

Potenziale der Sozialen Arbeit für Bedürfnisse und Wünsche von Angehörigen demenzerkrankter Personen

Susanne Fries
Matr.Nr. 1610406307

Bachelorarbeit 2
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 27.04.2019
Version: 1

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

Abstract Deutsch

Schätzungen zufolge leben in Österreich derzeit rund 115.000 Menschen mit der Krankheit Demenz, welche überwiegend zuhause von Angehörigen betreut und gepflegt werden. Für die vorliegende Arbeit wurden im Rahmen eines Projektes die Wünsche und Bedürfnisse von Angehörigen erhoben und der Frage nachgegangen, welcher Mehrwert aus der Beratung und Begleitung durch SozialarbeiterInnen gezogen werden kann. Die wissenschaftliche Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zentrales Ergebnis ist, dass Soziale Arbeit als Beratungsprofession mit ihren vielfältigen Interventionsmethoden und ihrem Fachwissen die richtige Profession ist, um Angehörige von demenzkranken Personen zu unterstützen und diese sich langfristige Begleitung während des Krankheitsverlaufs wünschen.

Abstract English

According to estimates, about 115,000 people currently live with dementia in Austria, most of whom are cared for by relatives at home. For the thesis on hand the wishes and needs of relatives were investigated as part of a project as was the question, what value the guidance and counseling by social workers provides. The scientific evaluation of the data obtained was carried out using qualitative content analysis according to Mayring (2015). The essential conclusion is that as a counselling profession with diverse intervention methods and its expertise social work is the right profession to support relatives of dementia patients and that they want long-term support during the course of the disease.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Themenaufriss.....	5
3	Fragestellung und Unterfragen	7
3.1	Hauptfragestellung	7
3.2	Unterfragen.....	7
4	Begriffsdefinitionen.....	8
4.1	Kognition.....	8
4.2	Demenz	8
4.3	Bedürfnis.....	8
4.4	(Pfleger) Angehörige.....	9
4.5	Soziale Arbeit.....	9
4.6	Potenziale	9
5	Erhebungsmethoden.....	9
5.1	Interviews.....	9
5.2	Transkription	10
5.3	Beobachtung.....	10
5.4	Auswertungsmethode	11
6	Ergebnisdarstellung.....	11
6.1	Belastungen von Angehörigen	11
6.1.1	Psychische Belastungsfaktoren.....	11
6.1.2	Körperliche Belastungsfaktoren.....	13
6.1.3	Finanzielle Belastungsfaktoren.....	14
6.2	Bedürfnisse und Wünsche von Angehörigen	15
6.2.1	Psychische Ebene	15
6.2.2	Körperliche Ebene	17
6.2.3	Finanzielle und rechtliche Ebene.....	18
6.2.4	Wünsche an Umfeld und Gesellschaft	20
6.3	Potenziale der Sozialen Arbeit	22
6.3.1	Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen.....	22
6.3.2	Systemischer / ganzheitlicher Ansatz.....	23
6.3.3	Krisenintervention	24
6.3.4	Kenntnisse von Unterstützungsmaßnahmen und rechtlichen Regelungen	24
6.3.5	Vernetzungs- und Schnittstellenfunktion	25
6.3.6	Praktische Hilfeleistungen	26
6.3.7	Wissenschaftliches Arbeiten.....	26
6.3.8	Reflexionsfähigkeit	26
6.3.9	Kompetenzen in der Demenzbegleitung	27
6.4	Wahrnehmung der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung.....	28

7	Resümee	29
8	Forschungsausblick.....	33
	Literatur	34
	Daten	37
	Anhang.....	40
	Eidesstattliche Erklärung	42

1 Einleitung

„Es ist nicht genug zu wissen - man muss auch anwenden.

Es ist nicht genug zu wollen - man muss auch tun.“

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

Wenn ich in den letzten Monaten mit Freunden oder Bekannten über diese Arbeit gesprochen habe, fiel auf, dass eigentlich jede/r bereits selbst direkte oder indirekte Erfahrungen mit der Krankheit Demenz gemacht hatte. Eltern, Großeltern oder Nachbarn zählen zu den Betroffenen und in den Erzählungen höre ich die hohen Anforderungen in der Betreuung und die damit verbundenen Belastungen und Ängste heraus. Ziel dieser Arbeit soll die Erhebung der Bedürfnisse und Wünsche von Angehörigen demenzerkrankter Personen sein und das Aufzeigen, welchen Beitrag Soziale Arbeit zur Entlastung von Angehörigen leisten kann. Im Themenauftritt wird das Forschungsinteresse erläutert, die Forschungsfrage mit den gewählten Unterfragen dargelegt und Begriffe, die für diese Arbeit relevant erscheinen, näher erklärt. Im zweiten Teil werden die Erhebungsmethoden (Leitfadeninterview, Beobachtung) sowie die Auswertungsmethode nach Mayring erläutert. Die Ergebnisdarstellung, das Resümee und ein kurzer Ausblick auf die Zukunft bilden den Abschluss dieser Arbeit.

2 Themenauftritt

„Alzheimer lässt grüßen!“ Wie oft wird leichtfertig dieser schnell dahingesagte Ausspruch gebraucht, wenn etwas vergessen oder nicht gefunden wurde. Alzheimer ist eine Form von Demenz. Dieses Wort kommt aus dem lateinischen „dementia“, das übersetzt so viel wie „abnehmender Verstand“ bzw. „ohne Geist“ heißt. Dies ist durchaus kritisch zu betrachten, denn die Krankheit erzeugt Verluste von kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, dennoch darf die Würde des Menschen nicht verloren gehen. *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen.“* (Grundrechtscharta EU 2000) (vgl. Schröder 2014:16). Jeder wünscht sich ein Leben in Würde bis zum Schluss. Gerade Menschen mit Demenz sind mit Fortschreiten der Krankheit zunehmend von Hilfeleistungen abhängig. Je mehr die Selbstbestimmung der Fremdbestimmung weichen muss, desto größer ist die Gefahr, dass die Gefühle der Kranken wenig oder nicht gewürdigt werden (vgl. Baer / Schotte-Lange 2013:117). Maria Katharina Moser vom Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie kritisiert, dass Betroffene meist weniger unter ihrer Krankheit leiden, als darunter, wie mit ihnen umgegangen wird (vgl. Eder-Kornfeld 2016:o.A.). Menschen, die an Demenz erkranken, haben meist 30 bis 40 Jahre gearbeitet und Leistungen für die Gesellschaft erbracht, deswegen verdienen sie, mit Respekt behandelt zu werden und ihren Lebensabend in Würde zu begehen.

Demenz ist demnach ein zentrales Thema unserer Gesellschaft und fast jede/r hat jemanden im engeren oder weiteren Familienkreis oder kennt zumindest jemand, der Demenz hat.

Derzeit leiden in Österreich rund 115.000 Menschen an dieser Krankheit. Bis zum Jahr 2050 wird mit einer Verdoppelung der Zahl gerechnet. In der Pflege und Betreuung nimmt das Thema Demenz einen besonderen Stellenwert ein, da der Großteil der Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen zu Hause von den Angehörigen versorgt wird. Demenz ist nicht heilbar, jedoch ermöglicht eine Früherkennung eine Verzögerung und Milderung des Krankheitsverlaufes. In diesem Zusammenhang ist eine hochqualifizierte Begleitung und Betreuung der Betroffenen und Angehörigen von Bedeutung (vgl. sozialministerium o.A.). Frau Helga Müller-Finger, Stationsärztin der Demenzstation des Pflegewohnhauses Rudolfsheim-Fünfhaus, räumt eine große Entwicklung in den letzten Jahren bei der Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz ein. Zahlreiche Bücher und Filme hätten ebenfalls dazu beigetragen, dass über Personen mit dieser Krankheit gesprochen wird. Doch viel wichtiger sehe sie die Notwendigkeit, nicht nur über sie zu sprechen, sondern mit ihnen. Wichtig ist auf sie einzugehen und Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nicht wie unmündige Kinder zu behandeln (vgl. Eder-Kornfeld 2016:o.A.). Die Krankheit mit ihren verschiedensten Formen und damit einhergehenden Symptomen stellt betreuende Personen jedoch vor große Herausforderungen.

Die Angehörigenpflege ist eine verantwortungsvolle, gesamtgesellschaftliche wichtige Aufgabe und darf nicht alleine in die private Verantwortung abgeschoben werden. Häusliche Pflege ist eine anspruchsvolle und komplexe Aufgabe. Um sie qualitativ hochwertig und langfristig gewährleisten zu können, liegt es in der gesellschaftlichen Verantwortung, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen und Angehörige zu unterstützen, um Pflegebedürftige individuell betreuen zu können. Eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate Begleitung eines Menschen mit Demenz ist, dass der pflegende Angehörige selbst gut für sich sorgen muss, um den Herausforderungen gerecht werden zu können. Meist zieht sich eine Pflege über Monate und Jahre hin und stellt damit eine chronische Belastungssituation dar. Fehlende Kenntnisse in der Pflege selbst, ständige Anwesenheitspflicht, mangelnde Freizeit und psychische Belastungen infolge von Veränderung der Beziehung zum Gepflegten sind nur einige wenige Belastungsfaktoren, stellvertretend genannt für zahlreiche Problemlagen, die sich ungünstig auf pflegende Angehörige auswirken (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:30-31).

