungen aus organisatorischer Sicht	20
4.5.1	Wissen um Soziale Arbeit	20
4.5.2	Strukturelle Gegebenheiten	20
4.5.3	Finanzielle Abklärung	20
4.5.4	Berufsprofil und Stellenbeschreibung	22

<b>5 Rück- und Ausblick</b> .....	<b>22</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>24</b>
<b>Daten</b> .....	<b>27</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>27</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>28</b>
Interviewleitfaden .....	28
<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>29</b>

# 1 Themenauftritt

Die demografische Entwicklung in Österreich zeigt ein stetiges Wachstum älterer gegenüber jüngerer Menschen (vgl. Höfler et al. 2015:1). Mit diesem einhergehend prognostiziert die Statistik Austria in den kommenden Jahren eine steigende Lebenserwartung sowie eine überproportionale Anzahl hochaltriger Menschen (vgl. ebd.; Statistik Austria 2012:15). Dieser Alterungsprozess stellt Gesellschaft, Politik sowie Gesundheits- und Sozialsysteme vor neue Herausforderungen, da mit steigendem Alter auch die Zahl an pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen wächst (vgl. Ogsa 2017:3). Ein zentrales Thema ist hierbei die Gewährleistung von Pflege und Betreuung der Gruppe demenziell erkrankter Personen. Diese bildet laut Österreichischem Demenzbericht 2014 derzeit eine Anzahl von etwa 130.000 Menschen (vgl. Höfler et al. 2015:1). Bis zum Jahr 2050 soll sich diese Zahl bereits verdoppeln und die jährlichen Neuerkrankungen an Demenzen voraussichtlich auf 65.500 steigen. Im Jahr 2000 waren es mit 23.600 Neuerkrankungen vergleichsweise wenig (vgl. Wancata et al. 2011; zit. in Höfler et al. 2015:20).

An Pflege- und Betreuungspersonen werden mit der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung spezielle Anforderungen gestellt. Als eine chronische oder fortschreitende Erkrankung des Gehirns, welche mit Gedächtnis-, Denk- und Orientierungsstörungen verbunden ist, wird Demenz zu einem interdisziplinären Aufgabenfeld (vgl. Bürscher 2017; Scheu 2014:24). Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen erfordert besonderes Wissen und das Verständnis verschiedener Berufsgruppen. Neben medizinisch-pflegerischen Fähigkeiten und Fachwissen sind vor allem Fertigkeiten im Bereich der Gesprächsführung, Biografiearbeit, Empathie und Flexibilität gefordert (vgl. Höfler et al. 2015:73-74). Dabei sollte insbesondere die Förderung der Selbstbestimmungs- und Selbsterhaltungsfähigkeit der BewohnerInnen im Fokus stehen. Durch die deutliche Einschränkung in der Bewältigung ihres Alltags erleiden Menschen mit Demenzerkrankung nämlich nicht selten einen Verlust an Selbstbestimmung. Neben der Pflege nimmt hier die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle ein. Ihr Aufgabengebiet kann unter anderem dazu beitragen, Menschen trotz Erkrankung in der Beibehaltung ihrer Selbstbestimmung und Autonomie zu unterstützen und zu begleiten (vgl. Scheu 2014:27). Sie birgt Konzepte, Methoden und Perspektiven, die in anderen Gesundheitsberufen, wie beispielsweise Medizin und Pflege, weniger stark vertreten sind. Professionelle Soziale Arbeit kann Demenz in verschiedenster Weise begegnen. Angehörigenarbeit, psychosoziale Beratung und Begleitung der Betroffenen selbst, Vernetzungsarbeit, sozialrechtliche Beratung und Intervention, soziale Diagnostik und Biografiearbeit sind nur einige der möglichen sozialarbeiterischen Kompetenzen (vgl. Ogsa 2017:10-14).

Trotz dieses Potentials hat Soziale Arbeit im Bereich der Langzeitpflege bisher wenig bis kaum Fuß gefasst. Zwar gibt es in psychiatrischen Krankenanstalten - insbesondere auch auf Gerontopsychiatrien, an denen häufig Menschen mit Demenzdiagnose untergebracht sind - SozialarbeiterInnen, in stationären Pflege- und Betreuungszentren sind sie jedoch selten vertreten. Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Hintergründe hierfür.

## 2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage

### 2.1 Forschungsinteresse

Mein persönliches Interesse an dem Thema Demenz rührt von meiner beruflichen Tätigkeit als Patientenanwältin nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) auf der Psychiatrie. Als so genannte „Springerin“ bin ich hierbei auf vielen unterschiedlichen Stationen tätig, so auch auf gerontopsychiatrischen. Eine der häufigsten Diagnosen auf diesen Stationen ist – so mein Eindruck – jene der Demenz. Während des Aufenthalts auf der Psychiatrie geht es aus sozialarbeiterischer Sicht meist um die Suche und Vermittlung einer (betreuten) Wohnmöglichkeit für die PatientInnen. Aber auch Angehörigenberatungen und sozialrechtliche Angelegenheiten, wie beispielsweise Pflegegeldanträge, werden von SozialarbeiterInnen durchgeführt. Soziale Arbeit spielt in psychiatrischen Krankenhäusern eine immer wichtiger werdende Rolle. Ich denke, dass es auch in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen viele Bereiche gibt, in denen Sozialarbeit eine unterstützende und auch entlastende Funktion einnehmen könnte.

### 2.2 Einordnung in das Gesamtprojekt

Meine Forschungsarbeit ist Teil des Studierendenprojekts „Soziale Arbeit in der Demenzberatung“. Dieses baut auf Ergebnissen des Bachelorprojekts „Soziale Arbeit und Demenz“ auf (vgl. Fachhochschule St. Pölten o.A.). Darin wurden Aufgabenbereiche und Erfahrungswerte von SozialarbeiterInnen analysiert, welche bereits in der Demenzberatung tätig sind. Zentrale Erkenntnisse waren hierbei die Betonung der Beratungs-, Informations-, Vermittlungs- und Verweisungsarbeit, welche SozialarbeiterInnen im Rahmen der Demenzberatung für Betroffene und Angehörige leisten (vgl. ebd.). Die für Österreich, in Anlehnung an den Österreichischen Demenzbericht, entwickelte Demenzstrategie „Gut Leben mit Demenz“ enthält einen Rahmen an erarbeiteten Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen, durch deren Umsetzung die Lebenssituation von Menschen mit Demenzerkrankung und deren Angehörigen verbessert werden soll. Im Fokus stehen gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung sowie ein breites Unterstützungsangebot durch qualifizierte, multiprofessionell zusammengesetzte Berufsgruppen (vgl. BMASK und BMG 2015:1). Dies eröffnet SozialarbeiterInnen grundsätzlich die Möglichkeit, im Bereich der Demenzberatung tätig zu werden. Dazu ist es allerdings erforderlich, dass die jeweils zuständigen Träger auch dazu bereit sind, das Potential Sozialer Arbeit zu erkennen und SozialarbeiterInnen in ihren Organisationen zu beschäftigen (vgl. Fachhochschule St. Pölten o.A.).

Ziel des Projekts ist es daher, die Voraussetzungen, welche aus Sicht der Organisationen gegeben sein müssen, um Soziale Arbeit in ihren Einrichtungen zu implementieren,

abzuklären. Gleichzeitig wird auch analysiert, welche Voraussetzungen aus Sicht von SozialarbeiterInnen erforderlich sind, um eine derartige Berufstätigkeit anzustreben. Im Zuge des Projekts wird auch der Mehrwert Sozialer Arbeit im Bereich der Demenzberatung näher beleuchtet (vgl. ebd.).

## 2.3 Forschungsfrage und Detailfragen

Meine leitende Forschungsfrage lautet:

Welche Voraussetzungen sind aus Sicht bestehender stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in Niederösterreich erforderlich, um SozialarbeiterInnen im Bereich der Demenzberatung zu beschäftigen?

Dabei stellen sich folgende Unterfragen

- Welche Grundsätze, Ziele und Konzepte verfolgen die befragten Pflegeeinrichtungen?
- Welche Erwartungen werden mit einem möglichen Tätigwerden von SozialarbeiterInnen in der Demenzberatung hinsichtlich Kompetenzen, praktischer Erfahrung und Ausbildung verbunden?
- Welche Voraussetzungen bedarf es aus organisatorischer und struktureller Hinsicht, um SozialarbeiterInnen im Bereich der Demenzberatung anzustellen?