Pflegende Angehörige sind oft gesundheitlich gefährdeter als die Betroffenen. Perfektionistische Ansprüche an sich selbst können diesen Zustand noch verstärken. Wichtig sind hier Gespräche mit dem Hausarzt oder qualifiziertem Fachpersonal frühzeitig in Anspruch zu nehmen, da es entlastet und Verständnis für die schwierige Situation bringen kann. Ebenso ist das rechtzeitige Einholen von Informationen und ev. Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen oder die Teilnahme an Treffen für Angehörige eine Möglichkeit, um einer Überforderung entgegenzuwirken (vgl. Schröder 2014:17).

Oftmals bagatellisieren pflegende Angehörige jedoch häufig erste Warnsignale gesundheitlicher Probleme und ignorieren ihre eigenen Grenzen. Das Annehmen von Hilfs- und Unterstützungsangeboten fällt schwer, da dies als Versagen oder als ungünstig für den Pflegebedürftigen gesehen wird. Entlastungsmöglichkeiten werden oft erst in einem sehr späten Stadium der eigenen Erschöpfung in Betracht gezogen. Nur 16 % der

Hauptpflegepersonen greifen regelmäßig auf angebotene entlastende Angebote zurück, 37 % nehmen sie von Zeit zu Zeit in Anspruch, aber fast die Hälfte ist in keinerlei Unterstützungsnetzwerk eingebunden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle die Profession Soziale Arbeit hier einnehmen kann, um für pflegende Angehörige eine passgenaue psychosoziale Beratung anbieten zu können und welche Kriterien diese erfüllen muss, damit sie auch in Anspruch genommen wird (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:39-40).

Das „Demenz-Service-NÖ“ versteht sich als Drehscheibe für die Demenzversorgung. Ziel ist es, bestehende Strukturen in der Demenzversorgung zu koordinieren, damit Betroffene und deren Familien eine optimale Betreuung erhalten. Es werden kostenlose Einzelberatungen zu Hause oder an den Servicestellen der NÖ Gebietskrankenkassen angeboten. Derzeit steht dieses Angebot nur im Zentralraum von NÖ zur Verfügung (vgl. demenzservicenoe.at 2018).

In Niederösterreich ist an der Unterstützung pflegender Angehöriger die Profession Soziale Arbeit noch wenig bis gar nicht beteiligt, da dies überwiegend von der Profession Pflege übernommen wird. Sind die Angehörigen in keiner Demenzberatungsstelle angebunden, ist es fraglich, ob Pflegedienste geeignete Unterstützung leisten können. Einerseits ist die Zielperson der Pflege ja die erkrankte Person selbst und nicht die Angehörigen, zum anderen bleibt dem Pflegepersonal keine ausreichende Zeit zwischen ihren Terminen. Die Forschung soll der Frage nachgehen, wie Soziale Arbeit in der individuellen Beratung und Unterstützung von Angehörigen ihr volles Potenzial ausschöpfen kann. Ziel der Arbeit soll sein, herauszufinden, was Angehörige benötigen, um sich gut beraten und betreut zu fühlen und wo hier die Stärken der Sozialen Arbeit liegen, dies gut abzudecken.

3 Fragestellung und Unterfragen

3.1 Hauptfragestellung

Inwieweit bestehen Wünsche und Bedürfnisse von Angehörigen demenzerkrankter Personen?

3.2 Unterfragen

- Welchen Belastungsfaktoren unterliegen Angehörige von Personen mit Demenz?
- Wie wird die Soziale Arbeit in der Demenzberatung von den Angehörigen wahrgenommen?
- Wo besteht der Mehrwert der Sozialen Arbeit aus Sicht der Sozialarbeiter*innen?
- Wie muss Unterstützung aussehen, damit Angehörige sie in Anspruch nehmen?

4 Begriffsdefinitionen

4.1 Kognition

Der Begriff „kognitiv“ bedeutet Denken, Verstehen oder Wissen betreffend“. Kognitive Fähigkeiten sind unter anderem Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen, Kreativität, Planen, Orientierung, Vorstellungskraft oder Wille (vgl. gesundheit.gv.at 2019). Leichte kognitive Beeinträchtigungen wie geringe Gedächtnisschwierigkeiten können auch im regulären Alterungsprozess auftreten. Besonders im frühen Stadium der Demenz ist deshalb die Abgrenzung vom normalen Altern schwierig (vgl. Werner 2014:37-38).

4.2 Demenz

Demenz ist ein klinisches Zustandsbild, bei dem es in Folge einer chronisch fortschreitenden Erkrankung des Gehirns zu kognitiven Beeinträchtigungen verschiedener Funktionen des Menschen wie Gedächtnis, Denken, Sprache und Urteilsvermögen kommt (vgl. Dilling / Freyberger 2010:24). Damit Demenz diagnostiziert wird, müssen folgende Kriterien mindestens seit sechs Monaten erfüllt sein:

- Abnahme der Gedächtnisleistungen
- Beeinträchtigung weiterer geistiger Fähigkeiten (z. B. Urteilsfähigkeit, logisches Denken...)
- Störungen im Sozialverhalten und in Gefühlsäußerungen (vgl. Hafner / Meier 2005:291).

Der Verlust von kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten wird unter dem Begriff Demenz (lat. Dementia) zusammengefasst. Je nach dem wie schwer das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik betroffen sind, spricht man von leichter, moderater, mittelschwerer und schwerer Demenz. Oft kommt es auch zu einer Persönlichkeitsveränderung. Die Entstehung der Krankheit ist noch immer nicht vollständig geklärt. Der zeitliche Verlauf des fortschreitenden degenerativen Prozesses ist von Mensch zu Mensch verschieden (vgl. Werner 2014:38-42).

4.3 Bedürfnis

Ein Bedürfnis zu verspüren, kann mit dem Erleben von körperlichen oder psychischen Mangelzustände, die mit dem Streben nach Befriedigung verbunden sind, erklärt werden. Bedürfnisse liegen den Beweggründen des Handelns und der Motivation zugrunde. Es besteht keine Einigung über die Anzahl und Klassifikationen menschlicher Bedürfnisse. Weit verbreitet ist die Bedürfnispyramide des Psychologen Abraham Maslow (vgl. Schmitt 2007:60). In der vorliegenden Forschung wurden die psychologischen, körperlichen und finanziellen Bedürfnisse erhoben, die bei Angehörigen in der Betreuung von demenzerkrankten Personen zu Tage kommen.

4.4 (Pflegerische) Angehörige

In der Literatur wird das Wort „Pflegerische“ von den unterschiedlichen AutorInnen nicht einheitlich gebraucht. Im Kontext Demenz ist die Betreuung abhängig vom Stadium und der Tätigkeitsbereich lässt sich nicht auf „Körperpflege“ im engeren Sinn eingrenzen. Das Aufgabengebiet von Angehörigen umfasst eine Vielzahl komplexer Tätigkeiten in der Familien- und Hausarbeit. Neben den klassischen hauswirtschaftlichen und beziehungspflegerischen Aufgaben zählen der Umgang mit Behörden, Banken, Versicherungen und Gesundheitseinrichtungen zum breiten Aufgabenspektrum (vgl. Phillip-Metzen 2015:98). In dieser Arbeit wird auf den Begriff „pflegerische“ weitgehendst verzichtet und lediglich der Begriff „Angehörige“, verwendet der alle nahen Bezugspersonen miteinschließt. Angehörige machen im frühen Stadium der Demenz noch keine Pflege im klassischen Sinn und fühlen sich daher durch den Begriff „pflegerische Angehörige“ oft auch nicht angesprochen.

4.5 Soziale Arbeit

Die internationale Definition der Sozialen Arbeit lautet wie folgt:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen.“ (OBDS 2019).

Im Kontext von Demenz soll Soziale Arbeit Menschen unter Einbindung vorhandener Strukturen befähigen und ermutigen, die Herausforderungen ihres Lebens zu bewältigen. Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, der Menschenrechte und der Achtung des Individuums bilden die Grundlage von Sozialer Arbeit (vgl. ebd.).

4.6 Potenziale

In der vorliegenden Arbeit werden unter Potenzialen die verfügbaren Möglichkeiten und vorhandenen Fähigkeiten verstanden. Diese werden im Kontext Demenz und Sozialer Arbeit im Ergebnisteil herausgearbeitet.

5 Erhebungsmethoden

5.1 Interviews

Bei der Datengewinnung liegt der Fokus vor allem auf Leitfaden-Interviews, mit dem Ziel, eine individuelle Sicht der InterviewpartnerInnen auf dieses beforschte Thema zu erhalten (vgl. Flick 2014:114). Besondere Aufmerksamkeit bedarf die Erstellung des Leitfadens, der sicherstellen soll, dass in jedem Interview alle benötigten Informationen erhoben werden und die Forschungsfrage nicht aus den Augen verloren wird. Zu Beginn wird eine erzählregende

Frage gestellt, Detailfragen werden als Checkliste den einzelnen Themen zugeordnet. Das Ausformulieren der Fragen gibt Sicherheit im Interview (vgl. Gläser / Laudel 2006:138). Mit offenen und halbstrukturierten Fragen soll ein Dialog entstehen. Diese Methode ermöglicht, die individuelle Sicht der InterviewpartnerInnen auf das beforschte Thema zu bekommen. Es werden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Durch immanentes bzw. exmanentes Nachfragen soll erreicht werden, dass der Befragte möglichst ausführliche und ergiebige Antworten zum Thema gibt. Der Erfolg des Interviews hängt davon ab, ob an den richtigen Stellen noch einmal nachgefragt wird, um über oberflächliche Antworten hinauszukommen und das Thema vertiefen zu können (vgl. Flick 2014:114-115). Im Rahmen des Projekts wurden insgesamt 31 Interviews geführt, transkribiert und allen Teilnehmerinnen zugänglich gemacht. Für diese Arbeit wurden die Transkripte TI1, TI2, TI3, TI4, TI5, TI6, TI7, TI8, TI10, TI11, TI13, TI14, TI15, TI16, TI19, TI21, T22, TI25, TI28, TI29, und TI30 herangezogen. InterviewpartnerInnen sind Angehörige demenzerkrankter Personen (TI8, TI14, TI19, TI22). Zentrale Themen waren das Leben mit der kranken Person, Zugang zu Informationen und Bedürfnisse und Wünsche im Hinblick auf die Betreuung (siehe Anhang – Interviewleitfaden Angehörige). Ein Interview wurde mit einer Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle in OÖ durchgeführt (TI7). Auch hier war das vorrangigste Thema, welche Bedürfnisse und Wünsche Angehörige haben, aber auch was Soziale Arbeit für eine hilfreiche Demenzberatung beitragen kann und welchen Mehrwert sie aus der Sicht von SozialarbeiterInnen hat (siehe Anhang – Interviewleitfaden Sozialarbeiterin). Die restlichen Interviews des gesamten Projekts wurden mit weiteren SozialarbeiterInnen, tätig im stationären Bereich, DemenzberaterInnen, Pflegefachkräfte, PsychologInnen und ÄrztInnen geführt.

5.2 Transkription

Nach eingeholter Zustimmung werden die Interviews auf Tonband aufgezeichnet und anschließend nach den Richtlinien der Gesprächstranskription transkribiert (vgl. Froschauer / Lueger 2003:223). Die zeitnahe Erstellung von Zusatzprotokollen, nach den Interviews, stellt sicher, dass Besonderheiten vor und nach der Tonbandaufnahme in Erinnerung behalten werden.

5.3 Beobachtung

Zusätzliches Datenmaterial wird auch von einer Beobachtung einer Demenzberatung generiert. Für die Datenerhebung wurde eine offene, nicht teilnehmende, unsystematische Beobachtung durchgeführt (vgl. Flick 2014:123). Ein Gedächtnisprotokoll liefert weitere Daten.

5.4 Auswertungsmethode

Zur wissenschaftlichen Auswertung der gewonnenen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) angewendet. Bei dieser Methode wird Kommunikation analysiert. Durch systematisches, regel- und theoriegeleitetes Vorgehen wird das Ziel verfolgt, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2015:13). Ein Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Inhaltsanalyse dar, bei der einzelne Kategorien definiert werden. Beim Kodieren, d. h. dem Durcharbeiten des Materials, werden mit Hilfe des Kategoriensystems verschiedenste Kategorien aufgezeichnet. Ziel ist es, durch Reduktion und Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu erhalten, der die wesentlichen Inhalte wiedergibt (vgl. ebd.:67). Die große Materialmenge der Interviews lässt sich durch die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse auf ein überschaubares Maß zusammenkürzen, ohne dass wesentliche Inhalte verloren gehen, deswegen wurde diese Methode für diese Arbeit als passend gefunden (vgl. ebd.:85).

6 Ergebnisdarstellung

Dieses Kapitel widmet sich den Ergebnissen der vorliegenden Forschung. Gemäß der Forschungsfrage wurden anhand der erhobenen und ausgewerteten Daten die Belastungen, Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen von demenzerkrankten Personen herausgearbeitet und im letzten Punkt die Potenziale der Sozialen Arbeit in diesem Kontext dargestellt.

6.1 Belastungen von Angehörigen

Eine chronische Krankheit wie Demenz betrifft selten nur eine Person, sondern das gesamte Familiensystem und verursacht in besonderem Maß Leid. Die Belastungsfaktoren von Angehörigen von an Demenz erkrankten Personen sind vielfältig und hoch und lassen sich in folgende Faktoren unterteilen:

6.1.1 Psychische Belastungsfaktoren

Bereits die Anfangszeiten werden als sehr belastend beschrieben, wenn noch gar keine Diagnose vorliegt. Mit Bedauern wird von I22 an diese Zeit zurückgedacht. Schwierige Verhaltensweisen wurden dem Alter zugeschrieben und es lag kein Wissen über die Krankheit vor. Das Vorliegen der Diagnose führt zu mehr Verständnis und somit zum leichteren Akzeptieren der Situation (vgl. TI22:159). Die Belastungen durch eigentümliche Handlungen zu Beginn der Krankheit können nicht eingeordnet werden und führen zu Missverständnissen und Streit (vgl. Buchebner-Ferstl / Geserick 2019:89) Dieses große Bedauern, die Anfänge nicht erkannt zu haben, findet sich auch in diverser Literatur. Geiger beschreibt zum Beispiel das Gefühl eines großen Fehltrittes seinerseits, welches noch jahrelang andauerte, da

niemand die Zeichen gedeutet hatte und dem erkrankten Vater lediglich Mutwilligkeit oder Faulheit unterstellt wurde (vgl. Geiger 2011:19-23). Angehörige sind immer wieder der Auffassung, die betroffenen Personen agieren aus purer Absicht, da das Verständnis für das Krankheitsbild zu Beginn noch fehlt (vgl. T17:296).

Doch selbst wenn sich bei den engsten Bezugspersonen der Verdacht einer Demenzerkrankung erhärtet, kann es sein, dass der weitere Familienkreis dies noch nicht sehen kann. Somit fühlen sich die nahen Angehörigen mit der Sorge allein gelassen und sehen sich zudem noch mit Vorwürfen konfrontiert: „...*jetzt mach den Papa nicht so schlecht, so schlecht is er doch gar nicht beieinander*“ (T17:264). Auch I22 gesteht ein, dass sie die Krankheit als Tochter lange Zeit einfach nicht wahrhaben wollte (vgl. T122:29-30). Die Sozialarbeiterin der Beratungsstelle schildert die Krisen, die bei Auftreten der Krankheit das gesamte Familiensystem erschüttern können. Oft wird auch der Wunsch nach Geheimhaltung belastend wahrgenommen (vgl. T17:242-243). Angehörige reagieren ähnlich wie bei einem einschneidenden Verlust. Unglaube und Verleugnung können dann erste Reaktionen sein (vgl. Buijssen 2008:224).

Im Bewusstwerden der Krankheit kommt ein weiterer Punkt auf die Liste der Erschwernisse hinzu. Bei EhepartnerInnen ist es die Enttäuschung, dass das weitere Leben nicht wie geplant verläuft. Interviewpartnerin I7 erwähnt den Satz: „*Maah, so haben wir uns die Pension nicht vorgestellt.*“, den sie als Sozialarbeiterin immer wieder in der Beratung zu hören bekommt (T17:234). Sowohl I22 als auch I19 berichten von ihrer großen Sorge, über die Gestaltung der weiteren Zukunft. Solche Ängste schließen aber auch die eigene Endlichkeit und die Furcht, im Alter ebenfalls daran zu erkranken, mit ein (vgl. T119:94 u. 610, T122:336). I19 beschreibt im Interview die intensive emotionale Belastung, die sie erfährt, weil der erkrankte Schwiegervater in der Anfangszeit selbst so unglücklich über sein Vergessen und vermeintliches Versagen war. An ihr Mitleiden und die eigene Hilflosigkeit, wenn der Schwiegervater weinend sagte: „*Ihr habt ja keine Ahnung, mein Hirn, mein Hirn. Ah auf mich könnt´s nimmer baun.*“ erinnert sie sich noch jetzt Jahre später (vgl. T119:122-124). Doch auch wenn dieser belastende Zustand für den/die Betroffene/n mit Fortschreiten der Demenzerkrankung meist leichter wird, trauern die Angehörigen um das geistige Entschwinden des geliebten Menschen (vgl. T119:595). Die ständige Konfrontation mit der Krankheit, mit dem Abbau und Verlust, der Hoffnungslosigkeit und die Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod stellt einen hohen Belastungsfaktor dar (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:30).