## 2.4 Rechtliche Grundlagen zur Altenpflege in Österreich

Um eine Darstellung der für niederösterreichische Langzeitpflegeeinrichtungen einschlägigen Regelungen, Standards und Qualitätskriterien zu ermöglichen, ist zunächst ein Blick auf die gesetzliche Kompetenzverteilung im Bereich der Pflege erforderlich. Diese findet sich im Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), wonach die Grundsatzgesetzgebung in Angelegenheiten des Armenwesens sowie der Heil- und Pflegeanstalten in Österreich Bundessache ist, die Erlassung von Ausführungsgesetzen sowie die Vollziehung obliegt hingegen den Ländern (vgl. B-VG Artikel 12 (1) Z1). Soweit der Bund keine entsprechenden Grundsatzgesetze erlässt, kann die Landesgesetzgebung solche Angelegenheiten gemäß Art 15 Abs 6 B-VG frei regeln. Bundesgesetzlich enthält das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG) Bestimmungen zum Schutz der persönlichen Freiheit der BewohnerInnen. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz regelt das Berufs- und Ausbildungsrecht des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehelfer. Im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sind unter anderem die Anspruchsvoraussetzungen und Bestimmungen zur Höhe des Pflegegeldes enthalten. Informationen zum Heimvertragsrecht finden sich im Konsumenschutzgesetz (KSchG).

Die Errichtung und der Betrieb von Pflegeeinrichtungen sind in Österreich in Heimgesetzen und Heimverordnungen der Länder geregelt. In Niederösterreich ist dies die NÖ Pflegeheim Verordnung, welche aufgrund des NÖ Sozialhilfegesetzes (NÖ SHG) erlassen wurde. Ihre Inhalte gelten sowohl für private Pflegeheime und Tageseinrichtungen als auch für die sog. NÖ Pflege- und Betreuungszentren, welche vom Land Niederösterreich betrieben werden (vgl. NÖ Pflegeheim Verordnung § 1; NÖ SHG §§ 46, 47). Sie enthalten Regelungen für die Errichtung und den Betrieb stationärer Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Diese rechtlichen Grundlagen beinhalten auch Standards einer bedürfnisgerechten Versorgung, auf die in einem späteren Teil der Arbeit noch eingegangen wird.

## 2.5 Erklärung relevanter Begriffe

### 2.5.1 Soziale Arbeit

Soziale Arbeit versteht sich als eine Menschenrechtsprofession, die sozialen Wandel fördert und dem Menschen als selbstbestimmtes Wesen, mit individuellen Ressourcen und Potentialen begegnet (vgl. OBDS 2010:9). Ihr Blickwinkel ist ein ganzheitlicher, an den gesamten Lebensumständen eines Menschen interessierter (vgl. OBDS 2004:2). Sozialarbeit ist sowohl eine praxisorientierte als auch eine wissenschaftliche Disziplin. Ihr Fokus liegt auf der Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen, orientiert an den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit und den Menschenrechten (vgl. OBDS 2016:1). An SozialarbeiterInnen gerichtete Prinzipien und Werten finden sich im sog. „Ethikkodex“, welcher von der International Association of Schools of Social Work (IASSW) und der International Federation of Social Workers (IFSW) entwickelt wurde (vgl. IASSW / IFSW 2004). Soziale Arbeit ist psychosozial beratend, vorbeugend ansetzend, vernetzend, aufsuchend und begleitend tätig. Ihre Methoden gliedern sich in die Einzelfallhilfe (sog. Casework), die Soziale Gruppenarbeit, Familienarbeit und soziale Gemeinwesenarbeit (vgl. OBDS 2004:2-3).

### 2.5.2 Einrichtungen zur stationären Langzeitpflege

Im Fokus meiner Forschungsarbeit stehen stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen. Unter stationärer Pflege wird die Betreuung und Pflege älterer Menschen in Pflegeheimen verstanden (vgl. Grabner et al. 2010:11). Der Begriff der Pflege enthält somit zwei Komponenten: jene der medizinisch-pflegerischen Tätigkeit und jene der Betreuung. An stationären Pflegeformen unterscheidet man zwischen Langzeitpflege, rehabilitativer Übergangspflege, Kurzzeitpflege sowie teilstationären Angebote der Tagespflege. Von Langzeitpflege spricht man, wenn die Pflege und Betreuung in einem zeitlich unbegrenzten Rahmen stattfindet (vgl. Land NÖ o.A.c). Das Gegenstück zum stationären Bereich bilden ambulante Pflege- und Betreuungsangebote, wie sie beispielsweise vom Demenzservice Niederösterreich in Form von persönlichen Beratungen in den eigenen vier Wänden angeboten werden (vgl. Demenz-Service NÖ o.A.). Wenn im Folgenden von Langzeitpflegeeinrichtungen und Pflegeheimen gesprochen wird, so sind damit Einrichtungen zur stationären Langzeitpflege gemeint.

### 2.5.3 BewohnerIn

Als BewohnerInnen werden – in Anlehnung an die NÖ Pflegeheim Verordnung – sog. pflegebedürftige Personen bezeichnet, die

*„vorwiegend bedingt durch ihr fortgeschrittenes Alter auf Grund ihres körperlichen und/oder geistig-seelischen Zustandes nicht im Stande sind, ein selbständiges, unabhängiges Leben zu führen und einen ständigen Betreuungs- und Pflegebedarf von mehr als 120 Stunden im Monat aufweisen.“ (NÖ Pflegeheim Verordnung § 2 (1) Z 1)*

### 2.5.4 Demenz

Demenz steht nicht für eine einzelne Erkrankung, sondern bildet vielmehr den Oberbegriff verschiedener Krankheitsbilder (vgl. ALA o.A.; FSW 2017:6). Sie wird verstanden als eine *„krankhafte Veränderung des Gehirns“* und in primäre und sekundäre Demenzformen unterteilt (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal o.A.a). Insgesamt sind über 50 verschiedene Formen der Demenz bekannt, denen meist folgende Symptome gemein sind:

- Nachlassen des Gedächtnisses, Beeinträchtigung geistiger Funktionen wie Sprache, Urteilsfähigkeit, örtliche und zeitliche Orientierung,
- Beeinträchtigung von Fähigkeiten des alltäglichen Lebens wie Körperhygiene und Ankleiden,
- chronisch fortschreitender Verlauf im Sinne einer Verschlechterung und
- damit einhergehender Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal o.A.a).

#### ■ Primäre Demenzformen

Primäre Demenzformen gelten als unheilbar und treten mit 90 Prozent aller Demenzfälle bei über 65 Jährigen am häufigsten auf (vgl. FSW 2017:6; ALA o.A.). Zu ihnen zählen neurodegenerative Formen, vaskuläre Demenzen und Mischformen.

- Neurodegenerative Demenzen: Bei dieser Form der Erkrankung „schrumpfen“ die Nervenzellen des Gehirns, sie degenerieren. Die Alzheimer Krankheit fällt unter diese Kategorie und bildet mit rund 60 Prozent aller Demenzerkrankungen die Spitze (vgl. FSW 2017:7). Des Weiteren zählen die sog. Lewy-Body-Demenz sowie die frontotemporale Demenz zu den neurodegenerativen Demenzerkrankungen.
- Vaskuläre Demenzen: Diese können durch eine chronische Störung der Blutzufuhr entstehen, was einer zu plötzlichen Verschlechterungen der Hirnleistung und schlaganfallartigen Symptomatik führen kann. Ursachen vaskulärer Demenzen sind häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Rauchen (vgl. ebd.).

## ■ Sekundäre Demenzformen

Bei sekundären Demenzformen handelt es sich um reversible, also heilbare Krankheitsbilder. Sie bilden etwa 10 Prozent aller Demenzen und entstehen als Folge anderer Grunderkrankungen, welche nicht-hirnorganisch sind. Zu ihnen zählt beispielsweise das aufgrund von chronischem Alkoholismus hervorgerufene Korsakow-Syndrom (vgl. ALA o.A.; FSW 2017:8).

## ■ Demenzstadien

Neben der Differenzierung nach Krankheitsbildern (Demenzformen) unterteilt man Demenz anhand des Krankheitsverlaufes in drei verschiedene Schweregrade oder Stadien. Buchebner-Festl und Geserick (2019) beschreiben diese wie folgt:

- Leichte Demenzen: Die vorliegenden kognitiven Einschränkungen beeinträchtigen zwar den Alltag, betroffene Personen sind in diesem Stadium jedoch noch nicht auf dauerhafte Unterstützung durch Dritte angewiesen.
- Mittelschwere Demenzen: Hier liegt bereits ein ständiges Beaufsichtigungs- und Begleitungserfordernis im Alltag vor.
- Schwere Demenzen: In diesem Stadium benötigt der/die Betroffene eine permanente grundpflegerische Versorgung. Auch einfachste Anforderungen des täglichen Lebens vermag der/die Erkrankte hier nicht mehr zu bewältigen.

Diese Einteilung ist vor allem deshalb von Bedeutung, da mit dem Verlauf der Krankheit auch die jeweiligen Unterstützungs- und Betreuungsmaßnahmen an die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst werden müssen (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal o.A.b).