In den Interviews kommt auch die Belastung zu Tage, die einhergeht, den Erkrankten in seiner Selbstbestimmung einzuschränken, um ihn und andere vor Gefahren zu schützen. Als Beispiel dient die Unterbindung des Autofahrens, welche vom Erkrankten als massiven Eingriff in seine Rechte gesehen wird. Hier ein Machtwort zu sprechen, aber auch in anderen Belangen Entscheidungen treffen zu müssen, d. h. die Verantwortung für einen Menschen zu übernehmen, empfinden die Interviewpartnerinnen als bedrückend (vgl. T119:136-138). Es zeigt sich auch, dass die Hauptlast der alleinigen Verantwortung einen hohen Belastungsfaktor darstellt. Fehlender Rückhalt und Unterstützung innerhalb der Familie kommen erschwerend dazu.

Während I19 es als Geschenk des Himmels sieht, dass beim Schwiegervater im engen Familienkreis eine Neurologin für die medizinische Betreuung greifbar war, beschreibt sie beim eigenen Vater die Mühsal, die durch oftmalige Wege zu ÄrztInnen entstand (vgl. TI19:69-74). Mit dem Ausprobieren von verschiedenen Medikamenten und dem Fortschreiten der Krankheit kann es zu Wesensveränderungen und schwierigem Verhalten kommen, welche ebenfalls für die Angehörigen eine große Strapaze bedeuten (vgl. TI19:83-85, 109, 120, TI7:197). Die Sozialarbeiterin einer Beratungsstelle (I7) erzählt von der Überforderung der Angehörigen, wenn der/die Kranke im Alltag problematische Verhaltensweisen zeigt. Solche können sein, dass in Folge des Kurzzeitgedächtnisverlustes 100 Mal am Tag das Gleiche gesagt oder gefragt wird oder extreme Rückzugstendenzen vorliegen. Angehörige möchten zwar dann gerne helfen, doch kann es sein, dass Hilfe abgelehnt wird (vgl. TI7:146-147).

I19 schildert die psychische Belastung durch den Druck, den sie sich selbst auferlegte, es allen recht machen und dem Drang durchhalten zu wollen. Eine Heimunterbringung sei durch die Befürchtung von Vorwürfen der weiteren Familienmitglieder und dem eigenen schlechten Gewissen nicht in Frage gekommen. Außerdem war ihr bekannt, dass ein Ortswechsel meist eine gravierende Verschlechterung zu Folge hat und diese Schuld konnte und wollte sie sich nicht aufladen (vgl. TI19:360, 273-276).

Eine 24-Stunden-Hilfe scheint die Lösung gegen die Überbelastungen. Doch sowohl I19 als auch I22 sehen durch das Eindringen einer fremden Person in die Privatsphäre eine Belastungsprobe, die ebenfalls sehr anstrengend sein kann (vgl. TI19:322, TI22:267).

6.1.2 Körperliche Belastungsfaktoren

Neben den hohen psychischen Belastungen, die vermutlich die größte Rolle spielen, können sich aber auch körperliche Beschwerden zeigen. I19 schildert die hohe Beanspruchung durch die „Tag und Nacht“- Umkehr des Schwiegervaters deren Auswirkung bei ihr ebenfalls eine Schlafstörung war (vgl. TI19:281-283). Ein weiterer Punkt war das ständige „Ausbüxen“ auf Grund des Wunsches, „Heimgehen“ zu wollen und das damit verbundene oftmalige Suchen: *„[...] was ich den Menschen gesucht hab. Im Haus überall. In der Gegend. Ah dann simma alles abgefahren [...]“* (TI19:200-201). Geiger erklärt sich den Wunsch des Heimgehens so: Ein an Demenz erkrankter Mensch hat den ihn quälenden Eindruck, nicht zu Hause zu sein. Auf Grund seiner inneren Zerrüttung hat diese Person das Gefühl der Geborgenheit verloren und sehnt sich nach einem Platz, wo sie diese Geborgenheit wieder erfährt (vgl. Geiger 2011:13).

Die Psychologin I10 weiß aus miterlebten Beratungsgesprächen, dass Angehörige durch die jahrelange geleistete Pflege zusätzlich einer hohen körperlichen Belastung ausgesetzt sind, sodass sie selbst krank werden (vgl. TI10:234:237). Auch I8 erzählt im Interview, dass sie durch die Anstrengungen in der Pflege Hüftbeschwerden bekam (vgl. TI8:124).

I19 erlebte z. B. auch eine starke Belastung in der Betreuung durch die Verschmutzung der Wohnung auf Grund der Ausscheidungen des Schwiegervaters, der bis zuletzt vor seinem Tod noch mobil war. Zum einen musste der Schwiegervater immer wieder geduscht werden, zum

anderen bedeutete das ständige Putzen und Sauberhalten der Wohnung eine enorme körperliche Belastung. In diesem Zusammenhang entstand innerfamiliär noch mehr Druck, da auch das kleine Enkelkind im Haus lebte (vgl. TI19:230-234). Das „Spielen“ mit Exkrementen ist ebenfalls eine Verhaltensweise, die mit fortschreitender Erkrankung auftreten kann (vgl. Werner 2014:42).

All diese herausfordernden Verhaltensweisen verlangen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Die Daueranspannung, 24 Stunden täglich für einen Menschen verantwortlich zu sein gehörte für I19 zur Hauptbelastung und ließ sie an ihre Grenze kommen (vgl. TI19:180-182).

6.1.3 Finanzielle Belastungsfaktoren

Nicht unerwähnt soll die finanzielle Belastung sein. Bei I19 fiel mit der weiteren Pflege ihr Verdienst weg, da sie ihren Job kündigte, um beim Schwiegervater zu sein. In weiterer Folge tätigte die Familie große Summen an Geld, um zumindest stundenweise Entlastung durch Heimhelferinnen zu haben: *„Wir haben auch sehr viel gezahlt dem Hilfswerk für diese stundenweise Betreuung.“* (TI19:343). Dies trifft auch auf I22 zu, die mit der Bezahlung einer 24-Stunden-Hilfe weit über ihre finanzielle Belastbarkeit geht: *„[...] des gonze Erspoarte is aufgebraucht.“* (TI22:84). Bürokratische Hürden bei der PflegegeldEinstufung oder der Genehmigung von geeigneten Windeln für den Schwiegervater werden ebenfalls als große Belastung gesehen (vgl. TI19:582-591, TI19:239-246).

Die erhobenen Ergebnisse bezüglich Belastungsfaktoren decken sich mit dem aktuellen Forschungsbericht „Demenz und Familie“ vom Jahr 2019 und ergaben keine neuen Erkenntnisse (vgl. Buchebner-Ferstl / Geserick 2019).

Angehörige, die sich um einen an Demenz erkrankten Menschen kümmern, sind demnach zahlreichen körperlichen, ökonomischen, psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt. Gemäß der Fachliteratur sind die Veränderung des eigenen Lebensplans, die Restriktion der Selbstbestimmung, die ständige Anwesenheitspflicht, die alleinige Zuständigkeit, die soziale Isolation und die fehlende Anerkennung der Umwelt die Hauptbelastungsfaktoren (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:31).

Der Zustand einer Belastung und der Prozess ihrer Bewältigung wird als Stress bezeichnet. Es wird zwischen „Distress“ (negativer Stress) und „Eustress“ (positiver Stress) unterschieden. Während Eustress positive Gefühle hervorruft und motiviert, steht Distress mit psychischen Belastungen im Zusammenhang und erzeugt negative Gefühle. Halten diese über einen längeren Zeitraum an, führt dies früher oder später zu einer Erkrankung. Angehörige, die nachweislich unter hohen psychischen Belastungen stehen, sind daher besonders gefährdet selbst zu erkranken. Um dem entgegen zu wirken, ist es wichtig, dass sie die eigenen körperlichen und psychischen Warnsignale wahrnehmen und ihren Gemütszustand und ihre Bedürfnisse reflektieren, indem sie sich fragen: „Wie geht es mir dabei?“ „Was tut mir gut?“ „Wobei empfinde ich negative Gefühle?“ Abgesehen davon, dass dies wichtig ist, um die eigene Gesundheit zu erhalten, spüren Menschen mit Demenz negative Stimmungen und können mit Rückzug oder schwierigem Verhalten reagieren (vgl. Werner 2014:192).

6.2 Bedürfnisse und Wünsche von Angehörigen

Aufbauend auf den erhobenen Belastungsfaktoren der Angehörigen, widmet sich das nächste Kapitel den Ergebnissen bezüglich Bedürfnissen und Wünschen bei der Betreuung von demenzerkrankten Personen.