### 2.5.5 Demenzberatung

In dieser Arbeit wird unter Demenzberatung eine sozialarbeiterische Beratung, unter Einsatz der unter Punkt 2.5.1 genannten Methoden und Prinzipien verstanden. Sie kann insb. – wie eingangs beschrieben – in Form von Angehörigenarbeit- und Begleitung, Vernetzungsarbeit, sozialer Diagnostik und Biografiearbeit stattfinden (vgl. Ogsa 2017:10-14). Kurz gesagt, geht es um die drei Bereiche Beratung, Information und Vernetzung. Welche weiteren Potentiale Soziale Arbeit im Bereich der Demenzberatung birgt, zeigt sich in der Ergebnisdarstellung.

## 3 Der Forschungsprozess

### 3.1 Methode der Datenerhebung

#### 3.1.1 Leitfadengestützte ExpertInneninterviews

Zur Erforschung der genannten Fragen wurde eine qualitative Erhebung in Form von teilstrukturierten, leitfadengestützten ExpertInneninterviews durchgeführt. Der hierfür erstellte Interviewleitfaden findet sich im Anhang dieser Arbeit. Leitfadengestützte Befragungen bieten meiner Ansicht nach den Vorteil eines offenen Erzählraums für die Befragten, die demnach selbst entscheiden, welche Inhalte aus ihrer fachlichen Sicht relevant sind. Andererseits wird ein Nachfragen der interviewenden Person sowie ein Hinleiten auf Themengebiete und Bereiche ermöglicht, die noch nicht angesprochen wurden, aus Forschungssicht jedoch ebenso relevant sind. Die Befragten werden dabei als RepräsentantInnen einer bestimmten Gruppe, im vorliegenden Fall als in niederösterreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen tätige Gesundheitsberufe, in die Forschung miteinbezogen (vgl. Flick 2010:214). Dies soll eine Hilfestellung bei der anschließenden Entwicklung von Hypothesen bieten (vgl. Atteslander 2010:142).

Die Interviews wurden, nach erfolgter Aufklärung über bestehende Datenschutzbestimmungen, mit Einwilligung der Interviewten aufgenommen und die Audiodateien anschließend, anlehnend an die Transkriptionsrichtlinien nach Froschauer und Lueger (2003), transkribiert. Die Namen der Befragten sowie der Einrichtungen, in welchen diese tätig sind, wurden mithilfe einer Alibiliste anonymisiert und in den Transkripten in dieser anonymisierten Form wiedergegeben (vgl. Alibiliste 2019).

#### 3.1.2 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Insgesamt habe ich drei Interviews mit sowohl männlichen als auch weiblichen MitarbeiterInnen niederösterreichischer Langzeitpflegeeinrichtungen geführt. Eine der Befragten ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP), eine weitere ist als Pflegedienstleiterin beschäftigt (PDL). Die dritte Person übt eine Leitungsposition aus. Ein Teil der InterviewpartnerInnen ist in privaten, ein Teil in öffentlichen (vom Land Niederösterreich betriebenen) Pflegeheimen tätig.

### 3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Als Methode der Datenanalyse habe ich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt (vgl. Ramsenthaler 2013; Mayring 2015). Grundkonzept dieser Auswertungsmethode ist die schrittweise Bearbeitung des Datenmaterials anhand selbst entwickelter Kategorien und Subkategorien, wobei die wesentlichen Inhalte des Textes erhalten bleiben sollen (vgl.

Ramsenthaler 2013:23). Einzelne inhaltstragende Textpassagen werden dabei Schritt für Schritt in Kategorien zusammengefasst. In weiterer Folge werden andere Textstellen mit ähnlicher inhaltlicher Bedeutung ebenfalls diesen Kategorien bzw. Subkategorien zugeordnet (vgl. ebd.:30). Ziel ist es, jede der herangezogenen Textpassagen unter eine dieser Kategorien subsumieren zu können. Im Anschluss daran erfolgt die Interpretation dieses Kategoriensystems. Ausgehend von den Analyseschritten nach Mayring, habe ich zunächst bestimmte Textpassagen als Analyseeinheiten bestimmt und jede dieser Einheiten anschließend paraphrasiert (vgl. Mayring 1991:211). In einem nächsten Schritt folgten eine Generalisierung der jeweiligen Paraphrase und die Bildung von Kategorien. Eine Textstelle, die protypisch für eine Kategorie ist, wird dabei als Ankerbeispiel bezeichnet. Anhand dieses Ankerbeispiels folgte die Zuordnung ähnlicher Paraphrasen unter dieselbe Kategorie (vgl. Ramsenthaler 2013:31-32). Um sicherzustellen, dass wirklich nur bedeutungsgleiche Textpassagen und Paraphrasen einheitlichen Kategorien zugeordnet werden, habe ich für die Zuordnung Kodierregeln erstellt und darin festgelegt, welche Werte in den jeweiligen Aussagen enthalten sein müssen, um sie einer bestimmten Kategorie zuzuordnen (vgl. dazu Mayring 1991:213). Die qualitative Inhaltsanalyse bietet meines Erachtens den Vorteil, auch latente Inhalte miteinzubeziehen, die vielleicht erst in der Zusammenschau mit weiteren zugeordneten Paraphrasen Bedeutung für die Gesamtanalyse entfalten können.

## 4 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der erhobenen Ergebnisse beginnt mit der Frage nach den Voraussetzungen einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Demenzdiagnose. Was braucht es, um ihnen ein selbstbestimmtes Leben in Langzeitpflegeeinrichtungen zu ermöglichen? In einem nächsten Schritt wird der Status quo der beforschten Einrichtungen beleuchtet. Welche Angebote bestehen und entsprechen diese den Anforderungen demenzgerechter Versorgung? Anschließend wird auf die Herausforderungen und Wünsche der Befragten in ihrer Arbeit mit Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und deren Angehörigen eingegangen und auf die Frage, was Soziale Arbeit hier bewirken könnte. Auf dieser Basis werden Überlegungen zu den fachlichen und persönlichen Kompetenzen, die SozialarbeiterInnen aus Sicht der Befragten mitbringen sollten, und zu den Voraussetzungen aus organisatorisch-struktureller Sicht angestellt. Die damit verbundenen Herausforderungen bilden den Abschluss der Ergebnisdarstellung.

### 4.1 Voraussetzungen demenzgerechter Versorgung

Bereits heute stellen Demenzerkrankungen den häufigsten Grund für die Aufnahme in Pflegeheimen dar. Im Österreichischen Demenzbericht wird von 65 Prozent aller BewohnerInnen gesprochen, welche eine Form der Demenzerkrankung oder demenzieller Veränderung aufweisen. In Österreich sind das in etwa 47.000 Menschen (vgl. Höfler et al. 2015:184-185). Auf diese Entwicklung muss meines Erachtens insoweit eingegangen werden,

als Pflege- und Betreuungseinrichtungen mit dem gesellschaftlichen Wandel mitgehen und ihre Angebote demenzgerecht gestalten sollten. Höfler et al. (2015:108) sehen die Herausforderungen in der bedarfsgerechten Anpassung bestehender Infrastruktur. Darunter verstehen sie eine Anpassung bestehender Betreuungskonzepte und -inhalte in organisatorischer, personeller und räumlicher Hinsicht. Diese muss der steigenden Anzahl an BewohnerInnen mit Demenzdiagnosen entsprechen (vgl. ebd.).

#### 4.1.1 Der Mensch im Mittelpunkt

Demensensible Betreuung muss meiner Ansicht nach den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen im Fokus haben. Auch der befragte Einrichtungsleiter teilt diese Meinung und erklärt „[...] *der Mensch steht im Mittelpunkt, mit all seinen FACETTEN.*“ (TI27:198).

#### 4.1.2 Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Integration

Ein von vielen Befragten geteilter Grundsatz ist die Wahrung der Selbstbestimmung der BewohnerInnen. Dies wird verstanden als ein „Sich-Zeit-Nehmen“ und „Sich-Zeit-Lassen“ für alltägliche Dinge, die die betroffene Person noch selber ausüben kann (vgl. TI26:133). Die diplomierte Pflegekraft veranschaulicht die Bedeutung dieser Arbeitsweise anhand eines Beispiels aus der Praxis:

*„Naja wir arbeiten grundsätzlich RESSOURCENORIENTIERT, das heißt, des was die Leute selber machen können, das müssen, sollen sie auch selber machen, egal wie lang`s dauert und wenn`s a halbe Stunde beim Waschbecken sitzen, dann sitzens halt a halbe Stunde und im Prinzip arbeiten wir, dass wir wirklich schauen, dass die Leut so viel wie möglich selber machen können.“ (TI25:73-76)*

Die Notwendigkeit der Förderung der Selbstbestimmung im Sinne einer Selbsterhaltungsfähigkeit wird auch in der Literatur betont. Soziale Integration und Selbstbestimmung sind Bedürfnisse, die jedem Menschen innewohnen, so auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Das gesellschaftliche Bild des alten Menschen, und insb. jenes des demenzkranken Alten, ist oftmals negativ behaftet und defizitorientiert (vgl. Ogsa 2017:6). Demenz sollte allerdings nicht auf das letzte Stadium reduziert werden, sondern der Blick auf die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben gerichtet sein (vgl. Höfler et al. 2015:142; Ogsa 2017:6). Soziale Altenarbeit muss daher bedürfnis- und ressourcenorientiert erfolgen, um Stigmatisierung und sozialer Exklusion entgegenzuwirken (vgl. ebd.). Geistige Leistungsfunktionen und Alltagsfertigkeiten sollen so lange wie möglich aufrechterhalten werden. Da sich im Verlauf der Krankheit die Fähigkeiten und Bedürfnisse der PatientInnen verändern, ist eine interdisziplinäre Behandlung mit einem ganzheitlichen Blickwinkel von großer Bedeutung. Dabei muss die Förderung der Lebensqualität an erster Stelle stehen (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal o.A.a).