6.2.1 Psychische Ebene

Wissen ist Macht. In den Interviews zeigt sich das Bedürfnis nach Wissen und zwar gleich zu Beginn der Krankheit (vgl. T119:55, T114:480, T122:245). Eine Früherkennung der Diagnose Demenz schafft zu allererst Klarheit. Sie gibt den vielleicht schon sehr belastenden Verhaltensweisen der Kranken einen Namen und macht es leichter sie zu verstehen und zuzulassen. Damit einher geht ein starkes Bedürfnis nach Informationen über die Krankheit. Kenntnisse über den möglichen Verlauf der Krankheit und deren Symptome erleichtern das Verständnis und die Akzeptanz der Situation. Im Vordergrund steht dabei das Wissen und Bedürfnis nach konkreten Tipps und Ratschlägen, wie die Angehörigen mit den Kranken umgehen sollen (vgl. T17:144, 180, T18:187, T114:547, T15:359, T119:97). In diesem Zusammenhang fällt in den Interviews auch der Begriff Validation. Angehörige beschreiben wie hilfreich die Wissensvermittlung über diese Grundhaltung war und große Entlastung im psychisch angespannten Umgang mit den Kranken brachte (vgl. T114:618-621, T119:449). Die Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle schildert auch die Suche der Angehörigen nach Unterstützung bei der Alltagsgestaltung. Das Bedürfnis und der Wunsch, die an Demenz erkrankte Person bestmöglich versorgen zu wollen, steht aber oft auch im Widerspruch zum Antrieb des/der Kranken. Angehörige haben bereits Informationen, dass z. B. Bewegung oder gesundes Essen wichtig wären, um vielleicht den Verlauf der Krankheit zu verlangsamen, aber auf der anderen Seite haben manche Betroffenen starke Rückzugstendenzen oder Depressionen. Genaues Wissen um das Krankheitsbild scheint Erleichterung bei Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Verzweiflung und Wut zu bringen (vgl. T17:195-196).

„Als meine Mutter starb, wusste ich endlich alles, was ich zu Beginn der Krankheit hätte wissen sollen.“ (Jenke 2014:21). Diese Aussage verdeutlicht noch einmal sehr eindringlich, wie ernst das Bedürfnis nach Aufklärung und Beratung der Angehörigen gleich zu Beginn der Krankheit genommen werden sollte.

Das Bedürfnis nach Aussprache steht generell stark im Vordergrund. Die Diagnose Demenz löst meist eine Krise im Familienverband aus. Angehörige bedauern den Umstand, dass sie sich erst mühsam einzelne Informationen zusammentragen mussten (vgl. T119:305, 425, T122:245). Mit der Diagnose Demenz durchlaufen Angehörige wie Betroffene eine schwierige Phase. I22, Tochter einer demenzerkrankten Mutter, gibt zu, mehr als ein Jahr für die Phase des Akzeptierens der Krankheit gebraucht zu haben (vgl. T122:343).

Der Beginn von Demenz bringt schmerzhaft Gefühle hervor. Der geliebte Mensch verändert sich und ist nicht mehr so, wie man ihn/sie gekannt hat. Diese Veränderungen erzeugen Empfindungen von Verlust und die Familie steht vor der großen Herausforderung, sich den

wandelnden Bedürfnissen des/der Kranken ständig anzupassen. Alle Pflegenden müssen ihre Beziehung zu dem/der Kranken neu festlegen und sich von nicht mehr realisierbaren Erwartungen lösen. Besonders EhepartnerInnen leiden oft vermehrt unter diesen einengenden veränderten Bedingungen. Daraus entsteht ein großes Bedürfnis, sich über belastende Gefühle, Enttäuschungen und Probleme in der Betreuung auszusprechen (vgl. Trilling et. al. 2001:35-36).

In ambulanten bzw. stationären Pflegediensten hat sich in den letzten Jahren vielfach die Erkenntnis durchgesetzt, dass Supervision ein unverzichtbares Instrument der Psychohygiene und Qualitätssicherung ist. Wünschenswert wäre demnach auch in der häuslichen Pflege eine verlässliche Anlaufstelle, wo Sorgen deponiert werden können und in Folge an Lösungen gearbeitet werden kann. Angehörige haben das Bedürfnis nach Aussprache. Sie wünschen sich eine vertraute Ansprechperson, mit der alle möglichen Optionen der Betreuung wertfrei durchgesprochen werden können. Nicht immer ist hier die Familie der geeignete Bezug: *„Ich hätte mir daheim gar ned sagen getraut.“* (T119:270). Wichtige Themen scheinen weiters der Umgang mit den eigenen Gefühlen wie Trauer und Schuld, aber auch der Angst vor der Zukunft mit dem/der Kranken bzw. die Furcht vor einer eigenen Erkrankung zu sein. Sie möchten gehört und verstanden werden und es fällt im Interview sogar der Wunsch nach einem Coaching (vgl. T119:351-353). Während sich I22 Unterstützung durch Gespräche im Freundeskreis holen kann, erzählt I19 von einem sehr positiv erlebten Austausch in einer Angehörigengruppe von demenzerkrankten Personen (vgl. T122:343-345, T119:450-453). Ihrem Bedürfnis nach einer regelmäßigen Teilnahme an dieser Gruppe konnte sie allerdings nicht nachgehen, da diese Gruppe weit außerhalb ihrer Wohnregion lag *„[...] bei uns hat's nirgendst was geben“* (T119:463). Die Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle erzählt jedoch auch von dem Bedürfnis nach Anonymität der Angehörigen, die dann auch bereit sind, längere Weg auf sich zu nehmen, um dem gerecht zu werden (vgl. T17:664). Das deckt sich auch mit der Wahrnehmung von einer Demenzberaterin in NÖ, dass manche Leute lieber in etwas weiter entfernte Gemeinden zum Vortrag fahren, damit man sie dort nicht erkennt (vgl. T128:50). Angehörige scheinen eine Stigmatisierung durch die Erkrankung des Familienmitgliedes zu fühlen oder zu erfahren. Während die eine Gruppe von Angehörigen sich über einen Hausbesuch von beratenden Personen freut, kommt es vor, dass dies auch abgelehnt wird (vgl. T17:611). Es scheint so, als würde hier das Bedürfnis nach Privatsphäre und nicht die Bequemlichkeit im Vordergrund stehen. Mit dem Angebot von Hausbesuchen und Beratungsstellen kann das Bedürfnis nach Individualität und der eigenen Lebensgestaltung respektiert werden.

Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz nimmt die psychische Beanspruchung der Angehörigen, die durch die ständige Anwesenheits- bzw. Aufsichtspflicht entsteht, immer mehr zu. Jetzt steht das Bedürfnis nach Entlastung, Ruhe und Abschalten können im Vordergrund. Wie können Auszeiten geschaffen werden? Wie kann mit den eigenen Bedürfnissen nach Normalität, Ablenkung, Freude, Freiheit und Selbstbestimmung umgegangen werden und die eigene Lebensplanung verwirklicht werden? Stehen diese Bedürfnisse in Diskrepanz mit dem Wunsch nach bestmöglicher Versorgung der Demenzkranken? (vgl. T17:158-165, T119:285-290, T113:154). Obwohl die Aussprache mit damit verbundenen Ratschlägen sicherlich der erste Schritt ist, gilt es hier konkrete Maßnahmen in Richtung Entlastung zu setzen. Während

dies für die Angehörige I14 mit ihrem Lebensmotto: „*Nur wer sich selbst pflegt, kann andere pflegen.*“ (T114:542), ganz klar ist, hat I19 den hohen Anspruch an sich selbst, die Pflege ihres Schwiegervaters alleine bewältigen zu müssen: „*Ja, aber ich will es schaffen, ich will es allen recht machen.*“ (T119:360). Das bestätigt auch die Sozialarbeiterin eines Rehabilitationszentrums, dass viele und hier vor allem ältere Personen glauben, sie müssten alles alleine schaffen (vgl. T116:108).

Angehörige werden als Risikogruppe für Erkrankungen betrachtet, da sowohl erste körperliche Beanspruchungsreaktionen (häufige Infektionskrankheiten, Erschöpfung, Gliederschmerzen, Herz- od. Magenbeschwerden...) als auch psychische Reaktionen (Schlafstörungen, unglücklich Sein, depressive Symptome...) meist ignoriert werden. Die körperlichen Warnreaktionen werden von Angehörigen bagatellisiert oder nicht wahrgenommen (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:129-130). Wie passt das Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung aber mit diesem Fakt zusammen, dass Angehörige nicht oder zu spät Beratungs- und Entlastungsangebote beanspruchen? (vgl. T128:36). Dieser Einwand wird unter Punkt 6.3.6 genauer betrachtet.

6.2.2 Körperliche Ebene

Das Bedürfnis nach Entlastung und Erholung auf der psychischen Ebene trifft natürlich auch auf der körperlichen Ebene zu (vgl. T17:314, T122:427). Da psychische Entlastung auch immer einhergeht mit einer konkreten Entlastungsmöglichkeit, sind diese Ebenen nicht ganz klar voneinander abgrenzbar. Eine Psychologin und eine Ergotherapeutin beschreiben im Interview Folgendes: Die Krankheit Demenz geht meist über viele Jahre und Angehörige leisten oft in der Betreuung Außergewöhnliches. Erschöpfungszustände, Schlafstörungen oder andere körperliche Reaktionen sind erste Warnsignale und verdienen wahr- und ernstgenommen zu werden, um in weiterer Folge Krankheiten zu verhindern (vgl. T110:235-237, T113:140). Während sich I14 (Angehörige von demenzerkrankter Schwiegermutter) bald erste konkrete Hilfe wie Essen auf Rädern oder eine Unterstützung beim Putzen organisiert, (vgl. T114:51, 144) hat I19 (Angehörige von Schwiegervater) den Anspruch, es alleine zu schaffen. Ein körperlicher Zusammenbruch mit Burn-out Symptomen sind die Folge (vgl. T119:500).