### 4.1.3 Arbeiten in multiprofessionellen Teams

In der Betreuung und dem Umgang mit Demenz stehen professionelle Kommunikation und Beziehungsaufbau im Vordergrund. Dies erfordert spezielles Fachwissen (vgl. Höfler et al. 2015:86). Den befragten ExpertInnen zufolge setzt bestmögliche Pflege und Betreuung eine Bündelung dieses Wissens voraus, die am ehesten durch multiprofessionellen Austausch gelingen kann. Das Weitergeben der jeweils eigenen Fachkenntnisse an andere Berufsgruppen und der ständige interdisziplinäre Austausch stellen aus ihrer Sicht eine notwendige Bedingung demenzgerechter Versorgung dar. Sie erblicken in der Einstellung von SozialarbeiterInnen eine Bereicherung und können sich deren Tätigwerden vor allem im Bereich der Angehörigenberatung gut vorstellen (vgl. TI25:259-260; TI26:266-267; TI27:225-229). Auch in der Literatur wird die Bandbreite an Fachwissen und praktischen Fähigkeiten als bedeutendes Qualitätskriterium demenzgerechter Betreuung beschrieben (vgl. BMSK 2008:13).

## 4.2 Status Quo

### 4.2.1 BewohnerInnen mit Demenz

Die BewohnerInnen der beforschten Einrichtungen setzen sich aus pflegebedürftigen Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern und Diagnosen zusammen, wobei jene mit Demenzerkrankung hier die größte Personengruppe bilden (vgl. TI25:28-29). Ein Befragter spricht von etwa 80 Prozent BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz (vgl. TI27:46-47). Diese Zahl übersteigt die im Jahr 2015 im Österreichischen Demenzbericht angeführten über 40 Prozent demenzerkrankter Heimbewohner bei weitem (vgl. Höfler et al. 2015:76; Bürscher 2017). Dieser Umstand kann als Indiz für das eingangs beschriebene stetige Wachstum alternder, demenzerkrankter Menschen betrachtet werden.

### 4.2.2 Dominanz der Pflegeberufe

Befragt nach in den Einrichtungen vertretenen Berufsgruppen kommt das Überwiegen der Pflegeberufe klar zum Vorschein. Die interviewten ExpertInnen nannten an vorhandenen Disziplinen diplomierte Pflegekräfte, PflegeassistentInnen, FachsozialbetreuerInnen und HeimhelferInnen. Als Unterstützung dieser werden ZivildienstlerInnen, PraktikantInnen aus Sozialfachschulen sowie Ehrenamtliche aufgezählt (vgl. TI25:14-18; TI26:32-32; TI27:18-22). In keiner der beforschten Pflegeheime ist die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit bisher vertreten.

Den diplomierten Pflegekräften obliegt grundsätzlich die Pflege und Betreuung aller BewohnerInnen, spezielle Zuständigkeiten für Menschen mit Demenzdiagnose gibt es keine (vgl. TI25:34; TI26:82). Einige MitarbeiterInnen haben jedoch spezielle Ausbildungen im Bereich der Validation abgeschlossen, durch die sie sich in der Lage fühlen, situationsbedingt demenzgerecht zu kommunizieren (vgl. TI25:34-35; TI26:89-19; TI27:60-62). Validation stellt

eine Kommunikationsmethode dar, die einen verständnisvollen und wertschätzenden Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, fördern soll. Sie beruht auf Respekt und Anerkennung und kann meines Erachtens als Ausprägung des Prinzips der Selbstbestimmung verstanden werden (vgl. Demenzportal o.A.). Die Kommunikationsform der Validation war dabei laut den Befragten nicht in ihrer Grundausbildung enthalten, sondern ist als verpflichtende, hausinterne Weiterbildung zu absolvieren und wird von der jeweiligen Pflegeeinrichtung finanziert (vgl. TI25:58-60; TI27:66).

#### 4.2.3 Bestehende Angebote

An Angeboten für Menschen mit Demenzdiagnose werden insbesondere Spiele, Gespräche, Gedächtnistraining, das Vorhandensein eines sog. Memory-Gartens und besonderer Wohnbereiche sowie das Einhalten einer gemeinsamen Tagesstruktur genannt (vgl. TI26:108-119; TI27:84-86). Nicht-pflegerische Interventionen, in Form von Spielen und Gesprächen, werden in den beforschten Einrichtungen hauptsächlich durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen, wie bspw. SeniorenbetreuerInnen, vorgenommen (vgl. TI25:85-89.).

Auf die Frage nach Angeboten für Angehörige nennt die befragte diplomierte Pflegekraft die monatlich stattfindende Angehörigenrunde. Dabei handelt es sich um eine moderierte Gesprächsrunde, bei der mehrere Angehörige die Möglichkeit haben, sich über Erfahrungen und Empfindungen betreffend Demenzerkrankungen von ihnen nahestehenden Personen auszutauschen (vgl. TI25:97-101). Die Anleitung dieses Erfahrungsaustauschs erfolgt durch eine externe Validationsanwenderin (vgl. TI25:97-98). Angehörigenberatungen in Form von Einzelgesprächen gibt es laut der befragten diplomierten Expertin hingegen nicht (vgl. TI25:109-110).

In einer Einrichtung gibt es sog. Einzugsberatungen, bei welchen den Angehörigen prägnante fachliche Informationen über den Krankheitsverlauf und die Symptome einer Demenzerkrankung näher gebracht werden (vgl. TI26:152-160).

Rechtliche Beratungen finden hingegen in keinem der Häuser statt. Bei diesbezüglichen Fragestellungen werden die Angehörigen an externe ExpertInnen, wie die Patientenanzwaltschaft oder Notare, verwiesen (vgl. TI25:117-118, 122; TI26:152-160; TI27:124-126).

### 4.3 Herausforderungen und Wünsche

#### 4.3.1 Biografiearbeit

Keines der drei Pflegeheime weist eigene diagnostische Instrumente zur Biografiearbeit auf, wie es sie zum Beispiel in Form von Netzwerkkarten und biografischen Zeitbalken in der Sozialen Arbeit gibt (vgl. TI26:240). Die Erhebung biografischer Daten erfolgt hauptsächlich in Form einer Fremdanamnese durch Gespräche mit Angehörigen sowie durch Informationen,

die sich in den täglichen Gesprächen mit den BewohnerInnen ergeben, und in die allgemeinen Pflegedokumentationssysteme eingetragen werden. Gezielte Biografiearbeit findet jedoch nicht statt (vgl. TI26:226-236; TI27:172-178).

Als Grund für das Fehlen einer intensiveren Auseinandersetzung mit den Biografien der BewohnerInnen wird vor allem ein bestehender Zeitmangel genannt (vgl. ebd.) Der befragte Einrichtungsleiter beschreibt die Folgen dieses Zeitdrucks: „*Wir geben das in erster Linie mal den Angehörigen mit, den nächsten Angehörigen, die füllen das dann aus.*“ (TI27:174-175) Diese Aussage lässt die Vermutung zu, dass der Bioografiearbeit hier keine sehr hohe Qualität zukommt. Gleichzeitig wird eine tiefergehende Biografiearbeit als erwünscht und wertvoll beschrieben (vgl. TI26:286-287).

#### 4.3.2 Kompakte und effiziente Rechtsberatung

Das fehlende Angebot an rechtlicher Beratungen in den Häusern führt bei den Angehörigen zu langen, komplizierten Wegen. Bis sie die gewünschten Informationen erlangen, vergeht oftmals viel Zeit, die jedoch nicht immer vorhanden ist. Die befragte diplomierte Pflegekraft beschreibt dieses Dilemma folgendermaßen:

*„Ich glaub schon, dass gscheiter wär, wenn ma im Haus a Anlaufstelle hätten, wo eben die Angehörigen hingehen könnten, wenn's eben so rechtliche Fragen hätten. Ja, die rufen dann irgendwo bei die Anwälte an, da kriegen's irgendwann mal an Termin, aber für AKUTPROBLEME is nix da, ja. Des wär sicher ned schlecht, ja.“ (TI25:132-135)*

Der Wunsch nach dem Bereitstellen rechtlicher Angehörigenberatung im Sinne einer direkten und schnelleren Problemlösung verdeutlicht sich ebenfalls an folgendem Interviewauszug aus dem Gespräch mit der diplomierten Pflegekraft.

*„[...] dass sicher gewisse Probleme afoch SCHNELLER gelöst werden können, ohne, oder UNBÜROKRATISCHER gelöst werden können, ohne dass man jetzt die Angehörigen von Pontius zu Pilatus schicken muss, sie müssen zuerst des machen und dann des Formular holn und dann müssens dort anrufen, weil der is zuständig.“ (TI25:193-196)*

Diese Problematik wird auch in der Demenzstrategie genannt. Unter den oft zersplitterten und wenig übersichtlichen Informations- und Beratungsangeboten ist es für die Angehörigen oft schwierig, sich passende, zielgerichtete Informationen zu beschaffen (vgl. BMASK und BMG 2015:31). Ein ständiges Weiterverweisen an andere Stellen, wird diese Schwierigkeit wohl nur vergrößern.

#### 4.3.3 Gleiche Informationen für alle

Neben der Forderung nach einer schnelleren Lösung steht auch der Anspruch an eine einheitliche Informationsweitergabe im Fokus (vgl. TI26:200-203; TI27:143-144).

#### 4.3.4 Gebündelte Anlaufstelle im Haus

Es zeigte sich deutlich der Wunsch nach einer einheitlichen Anlaufstelle im Haus. Nicht nur rechtliche Beratungen, sondern auch Kriseninterventionen, im Sinne einer guten Entlastung der Angehörigen, könnten damit abgedeckt werden (vgl. TI26:355). Krisen- und Entlastungsgespräche werden derzeit beiläufig von diplomierten Pflegekräften vorgenommen. Eine unparteiische Anlaufstelle wäre gerade auch deshalb sinnvoll, da Angehörige häufig Fragen oder Probleme in Bezug auf die Pflege haben und MitarbeiterInnen aus dem Pflegebereich in manchen Fällen nicht die besten Ansprechpersonen sind (vgl. TI25:140-143). Die befragte diplomierte Pflegekraft sieht in der rascheren und unbürokratischeren Beantwortung von Anfragen auch die Möglichkeit einer Zufriedenheitssteigerung der Angehörigen und betrachtet SozialarbeiterInnen als positive Ergänzung zum Team. Sie beschreibt diesen Mehrwert folgendermaßen:

*„Es wär vielleicht für die Zufriedenheit, die Leit wärn vielleicht zufriedener, Probleme wären vielleicht, würden sich dann manche nicht so groß, nicht so hoch schaukeln, (...) könnt ma vielleicht glei im Keim ersticken, wenn ma des schneller und vor Ort denen vermitteln kann [...] Das wär sicher eine gute Unterstützung, gute Ergänzung zu unserem Team würd ich jetzt mal sagen.“ (TI25:196-199)*

Einer sozialarbeiterische Anlaufstelle im Haus, mit dem Vorteil schnellerer und effektiverer Informationsweitergabe, wird also durchaus positiv entgegengesehen.

#### 4.3.5 Entlastung der Pflege

In diesem Zusammenhang wurde auch der Wunsch nach Entlastung der Pflege geäußert, wie folgender Auszug aus dem Interview mit der diplomierten Pflegekraft verdeutlicht: „[...] es sollten auch mehr davon eingestellt werden, find ich, afoch als UNTERSTÜTZUNG für uns. Wir arbeiten ohnehin alle AM LIMIT, es is grad die Zeit des Pflegenotstands.“ (TI25:260-261). Soziale Arbeit könnte aus Sicht der Befragten zur Entlastung dieses Zustandes beitragen. (vgl. TI25:263-265; TI26:355-359; TI27:216-220). Als Voraussetzung werden eine klare Aufgabenteilung und Abgrenzung der Tätigkeiten untereinander betont (vgl. ebd.). Auch in der Demenzstrategie wird angemerkt, dass interdisziplinäre Arbeitsteilung klar vereinbarter Zuständigkeitsregeln bedarf (vgl. BMASK und BMG 2015:29).

### 4.4 Erwartungen an SozialarbeiterInnen

#### 4.4.1 Fachliche Kompetenzen

##### ■ Rechtliches Wissen

Der zuvor geäußerte Wunsch nach einer gebündelten Anlaufstelle für Angehörigenberatungen im Haus setzt sozial- und medizinrechtliche Grundkenntnisse der SozialarbeiterInnen voraus. Da – wie eingangs betont – die Fragestellungen der Angehörigen meist rechtliche sind,

müssen SozialarbeiterInnen sich insbesondere zu den Themen Pflegegeld, Erwachsenenschutz, Vorsorgevollmacht und PatientInnenverfügung gut auskennen. Dieses Wissen wird ihnen seitens der befragten ExpertInnen auch zugestanden, SozialarbeiterInnen werden in diesem Bereich als SpezialistInnen bezeichnet (vgl. TI25:167-168; TI27:225-228).

#### ■ Professionelle Gesprächsführung und Kommunikation

Im Gespräch mit dem Einrichtungsleiter kommt auch das Erfordernis kommunikativer Fähigkeiten zum Ausdruck (vgl. TI27:254-255). Rechtliches Fachwissen alleine reicht nicht aus, SozialarbeiterInnen müssen dieses aus seiner Sicht vor allem auch gut darbringen und weitergeben können (vgl. TI27:246-248). Sozialarbeiterische Gesprächsführung nimmt sowohl in der Sozialarbeitsausbildung als auch in der Literatur einen hohen Stellenwert ein. Zu einer entlastenden Unterstützung für Angehörige werden Beratungsgespräche vor allem dann, wenn sie auf professionellen Gesprächsführungsmethoden aufbauen und diese für den Kontext der Pflege entsprechend adaptieren (vgl. Pflegerl 2014:6).

#### ■ Demenzspezifische Kenntnisse und Einschätzungsvermögen

Neben rechtlichem Wissen und besonderen Kommunikationsfähigkeiten werden von allen befragten ExpertInnen das Bewusstsein für und die Kenntnis um die Erkrankung selbst betont. Sie erwarten sich von professionell tätigen SozialarbeiterInnen neben dem Wissen um Symptome und den Verlauf einer Demenzerkrankung auch ein gewisses personenspezifisches Einschätzungsvermögen im Hinblick darauf, wozu die einzelnen BewohnerInnen noch in der Lage sind (vgl. TI26:313). Die Demenzstufen zu kennen und eine Einschätzung des Zustandes vornehmen zu können, wird als Grundvoraussetzung angesehen, um als SozialarbeiterIn in einer Langzeitpflegeeinrichtung tätig werden zu können (vgl. TI25:162-167; TI27:252-253).

Es muss also ein gewisses Einschätzungsvermögen vorhanden sein, sowohl bezüglich des Verlaufs der Krankheit an sich (Kenntnis der Demenzstufen) als auch für passende oder eben nicht passende Interventionen. Folgender Interviewauszug aus dem Gespräch mit der diplomierten Pflegekraft verdeutlicht die Wichtigkeit dieser Fähigkeit.

*„Also wenn die Leit, die Demenzkranken vor ihr stehen, dass sie a weiß, auch EINSCHÄTZEN KANN, stimmt des, was ma die da erzählt, stimmt des ned, wie weit kann i dem glauben, -- wie weit kann ich dem überhaupt jetzt a Beratung geben, dass er`s überhaupt versteht und dann ned ins Negative umsetzt, dass`d dem dann was erzählst und der is in sam Wahn drinnen, und da kommt dann a Gschicht außè, de is dann Wahnsinn.“ (TI25:162-167)*

Ein solches Wissen könnte meines Erachtens durch die Weiterbildung im Bereich der Validation erworben werden. Wenn die in den Einrichtungen bisher tätigen Personen diese Art der Zusatzqualifizierungen, wie dargestellt, nicht in ihrer Grundausbildung enthalten haben und von den Häusern finanziert bekommen, sehe ich für die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit hier ebenfalls die Möglichkeit, sich demenzspezifisches Wissen im Nachhinein anzueignen.

#### ■ Enge Zusammenarbeit und Austausch

Die Arbeit mit demenzerkrankten Menschen erfordert neben den bereits genannten Kenntnissen und Fähigkeiten auch eine enge Zusammenarbeit und den Austausch der einzelnen Professionen untereinander. Dieser Austausch setzt ein Grundwissen um die jeweils andere Profession voraus (vgl. TI26:282-286; TI27:254-255). Dazu gehört auch die Fähigkeit, Pflegeberichte lesen und interpretieren sowie Pflegediagnosen einschätzen zu können (vgl. TI26:313-317).