Angehörige, die mit dementen Menschen zusammenleben, brauchen Anleitung und Unterstützung, damit sie lernen, gut für sich selbst zu sorgen. Die Fähigkeiten Nein sagen und sich persönlich abgrenzen zu können, ermöglicht es dem betreuenden Angehörigen seine eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Regelmäßige Ruhepausen, um Kraft zu schöpfen, schützen vor dem Burn-out. Außerdem ist nur bei gegebener Selbstfürsorge auch gut für das Gegenüber gesorgt (vgl. Schröder 2014:31).

Bevor es aber zum schlimmsten Fall eines Zusammenbruchs kommt, gibt es bereits im Vorfeld Bedürfnisse nach Erleichterungen im Alltag. Angehörige sehen eine enorme Entlastung im Hausbesuch des Arztes, da der/die Kranke nicht immer das Verständnis für die Fahrt zeigt oder auch nicht mehr so mobil ist (vgl. T18:158, T119:63, T122:439). I8 schildert den hohen körperlichen Belastungsfaktor, der für sie in der täglichen Betreuung ihres kranken Mannes

entstand. Allein das Anziehen seiner Schuhe bedeutete für sie einen enormen Kraftaufwand, sowie das oftmalige Aufhelfen nach einem seiner Stürze. Sie erzählt, dass sie große Hüftbeschwerden bekam: *„Weu des ewige Bucka, do hot ma d’Hüftn scho sovü weh taun.“* (TI8:124). Obwohl sie vorerst mit der Frage nach ihren eigenen Bedürfnissen überfordert zu sein scheint, fällt in diesem Zusammenhang der vorsichtige Wunsch nach ein wenig mehr Freizeit (vgl. TI8:227). Besonders fällt bei I8 auf, dass sie ansonsten ihre eigenen Bedürfnisse hintenanstellte und die Krankheit ihres Mannes einfach als Schicksal hinnahm. Auf die Frage, was ihr die Betreuung erleichtert hätte, gibt sie zur Antwort: *„I wißat ned wos. De Kraunkheit is so, do kaunst eh nix mocha.“* (TI8:219). Möglicherweise können Bedürfnisse und Wünsche auch nur geäußert werden, wenn Ideen existieren, welche Möglichkeiten zur Entlastung überhaupt bestehen. Eine wesentliche Aufgabe in der Begleitung und Beratung von Angehörigen scheint das Aufzeigen von verschiedensten Optionen um Überforderungen vorzubeugen.

Im Interview mit I19 ist das Bedürfnis nach körperlicher Sicherheit ein Thema. Der Schwiegervater zeigte fallweise Aggressivität und sie erinnert sich an gefährliche Situationen, beispielsweise mit einem Messer (vgl. TI19:120, 162). Aber nicht nur ihre eigene Sicherheit ist ihr wichtig, sondern auch die des Schwiegervaters bzw. der näheren Umgebung, da durch das Autofahren des Kranken ebenfalls gefährliche Situationen entstanden (vgl. TI19:134). Sie beschreibt in diesem Zusammenhang, wie schwer sie sich getan hat, dem Schwiegervater das Autofahren zu verbieten (vgl. TI19:148-149). Hier spielt vermutlich die Diskrepanz vom Wunsch der Angehörigen, die Selbstbestimmung des/der Kranken nicht zu beschneiden, und der Gefahr, die das letztlich darstellt, eine große Rolle.

Das ethische Gebot, die Würde zu achten und den Menschen in Freiheit entscheiden zu lassen, stellt Pflegende vor eine große Herausforderung. Dies bedeutet aber nicht nur die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz zu wahren und zu fördern, sondern auch die Verwirklichung ihrer Rechte auf Schutz und Sorge (vgl. Ethikrat o.A.:53-54).

6.2.3 Finanzielle und rechtliche Ebene

Auch bei diesem Punkt spielt vor allem das Bedürfnis um das nötige Wissen der finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten und rechtlichen Ansprüchen eine große Rolle. Pflegegeldanträge, Rezept-, E-card- und GIS-Gebührenbefreiung, sowie sonstige finanzielle Zuschüsse der Landesregierung oder aus dem Demenzfond der Volkshilfe sind Beispiele, die in den Interviews genannt wurden (vgl. TI7:311, TI8:253, TI16:21). Eine Psychologin sieht in der Überforderung mit der Pflege den Grund, warum Angehörige zu wenig Wissen über mögliche finanzielle Unterstützungen haben. Dies zeigt ihre Aussage: *[...] Aungehörige pflegen, des is sowieso schon so vü, dass ma daun überhaupt ned draun denkt, dass ma ...jo goa ned auf die Idee kummt, dass ma in dem Bereich a nu Unterstützung kriagat.“* (TI10:113-115). Während sich I19 vieles selber gesucht hat (vgl. TI19:306), sind vor allem ältere EhepartnerInnen damit überfordert. Ein Grund ist möglicherweise der, dass für die finanzielle Regelung bis jetzt ein Leben lang der/die Demenzkranke zuständig war (vgl. TI8:107, TI14:630). Möglicherweise spielen aber auch mangelnde Internetkenntnisse bei der Wissensaneignung bei älteren Menschen eine Rolle. Die Ergebnisse legen zudem den

Schluss nahe, dass für die Betroffenen Informationen alleine nicht ausreichen. Es lässt sich erkennen, dass vor allem das Bedürfnis nach praktischer Unterstützung in diesen Belangen im Vordergrund steht: „[...] *dass einem wer an die Hand nimmt und ein Stück mit geht*“ (vgl. TI19:650).

Im Netzwerk von Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangeboten fällt es schwer sich zurecht zu finden, daher ist die Begleitung von Angehörigen extrem wichtig (vgl. Jenke 2014:20).

Das frühzeitige Ansuchen um Pflegegeld oder das rechtzeitige Kümern um die Kontomitgliedschaft bringen Entlastung in der Pflege und bedeuten zudem ein Absichern der eigenen Existenz. Pflegende Angehörige brauchen Informationen, wie sich z. B. eine Jobaufgabe auf Versicherung und das eigene finanzielle Überleben auswirkt (vgl. TI13:58). Ebenso sind wirtschaftliche Konsequenzen aus einer möglichen Heimunterbringung der Kranken für die Angehörigen oder aus der Installierung einer 24-Stunden-Hilfe nicht unerheblich. Eine Angehörige, die sich in dieser Richtung Wissensvermittlung von einem Vortrag der Volkshilfe erhofft hatte, war danach ziemlich enttäuscht (vgl. TI14:464). Es scheint, dass ein Vortrag eine individuelle persönliche Beratung nicht ersetzen kann.

Mit Fortschreiten der Krankheit ist für die Entlastung des pflegenden Angehörigen eine zumindest stundenweise Fremdbetreuung notwendig. Die zur Verfügung stehenden Geldmittel entscheiden darüber, ob Unterstützungsangebote wahrgenommen werden können oder nicht. Eine 24-Stunden-Betreuung kann nicht von allen geleistet werden. Eine Übersiedlung ins Pflegeheim kann zudem gravierende Auswirkungen auf die Einkommenssituation des Partners oder der Partnerin haben, da das Einkommen des/der Kranken danach zur Gänze wegfällt (vgl. Buchebner-Ferstl / Geserick 2019:132).

Angehörige sind aber auch mit bürokratischen Hürden konfrontiert. So beschreibt I19, dass die Genehmigung der geeigneten Windeln für ihren Schwiegervater einem Hürdenlauf gleichkam (vgl. TI19:239-244). Ein weiterer Punkt sind die zahlreichen Anbieter von 24-Stunden-Hilfen, die nicht überschaubar sind. Negative Erfahrungen fördern den Wunsch nach verlässlichen Agenturen mit geschulten MitarbeiterInnen. Die Wahl auf eine der teuersten Agenturen ist anscheinend keine Garantie für gute Pflegekräfte und kann auch nicht vor Enttäuschungen schützen (vgl. ebd.:491-497).

Obwohl in den Interviews von den Angehörigen nicht dezidiert erwähnt, erscheint das Wissen um rechtliche Belange (z. B. Vorsorgevollmacht, PatientInnenverfügung oder Erwachsenenvertretung...) für die Betreuung von demenzerkrankten Personen unumgänglich und wünschenswert.