#### 4.4.2 Persönliche Eigenschaften

An Charaktereigenschaften sollten SozialarbeiterInnen vor allem über Menschlichkeit, Empathie, Hausverstand, Humor und Ausdauer verfügen (vgl. TI25:208-210). Sie sollten außerdem kommunikativ sein und Freude an der Arbeit in interdisziplinären Teams mitbringen (vgl. TI27:246-248).

#### 4.4.3 Berufsethische Anforderungen

##### ■ Positionierung Sozialer Arbeit nach außen

Wie unter Punkt 2.5.1 bereits erwähnt, orientiert sich der sozialarbeiterische Auftrag am Ethikkodex der IASSW und der IFSW. Dieser sieht unter anderem vor: *„Social workers have a duty to take necessary steps to care for themselves professionally and personally in the workplace and in society, in order to ensure that they are able to provide appropriate services.“* (IASSW / IFSW 2004:3). Es liegt demnach im Verantwortungsbereich der SozialarbeiterInnen selbst, sich nach außen hin zu positionieren und für ihre Etablierung am Arbeitsplatz Sorge zu tragen.

Die Notwendigkeit einer Positionierung nach außen lässt sich auch daran erkennen, dass bisher noch wenig Wissen um die Profession der Sozialen Arbeit vorhanden ist. Die befragten ExpertInnen sehen diese Wissenslücke als einen der Gründe, weshalb in ihren Einrichtungen noch keine Anstellung von SozialarbeiterInnen erfolgte (vgl. TI25:217; TI26:364-365). Laut der befragten diplomierten Krankenpflegerin verbinde man mit SozialarbeiterInnen einfach andere Handlungsfelder und anderes Klientel *„[...] das das so mit Straßenleute eher damit zu tun hat, Obdachlose, Straßenkinder, ah Drogenabhängige, eher solche Leute“* (TI25:229-230). Diese Einstellung teilt auch die interviewte Pflegedienstleiterin, indem sie erklärt *„Ich denk oft so, ja eher über die BH, wenn jemand eben Probleme hat, dass da a Beratung kommt, ja.“* (TI26:370)

##### ■ Forderung nach einheitlichem Berufsgesetz

Wichtig wäre daher, den Organisationen und TrägerInnen aufzuzeigen, was Soziale Arbeit ist und welche Leistungen mit ihr verbunden sind (vgl. TI25:236-241). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der gesetzlichen Verankerung Sozialer Arbeit. Die Profession wurde bisher nicht in einem eigenen Gesetz festgehalten. Der österreichische Berufsverband

der sozialen Arbeit (OBDS) setzt sich seit Jahren – bislang leider erfolglos – für die Verabschiedung eines umfassenden Berufsgesetzes ein, welches insbesondere die Berufsbezeichnung und Berechtigung der Sozialen Arbeit enthalten soll. Diesbezügliche im Nationalrat eingebrachte Petitionen blieben bisher unbeantwortet (vgl. Wurm 2004). Ein Gesetzesentwurf wurde durch eine ExpertInnengruppe des OBDS erstellt und liegt seit 2017 vor (vgl. OBDS 2017). Ich unterliege der Annahme, ein einheitliches Berufsgesetz würde die Abhebung der Sozialen Arbeit von anderen Sozialberufen im Sinne einer eigenen, qualitativ hochwertigen Profession fördern. Ein entsprechendes Gesetz könnte meiner Ansicht nach sicherstellen, dass komplexe soziale Problemlagen von professionell ausgebildeten SozialarbeiterInnen bearbeitet werden. Es bedarf daher weiterer Öffentlichkeitsarbeit in diese Richtung.

## 4.5 Voraussetzungen aus organisatorischer Sicht

### 4.5.1 Wissen um Soziale Arbeit

Ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung, welche Kompetenzen SozialarbeiterInnen in fachlicher Hinsicht mitbringen sollten und welche Erwartungshaltungen mit einem solchen Tätigwerden verknüpft sind, stellt das Wissen um die Profession der Sozialen Arbeit dar, welches wie erörtert momentan noch unzureichend vorhanden ist. Die Wissenslücke gilt es daher zu schließen.

### 4.5.2 Strukturelle Gegebenheiten

In struktureller Hinsicht scheint die Einstellung von SozialarbeiterInnen keine große Herausforderung zu sein, wie folgender Interviewauszug mit der diplomierten Pflegekraft verdeutlicht *„[...]Jes wär der, Platz wär gegeben. Wir haben genug freie Räume, da könnte man sich ein Büro einrichten als an dem wird's auch nicht mangeln. Ja (S lacht), außer den Einsparungen, Geldgeschichten sag ich jetzt amal“* (TI25:248-250).

### 4.5.3 Finanzielle Abklärung

Die Finanzierungsfrage, gepaart mit einer Wissenslücke, wurde von meinen Gesprächspartnern als vermuteter Grund fehlender Sozialarbeitsstellen genannt und zeigt sich auch in folgendem Interviewausschnitt der Befragung der diplomierten Pflegekraft: *„Woran`s hapert, ich schätz amal wie üblich am Geld, Einsparungen ganz einfach, möglicherweise auch ein Mangel an Wissen, dass es sowas überhaupt gibt.“* (TI25:216-218).

#### ■ Budget- und Personalplanung

Die finanzielle Abklärung stellt daher eine essentielle Voraussetzung der Anstellung von SozialarbeiterInnen dar, die allen Befragten ein Anliegen ist (vgl. TI26:327-328; TI27:155).

Das Personalbudget müsste im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung genau berechnet werden, „[...] OHNE dass mir zum Beispiel a Pflegekraft abhanden kommt.“ (T126:257), wie die befragte Pflegedienstleiterin hier verdeutlicht.

Die Personalplanung für niederösterreichische Pflegeheime ist in der NÖ Pflegeheim Verordnung wie folgt beschrieben:

*„In jedem Heim muss sichergestellt sein, dass jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Personal für die Pflege und für den sonstigen Heimbetrieb zur Verfügung steht.“ (NÖ Pflegeheim Verordnung § 8 (1)).*

Was unter ausreichend qualifiziertem Personal verstanden wird, lässt sich der Verordnung nicht entnehmen. Der Einsatz und die Beschäftigung von SozialarbeiterInnen sind aus meiner Sicht jedenfalls unter diese Bestimmung zu subsumieren. Wie bereits dargestellt, wurde die Frage nach dem Bedarf an SozialarbeiterInnen seitens der Befragten - aufgrund vieler damit einhergehender Vorteile - mit einem klaren Ja beantwortet. Die Auslegung der Begriffe „ausreichend qualifiziertes Personal“ jenen zu überlassen, die mit den BewohnerInnen arbeiten, erscheint mir logisch, da sie es sind, die in der Praxis bestehende Mängel und Defizite erkennen und zu spüren bekommen. Künftige Personal- und Budgetplanungen sollten daher, denke ich, von einem bestehenden Bedarf sozialarbeiterischer Planstellen ausgehen. Folgerichtig sieht die Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (2017:17) die Verankerung sozialer Altenarbeit in bundes- und landesspezifischen Richtlinien und Verordnungen als unentbehrliche Voraussetzung der Förderung von Partizipation und Inklusion älterer Menschen.

#### ■ Kostenzusammensetzung und Tarife

Die Kosten eines Heimplatzes setzen sich aus einem Pauschalbetrag für Grundleistungen (dem sog. Grundtarif) und Zuschlägen für Pflegeleistungen (sog. Pflegezuschlag) zusammen (vgl. NÖ Pflegeheim Verordnung § 13 (1); Land NÖ o.A.a). Der Pflegezuschlag orientiert sich an den Pflegegeldstufen (vgl. NÖ Pflegeheim Verordnung § 13 (2)). Die Heimaufnahme in einem niederösterreichischen Pflegeheim verlangt grundsätzlich einen Pflegebedarf der Stufe 4 (vgl. NÖ Heime o.A.). Der Grundtarif deckt die Kosten für Wohnen, Grundversorgung mit Nahrung, usw. ab (vgl. ebd.). Als Abgeltung pflegebedingten Mehraufwandes ist die Verwendung des Pflegegeldes hauptsächlich für Pflegeleistungen gedacht (vgl. BPGG §1). Gleichzeitig spricht das BPGG von dem Zweck des Pflegegeldes, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu fördern (vgl. ebd.). Diesem Zweck sollte meiner Ansicht nach durch die Erhöhung der Pflegegeldstufen entsprochen werden und das Pflegegeld somit nicht nur für die Abgeltung von Pflegeleistungen, sondern auch für psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen, wie eben der Sozialen Arbeit, verwendet werden. Dies ist jedoch, wie auch vom befragten Einrichtungsleiter angeführt, eine politische Entscheidung, und liegt nicht in der Macht der in den Pflegeheimen beschäftigten Berufsgruppen (vgl. T127:237-241).