Hohe bürokratische Anforderungen und mangelnde Unterstützung führen nicht selten zu einem Entgang von gesetzlichen Ansprüchen. Konkrete Ansprechpersonen, die Angehörige im Hinblick auf rechtliche Aspekte informieren und beim Ausfüllen von Formularen unterstützen, werden von Familienmitgliedern bzw. Betreuenden gewünscht (vgl. Buchebner-Ferstl / Geserick 2019:132).

6.2.4 Wünsche an Umfeld und Gesellschaft

Die Diagnose Demenz löst nicht selten eine Krise im Familiensystem aus. Die häusliche Pflege durch Angehörige bringt tiefgreifende Veränderungen in allen Lebensbereichen mit sich. Das Familienleben unterliegt je nach Stadium der Krankheit einer steten Wandlung und kann nicht mehr denselben Regeln und Mustern folgen wie bisher. In diesem Zusammenhang haben Angehörige den großen Wunsch nach innerfamiliärem Zusammenhalt. Die hauptbetreuenden Angehörigen der dementiell erkrankten Personen möchten, dass ihre Leistungen gesehen und anerkannt werden (vgl. TI14:98, TI6:57). Speziell unter Geschwistern übernimmt sehr oft eines der Kinder den Löwenanteil der Betreuung. Diese bekommen dann aber meist von den Menschen des unmittelbaren Umfeldes viel zu wenig Wertschätzung oder (emotionale) Unterstützung (vgl. Buijssen 2008:230-231). Eine Verteilung von Verantwortung innerhalb der Familie würde einer Überlastung von einzelnen Personen vorbeugen.

Der Wunsch nach Verständnis und Unterstützung von Nachbarn wird in den Interviews ebenfalls genannt (vgl. TI8:146, TI19:198). Angehörige spüren einen enormen gesellschaftlichen Druck. Die an Demenz erkrankte Person verhält sich vielleicht auffällig und die Krankheit wird als Stigma empfunden (vgl. TI30:39-40). I19 sieht es als große Belastung, dass die Krankheit ihres Vaters innerhalb der Familie nicht angesprochen werden durfte (vgl. TI19:659). Dieses Anliegen nach Geheimhaltung und Diskretion entspringt vermutlich ebenfalls dem vermeintlichen sozialen Druck des Umfeldes.

Kranke fühlen sich in Gesprächen mit Freunden und Nachbarn schnell bloßgestellt und überfordert und ziehen sich deswegen oft zurück. BesucherInnen empfinden ihrerseits die Anwesenheit des/der Kranken als belastend und wissen nicht, wie sie darauf reagieren sollen. Die Folge kann ein Ausbleiben der Gesellschaft sein. Dies führt aber nicht nur zur Vereinsamung der Demenzkranken (vgl. Trilling et. al. 2001:31). Auch Pflegende nehmen eine Distanzierung des Umfeldes von Menschen mit Demenz wahr. In weiterer Folge erleben sie die Einschränkung ihrer sozialen Kontakte und des sozialen Netzwerkes und geraten nicht selten in eine gesellschaftliche Isolation (vgl. Lützenkirchen et. al. 2014:129).

I22 wünscht jedem so eine gute Freundin, welche sie hat: „[...] ohne die G. hätt i scho vü Sochn net gschofft, muass i sogn.“ (TI22:46). Sie trifft sich regelmäßig mit ihr und einigen anderen guten Freundinnen zum Tratschen. Es ist davon auszugehen, dass besonders in belastenden Situationen eine Vertrauensperson enorm wichtig ist, um sich aussprechen zu können. SozialarbeiterInnen könnten in der Beratung die Rolle der Vertrauensperson übernehmen und zudem noch mit fachlichem Wissen passgenaue Informationen liefern. „Gemeinsame Gespräche mit unterschiedlichsten, besonders auch professionellen Gesprächspartnern [sic!] sind wichtig, um das veränderte Leben anzunehmen.“ (Schröder 2014:33). Ziel ist das Verteilen von belastenden Gefühlen und Sorgen, um der Überbelastung entgegenzuwirken (vgl. ebd.:33-34).

Angehörigen, aber natürlich auch Betroffenen ist eine Anlaufstelle mit niedriger Hemmschwelle für die Früherkennung der Krankheit Demenz ein Anliegen. Erfahrungen mit Ärzten haben gezeigt, dass durch mangelnde zeitliche Ressourcen keine ganzheitliche Sicht und dadurch

auch keine aussagekräftige Testung möglich ist (vgl. T17: 776). Generell taucht der Wunsch nach einer Beratungsstelle oder auch nach einer beratenden Person, die nach Hause kommt, in jedem Interview auf. Verschiedenste Vorstellungen davon werden artikuliert. I8 wäre froh gewesen, wenn Beratung in diversen finanziellen Dingen in Kooperation mit dem Mobilen Dienst des Hilfswerks gemacht worden wäre (vgl. T18:260). Möglicherweise liegt das aber auch daran, dass sich die bereits ältere Frau keine andere Beratungseinrichtung vorstellen konnte. Eine weitere Idee sind SozialarbeiterInnen direkt vernetzt beim Hausarzt, um sofort die nötigen Anträge machen zu können (vgl. T114:282). I19 hat sich sämtliche Informationen selber mühsam durch Internet- und Telefonrecherche gesucht und erarbeitet (vgl. T119:663). Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine große Entlastung durch Bereitstellen von Auskünften gegeben gewesen wäre. I22 (ebenfalls Angehörige) ist vor allem wichtig, dass es überhaupt Beratungsstellen gibt und zwar müsste der Zugang für Personen wie sie fremdinitiiert werden, wie das nachfolgende Zitat beweist: *„I war net auf die Idee kumman, dass i mi erkundigt, wo kunnt i higehn wegn der Demenz [...]“* (T122:27-28).

I19 hadert auch noch mit ihrem Umfeld. Sie wünscht sich mehr Verständnis von Leuten in ihrer Umgebung und im Bekanntenkreis, die im Gespräch immer mit der vermeintlichen schnellen Lösung, nämlich der 24-Stunden-Pflege, bei der Hand waren. Schwierigkeiten durch zu beengte Raumverhältnisse und nicht abgetrennten Wohneinheiten wollte sie ernstgenommen wissen und eine Sensibilität des Umfeldes für die Hemmschwelle, so nahe mit jemandem Fremden auf engstem Raum zusammenzuleben müssen, wäre ihr ein großes Anliegen: *„[...] das sagt sich dann so leicht, na holts euch halt eine 24-Stunden-Hilfe.“* (T119:342-342). Im Nachhinein betrachtet hätte sie sich von ihrer näheren Umgebung viel früher ein Machtwort für einen verordneten „Notstop“ gewünscht und zwar vor ihrem völligen Zusammenbruch (vgl. ebd.:500-502). Viel geholfen hätte ihr aber auch schon ein regelmäßiger Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen. Ihr Wunsch wären regional angebotene Angehörigengruppen, die eine Teilnahme daran ermöglichen (vgl. T119:461-463). Den unzureichenden Ausbau mit Unterstützungsmöglichkeiten am Land kritisiert auch eine Ergotherapeutin und wünscht sich hier dringendst Verbesserung (vgl. T113: 91).

Eine große Erleichterung und Entlastung für Angehörige würden regional erreichbare Tageszentren speziell für dementiell erkrankte Personen bringen. Während dies in Wien bereits möglich ist, bleibt es für die Leiterin der Demenzberatung der Volkshilfe NÖ vorerst ihr Lebenstraum (vgl. T121:33, T128:190). Einer weiteren interviewten Demenzberaterin wäre es ein Anliegen, dass ein multiprofessionelles interdisziplinäres Team, bestehend aus PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und Krankenpflegepersonen, zusammenarbeiten würden, um umfassende Begleitung und Beratung bieten zu können (vgl. T15:520-521).

SozialarbeiterInnen wünschen sich, dass Demenzkranke nicht auf ihre Krankheit reduziert werden, sondern dass die Person als Ganzes wahrgenommen wird. Wichtig ist, ihnen den gebührenden Respekt zu zollen und durch Aufklärungsarbeit das öffentliche Verständnis zu fördern (vgl. T12:353, 383). I19 sieht in diesem Zusammenhang Filme wie „Honig im Kopf“ sehr kritisch. Diese würden die Problematik der Demenz nur verniedlichen und nicht zur Aufklärung beitragen. Sie wünscht sich ungeschönte Informationen, die einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden sollten (vgl. T119:596). Die Sozialarbeiterin einer

Demenzservicestelle in OÖ bedauert jedoch auch, dass die Öffentlichkeitsarbeit schon ein bisschen in Richtung „Panikmache“ ausarte und wünscht sich in diesem Zusammenhang eine Abkehr davon und einen guten Mittelweg (vgl. TI7:846). Das erstrebenswerte Ziel wäre, Ältere (und Kranke) nicht als Belastung zu sehen, sondern einen positiven Ansatz zu bekommen. Entsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen müssen vom Staat gefördert werden, um auch abseits der Leistungsgesellschaft ein würdevolles Leben zu ermöglichen (vgl. TI10:239-250). Es ist davon auszugehen, dass der Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung von Angehörigenpflege auch durch finanzielle Absicherung bzw. Erwerb von Versicherungszeiten gekennzeichnet sein sollte. Weitere Ausführungen dazu würden den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen.