## ■ Kostentragung

Die Kosten für den Pflegeplatz müssen in erster Linie von den BewohnerInnen selbst getragen werden. Sie haben diese durch ihr Einkommen in Form von Renten, Pension, dem Pflegegeld, etc. aufzubringen (vgl. Land NÖ o.A.a). Reicht ihr eigenes Einkommen<sup>1</sup> hierfür nicht aus, sieht das NÖ SHG (§12) eine (Rest-)Kostenübernahme des Landes NÖ als Sozialhilfeträger vor.

### 4.5.4 Berufsprofil und Stellenbeschreibung

Wäre die Finanzierungsfrage geklärt und die Implementierung Sozialer Arbeit in Einrichtungen stationärer Langzeitpflege budgettechnisch möglich, stellt sich in einem nächsten Schritt die Frage nach der Umsetzung. Wie jede andere in Pflegeheimen zuständige Berufsgruppe bräuchte auch jene der Sozialen Arbeit ein Berufsprofil, aus welchem sich die Möglichkeiten sozialarbeiterischen Handelns erschließen lassen. Es müsste also irgendwo schriftlich festgehalten sein, was das Ziel Sozialer Arbeit ist und welche Kenntnisse und Fähigkeiten VertreterInnen dieser Berufsgruppe mitbringen. Aufgrund dieses Berufsprofils ließen sich Stellenausschreibungen entwickeln. Die Erarbeitung eines Stellenprofils könnte aus Sicht des interviewten Einrichtungsleiters – sobald das Finanzielle geklärt sei – problemlos durch den Träger der Einrichtung gemeinsam mit SpezialistInnen erfolgen (vgl. TI27:274-277). Auch die befragte Pflegedienstleiterin sieht weniger das Erstellen eines solchen Berufsprofils als vielmehr die finanzielle Abklärung als problematisch (vgl. TI26:327-328).

Als Orientierung für die Entwicklung eines Stellenprofils könnte meines Erachtens das Berufsprofil für die Sozialarbeit im Bereich der Hospiz und Palliative Care Arbeit herangezogen werden (vgl. Hospiz Österreich 2002). Auch Pflegerl sieht dieses Konzept als möglichen Ausgangspunkt einer sozialarbeiterischen Profilentwicklung im Bereich der Sozialen Altenarbeit (vgl. Pflegerl 2014:11).

## 5 Rück- und Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Anerkennung der Sozialen Arbeit als eigenständige Profession mit der gleichzeitigen Möglichkeit einer Entlastung der Pflegeberufe gegeben ist. Der Wunsch nach Unterstützung durch SozialarbeiterInnen kommt seitens der befragten ExpertInnen klar hervor. Vor allem in Form der Angehörigenberatung wäre eine Erweiterung um sozialarbeitstypische Fähigkeiten und Kenntnisse sinnvoll. Auch im Bereich der Biografiearbeit lässt sich aus den Äußerungen der InterviewpartnerInnen eine Lücke erblicken. Diese könnte aus meiner Sicht durch die Tätigkeit professionell ausgebildeter SozialarbeiterInnen geschlossen werden. Gerade die ressourcenorientierte Biografiearbeit ist einer der Bereiche, für den SozialarbeiterInnen speziell ausgebildet werden.

---

<sup>1</sup> Anmerkung: Ein Rückgriff der Bundesländer auf Vermögenswerte der Ehepartner, Kinder oder Eltern ist seit 1. Jänner 2018 unzulässig (Entfall des Pflegeregresses).

Dies setzt jedoch Wissen um die Profession der Sozialarbeit seitens der Einrichtungen voraus. Hier besteht vielfach noch Aufklärungs- und Handlungsbedarf. Diesbezügliche Öffentlichkeitsarbeit findet bereits auf mehrfachen Ebenen statt. Im Bereich der Sozialen Altenarbeit ist hier insbesondere die Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit zu nennen, welche mit ihrem Positionspapier zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit mögliche Tätigkeitsbereiche prägnant darstellt (vgl. Ogsa 2017).

Die geforderten fachlichen Kompetenzen sind teilweise im Ausbildungscurriculum der Sozialarbeitsstudiums vorhanden, theoretische Kenntnisse zur Demenzerkrankungen aus medizinisch-pflegerischer Sicht, worunter auch die fachliche Einschätzung der BewohnerInnen hinsichtlich Symptome und Verlauf der Krankheit fällt, könnten meines Erachtens problemlos durch einrichtungsinterne Weiterbildungsmaßnahmen sowie die Praxiserfahrung im Handlungsfeld selbst, erworben werden.

Was fehlt, ist die Miteinplanung von Sozialarbeitsstellen in der Budgetierung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen. Dies wiederum setzt ein genaues Stellenprofil der Profession voraus. Wie die befragten ExpertInnen, sehe auch ich die Finanzierungsfrage als eine politische. Es müssten entsprechende, Sozialarbeit inkludierende Leistungspakete und Tarife sowohl seitens privater Träger als auch seitens des Landes Niederösterreich, als Träger von über 48 Einrichtungen stationärer und teilstationärer Angebote, definiert werden (vgl. Land NÖ o.A.b). Die Leistungsdefinition NÖ Pflegeeinrichtungen enthält zurzeit noch keine derartigen Pakete. Auch auf Bundesebe bedarf es Anpassungen. So könnten beispielsweise die Pflegestufen des BPGG, aufgrund der Notwendigkeit einer demenzgerechten, psychosozialen Versorgung, erhöht werden. Als Untermauerung der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession, welche besondere Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt, würde meines Erachtens die Verabschiedung eines Berufsgesetzes der Sozialen Arbeit dienen. Gäbe es ein solches, wären auch entsprechende Tarife und Leistungen leichter festzulegen. Die Entwicklung von Modellen zur Definition von Leistungspaketen und Planstellen könnte im Zuge weiterer Forschungstätigkeit erarbeitet werden. Orientierung hierfür bieten aus meiner Sicht Konzepte zu den Primärversorgungszentren (PVZ), welche ebenfalls multiprofessionell zusammengesetzt sind.

In diesem Zusammenhang stellt sich neben der Definition von Leistungspaketen auch die Frage der zahlenmäßigen Stellenerschließung. Was mit Sicherheit nicht geschehen sollte, ist der Abbau von pflegerischen Planstellen, um jene für SozialarbeiterInnen zu ermöglichen. Es bedarf daher zusätzlicher, neu geschaffener Positionen. Soziale Arbeit verfolgt nicht das Ziel, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu verdrängen, sondern diese vielmehr zu unterstützen und das interdisziplinäre Team um noch nicht vorhandene Qualifikationen zu erweitern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Implementierung der Sozialen Arbeit zum einen weiterhin stark auf Initiativen aus den eigenen Reihen, zum anderen – und hier sehe ich die weitaus größerer Hürde – auf Entscheidungen der Träger und der Politik angewiesen ist.

# Literatur

ALA - Association Luxembourg Alzheimer (o.A.): Formen der Demenz. <http://www.alzheimer.lu/de/la-maladie/les-causes.html> [27.04.2019].

Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Auflage, Berlin: Erich Schmidt Verlag.

BMASK und BMG - Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und Bundesministeriums für Gesundheit (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht - Ergebnisse der Arbeitsgruppen. [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie\\_abschlussbericht.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf) [25.04.2019].

BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2008): Demenzhandbuch. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=107> [28.04.2019].

Buchebner-Ferstl, Sabine / Geserick, Christine (2019): Demenz und Familie. Forschungsbericht. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.

Bürscher, Barbara (2017): Demenz. In: MiniMedStudium. <https://www.minimed.at/medizinische-themen/gehirn-nerven/demenz/> [25.04.2019].

Demenzportal (o.A.): Validation bei Demenz – Die Grundsätze. <https://demenzportal.at/aktuelles/validation-bei-demenz-die-grundsaeetze/> [27.04.2019].

Demenz-Service NÖ (o.A.): Persönliche Beratung. <https://www.demenzservicenoe.at/angebote/beratung/> [28.04.2019].

Fachhochschule St. Pölten (o.A.): Soziale Arbeit in der Demenzberatung. Studierenden-Projekt. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/soziale-arbeit-in-der-demenzberatung> [27.04.2019].

Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Richtlinien für die Gesprächstranskription. In: Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Universitätsverlag.

FSW - Fonds Soziales Wien (2017): Demenz. Ratgeber für den Alltag. 4. Auflage, Wien: Fonds Soziales Wien.

Grabner, Ines / Juraszovich, Brigitte / Pochobradsky, Elisabeth / Wabro, Michaela (2010):  
Betreuungs- und Pflegeangebote in Österreich. Darstellung der Pläne der Bundesländer bis  
2020. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).  
[https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/0/4/CH3434/CMS1469101553507/betreuungs-und\\_pflegeangebote\\_in\\_oesterreich\\_darstellung\\_der\\_plaene\\_der\\_bundeslaender\\_bis\\_2020\\_august\\_2010.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/0/4/CH3434/CMS1469101553507/betreuungs-und_pflegeangebote_in_oesterreich_darstellung_der_plaene_der_bundeslaender_bis_2020_august_2010.pdf) [28.04.2019].

Hospiz Österreich – Dachverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen (2002): Berufsprofil  
für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliativ Care.  
[http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil\\_Sozialarbeit\\_in\\_HPC\\_mit\\_Logo.pdf](http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil_Sozialarbeit_in_HPC_mit_Logo.pdf) [29.04.2019].

Höfler, Sabine / Bengough, Theresa / Winkler, Petra / Griebler, Robert (HglInnen.) (2015):  
Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und  
Sozialministerium.

IASSW / IFSW – International Association of Schools of Social Work / International Federation  
of Social Workers (2004): Ethics in Social Work, Statement of Principles.

Land Niederösterreich (o.A.a): Kosten und Tarife in den NÖ Pflege- Förder- und  
Betreuungszentren. [http://www.noegv.at/noe/Pflege/Kosten\\_Tarife\\_Pfl.undBetr.zentren.html](http://www.noegv.at/noe/Pflege/Kosten_Tarife_Pfl.undBetr.zentren.html)  
[28.04.2019].

Land Niederösterreich (o.A.b): NÖ Pflege- und Betreuungszentren.  
[http://www.noegv.at/noe/Pflege/Noe\\_Pflege\\_Betreuungszentren\\_h.html](http://www.noegv.at/noe/Pflege/Noe_Pflege_Betreuungszentren_h.html) [25.04.2019].

Land Niederösterreich (o.A.c): Leistungen und Pflegeformen.  
[http://www.noegv.at/noe/Pflege/Leistungen\\_und\\_Pflegeformen\\_Noe\\_Pflege\\_Betr.zentr.html](http://www.noegv.at/noe/Pflege/Leistungen_und_Pflegeformen_Noe_Pflege_Betr.zentr.html)  
[28.04.2019].

Mayring, Philipp (1991): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst / Keupp,  
Heiner / Rosenstiel, Lutz / Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen,  
Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Beltz - Psychologie Verl. Union, 209-213.

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

NÖ Heime – ARGE der Pensionisten- und Pflegeheime (o.A.): Aufnahme in Niederösterreichs  
Pensionisten- und Pflegeheime. <https://www.noeheime.at/service/heimaufnahme.html>  
[29.04.2019].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Handlungsfelder der  
Sozialarbeit. <http://www.pantucek.com/seminare/200609polizei/handlungsfelder.pdf>  
[28.04.2019].

OBDS - Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2010): Standards in der Praxis der Sozialarbeit unter Beachtung der Menschenrechte. [https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/standards\\_and\\_humanrights4.pdf](https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/standards_and_humanrights4.pdf) [28.04.2019].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2016): Internationale Definition der Sozialen Arbeit. [https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition\\_soziale\\_arbeit\\_-\\_obds\\_final.pdf](https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition_soziale_arbeit_-_obds_final.pdf) [28.04.2019].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Wiener Entwurf für ein Berufsgesetz für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialarbeitswissenschaft. <https://www.obds.at/berufspolitik/berufsgesetz/> [27.04.2019].

Ogsa - Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (2017): Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa). <https://www.ogsa.at/wp-content/uploads/2018/06/Positionspapier-Broschuere-Altern-und-Soziale-Arbeit.pdf> [28.04.2019].

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs - Gesundheit.gv.at (o.A.a): Demenz: Was ist das? <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/was-ist-das> [28.04.2019].

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs – Gesundheit.gv.at (o.A.b): Demenz: Die verschiedenen Stadien. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf> [28.04.2019].

Pflegerl, Joannes (2014): Soziale Arbeit im Kontext von Wohnen, Pflege und Betreuung älterer Menschen. In: Soziales Kapital, 11/2014, 1-13.

Ramsenthaler, Christina (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In: Schnell, Martin / Schulz, Christian / Kolbe, Harald / Dunger, Christine (Hg.Innen): Der Patient am Lebensende. Eine qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 23-42.

Scheu, Bringfriede (2014): Demenz. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Sozial Extra, 4/2014: 24-27.

Statistik Austria (2012): Standard-Dokumentation Metainformationen zu Bevölkerungsprognosen. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/index.html) [25.04.2019].

Wancata, Johannes / Takacs, S / Fellingner, M (2011): Aktualisierte Prognosen Demenzerkrankter in Europa. Unveröffentlicht, Wien.

Wurm, Gisela (2004): Petition betreffend Berufsgesetz für SozialarbeiterInnen.  
[https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/PET/PET\\_00046/imfname\\_035923.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/PET/PET_00046/imfname_035923.pdf)  
[29.04.2019].

## Daten

Alibiliste InterviewpartnerInnen, erstellt von Laura Fischer, April 2019.

ITV25, Interview, geführt von Laura Fischer mit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DKGP) einer niederösterreichischen Langzeitpflegeeinrichtung, 19.02.2019, Audiodatei.

ITV26, Interview, geführt von Laura Fischer mit einer Pflegedienstleiterin (PDL) einer niederösterreichischen Langzeitpflegeeinrichtung, 27.02.2019, Audiodatei.

ITV27, Interview, geführt von Laura Fischer mit einem Leiter einer niederösterreichischen Langzeitpflegeeinrichtung, 11.03.2019, Audiodatei.

TI25, Transkript Interview ITV25, erstellt von Laura Fischer, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI26, Transkript Interview ITV26, erstellt von Laura Fischer, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI27, Transkript Interview ITV27, erstellt von Laura Fischer, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

## Abkürzungen

BPGG	Bundespflegegeldgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IFSW	International Federation of Social Workers
NÖ SHG	Niederösterreichisches Sozialhilfegesetz
PDL	Pflegedienstleitung

# Anhang

## Interviewleitfaden

### **I. Allgemeines**

Wie ist die Einrichtung in der Sie arbeiten aufgebaut? Welche Berufsgruppen sind vertreten?  
Welche Angebote bietet die Einrichtung und an welche Zielgruppe/welches Klientel richten sich diese?

Welche Berufsgruppen sind derzeit überwiegend für BewohnerInnen mit Demenz zuständig?

### **II. Konzepte und Ziele der Organisation**

Welche Ziele und Grundsätze verfolgt die Einrichtung, in der Sie arbeiten?

### **III. Angebote für Menschen mit Demenzerkrankung und deren Angehörigen**

Gibt es spezielle Angebote für Menschen mit Demenzerkrankung und deren Angehörige?  
Wenn ja, welche? Und wie werden diese umgesetzt?

Gibt es auch spezielle Angehörigenberatungen?

Wie sehen Beratungen für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörigen aus?

Werden auch rechtliche Beratungen zu den Themen Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, HeimaufG, Pflegegeld etc. angeboten? Wenn ja, wer ist für diese Beratungen zuständig?

Wer ist zuständig für soziale Netzwerkarbeit, Biografiearbeit, Krisenintervention, Entlastungsgespräche?

Welche weiteren Angebote wären darüber hinaus aus Ihrer Sicht wünschenswert?

### **IV. Fachliche Anforderungen an SozialarbeiterInnen**

Was würden Sie sich von einer Unterstützung durch professionell ausgebildete SozialarbeiterInnen erwarten? Welche Kenntnisse und Fähigkeiten bringen diese Ihrer Meinung nach mit?

Welche Vorteile verbinden Sie mit der Erweiterung Ihres Teams um SozialarbeiterInnen?

Was wären aus Ihrer Sicht die Voraussetzungen, um sie ins Team zu holen?

Welche persönlichen und fachlichen Kompetenzen müssten SozialarbeiterInnen mitbringen?

### **V. Organisatorische Voraussetzungen**

Welche Voraussetzungen bedarf es Ihrer Ansicht nach aus organisatorischer und struktureller Hinsicht, um SozialarbeiterInnen im Bereich Demenzberatung in Pflegeheimen anzustellen?

### **VI. Persönliches**

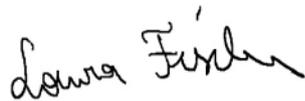
Möchten Sie noch etwas ergänzen?

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Laura Fischer**, geboren am **07.10.1989** in **Wien**, 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,

**Korneuburg**, am **29.04.2019**

A handwritten signature in black ink that reads "Laura Fischer". The signature is written in a cursive style with a clear, legible script.

**Unterschrift**