6.3 Potenziale der Sozialen Arbeit

Die Erhebungen zum Thema „Mehrwert der Sozialen Arbeit“ aus der Sicht der SozialarbeiterInnen selbst zeigen, wo die Potenziale der Sozialen Arbeit liegen und werden im folgenden Kapitel dargestellt.

6.3.1 Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen

Gespräche und Gesprächsführung spielen in der beruflichen Tätigkeit der Sozialen Arbeit eine wichtige und essentielle Rolle. SozialarbeiterInnen führen als wesentlichen und wichtigen Mehrwert der Sozialen Arbeit ihre Gesprächsführungskompetenz an, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben (vgl. TI1:139, TI3:141). Die Psychologin einer Demenzservicestelle schildert, dass der Erstkontakt mit der ersten Aufklärungsarbeit meist telefonisch mit der/dem Sozialarbeiter/in stattfindet (vgl. TI11:258-259). Im nächsten Schritt ist ein guter Beziehungsstart und ein Vertrauensaufbau für den weiteren Verlauf wichtig (vgl. TI21:66-67). „*Gspür haum*“, „*Humor, Ausdauer, Geduld und Empathie*“ vorweisen können und „*Interesse zeigen*“ zählen zu wichtigen Eigenschaften in der Gesprächsführung, die in den Interviews definiert werden (vgl. TI21:71, TI29:255-257, TI4:7113).

Demenzkranke und ihre Angehörige wenden sich in schwierigen Situationen an Beratungsstellen. In sogenannten Entlastungsgesprächen geht es im ersten Schritt durch aufmerksames Zuhören um die Erhebung des derzeitigen Ist-Zustandes. In weiterer Folge wird Wissen bezüglich der Krankheit Demenz vermittelt und Pläne in der weiteren Vorgehensweise entwickelt (vgl. TI15:203-226). Der Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle ist es besonders wichtig, auf die Grundhaltung der Ressourcenorientierung hinzuweisen. Sie weiß aus Erfahrung, dass Menschen, die aus der Pflege kommen, eher defizitorientiert eingestellt sind. Sie betont, dass eine Abgrenzung von der rein pflegerischen - und damit für sie einseitigen Sicht - und ein positiver Ansatz das Wesen der Sozialen Arbeit ausmachen (vgl. TI7:411-415).

Es ist davon auszugehen, dass der Erstkontakt maßgeblich für die weitere Inanspruchnahme der Beratungsleistung ist. Vermutlich spielt es eine Rolle, dass in den Demenzservicestellen

in ÖÖ diese Aufgabe alleine den SozialarbeiterInnen vorbehalten ist. Sie haben das Wissen und die Fähigkeit durch eine konstruktive Beziehungsgestaltung mit Vertrauensaufbau, den weiteren Beratungsverlauf positiv zu gestalten, im Studium erworben. Ebenso eignen sich SozialarbeiterInnen verschiedenste Methoden (z.B. gewaltfreie Kommunikation, Lösungsorientierung...) in der Gesprächsführung an. Sie erlernen zudem im Studium wichtige Werkzeuge der Sozialen Diagnostik (z.B. Netzwerkkarte, Mehrperspektivenraster...), welche ein Grundstein professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit ist und Handlungsoptionen, Stärken und Ressourcen sichtbar machen.

6.3.2 Systemischer / ganzheitlicher Ansatz

I7 sieht als großen Mehrwert der Sozialarbeit den systemischen Ansatz in der Angehörigenberatung. Sie ist der Meinung, dass SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer Ausbildung prädestiniert sind, Probleme aus ganzheitlicher Sicht unter Einbeziehung verschiedener Blickwinkel zu betrachten (vgl. TI7:225-230). In ihrer Arbeit berücksichtigt sie das ganze Umfeld mit allen Betroffenen (vgl. ebd.:359). Durch Initiierung von Familiengesprächen können alle Sichtweisen gehört werden. Das wichtigste Ziel ist, mit möglichen Lösungsansätzen daran zu arbeiten, dass es allen gut geht (vgl. ebd.:248).

Eine Demenzerkrankung betrifft (sofern vorhanden) meist das ganze Familiensystem. Die systemische Sozialarbeit orientiert sich an vorhandenen, vielleicht im Moment der Beratung noch nicht offensichtlichen Ressourcen und befasst sich erst in einem weiteren Schritt mit möglichen Defiziten. Aus systemischer Sicht ist ein Problem erst dann optimal gelöst, wenn alle Problembeteiligten mit der Lösung zufrieden sind. Der systemische Ansatz beruht auf der Wertschätzung und dem Respekt allen gegenüber. Durch kritische Reflexion werden Grenzen bzw. ihre Veränderbarkeit, sowie die Wirklichkeitskonstruktionen der einzelnen Systemangehörigen aufgedeckt (vgl. Hosemann / Geiling 2016:30-31).

SozialarbeiterInnen haben die Fähigkeit, den Überblick zu bewahren. In den Beratungen gilt es, viele unterschiedliche Aspekte aus den verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten und miteinzubeziehen. Die Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle ist überzeugt, dass das die Sozialarbeit ausmacht:

„[...] es san sovü unterschiedliche Dinge zu tun und zu denken [...]. Wir können des hoit, dass ma vü Dinge nebenbei, ned nur oan Soche toan, sondern nebenbei im Kopf laufen haum, wos is do dabei no wichtig zu beachten und [...] no dazua bedenken. I glaub, dass des Sozialarbeit is.“ (TI6:38-41).

Ihrer Meinung nach ist Soziale Arbeit *„[...] die Therapie des kleinen Mannes [...]"* (ebd.:22). Die für sie teilweise abgehobene Art von PsychologInnen empfindet sie als zu praxisfern, während Sozialarbeit einen bodenständigen Charakter aufweisen würde (vgl. ebd.:26-29).

Für die Sozialarbeiterin der Demenzstelle scheint es besonders wichtig zu sein, sich klar von der Arbeit der Psychologin abzugrenzen. Sie zeigt Unterschiede auf und weist selbstbewusst auf die eigenen Vorzüge in der Beratung hin. Pläne für weitere Vorgehensweisen auf ganzheitlicher Basis zu entwickeln, scheinen eindeutig in das Aufgabengebiet der SozialarbeiterInnen zu fallen.

6.3.3 Krisenintervention

Wie bereits mehrmals erwähnt, löst die Diagnose Demenz bei Angehörigen und Betroffenen nicht selten eine Krise aus. I7 schildert, dass Menschen durch unvorhergesehene Ereignisse oft überfordert sind und nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Ihre Arbeit ist es diese Leute aufzufangen und sie bei der Bewältigung der neuen Bedingungen zu unterstützen (vgl. TI7:68, 229-234). Dass Krisenintervention eine wichtige Aufgabe im Arbeitsalltag ist, bestätigt auch die Sozialarbeiterin eines geriatrischen Tageszentrums (vgl. TI21:110-114). I25 (Gesundheits- und Krankenpflegerin in einem Pflegeheim) wiederum bedauert, nicht von Sozialarbeit unterstützt zu werden. Sie vermisst eine unparteiische Anlaufstelle für alle Beteiligten, die bei Akutproblemen Krisenintervention macht und dadurch entlastend wirkt (vgl. TI25:134, 260-261).

Eine Krise verspüren Menschen, die ihr seelischen Gleichgewicht verlieren, wenn sie mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert werden, die sie im Augenblick nicht bewältigen können. Krisenintervention sind Maßnahmen, die bei der Bearbeitung aktueller Probleme und Schwierigkeiten unterstützen (vgl. Sonneck et. al. 2016:15). SozialarbeiterInnen haben in ihrer Ausbildung Kenntnisse in Krisenintervention erworben. Sie wissen um die verschiedensten Phasen der Krise und können im richtigen Augenblick adäquate Hilfe anbieten, damit es zur Bewältigung der Krise kommen kann (vgl. ebd.: 17).

In diesem Zusammenhang erscheint es noch einmal wichtig zu betonen, dass sich auch die Betroffenen einer Demenzerkrankung selbst in einer Krise befinden. Angehörige müssen deshalb auch über die Kunst des Krisenmanagements verfügen. SozialarbeiterInnen können darüber Wissen vermitteln und helfen durch Beratung und Anleitung, diese Fähigkeit zu trainieren.

6.3.4 Kenntnisse von Unterstützungsmaßnahmen und rechtlichen Regelungen

Einen nicht unwichtigen Teil in der Begleitung der Angehörigen und Betroffenen nimmt die Vermittlung von konkreten Unterstützungsmaßnahmen ein. SozialarbeiterInnen erwerben im Laufe des Studiums Kenntnisse bezüglich relevanter Gesetzeslagen und rechtlicher Bestimmungen. Dieses Wissen kann bei Anträgen von Pflegegeld, diverser Gebührenbefreiungsmöglichkeiten sowie finanziellen Zuschüssen in der Beratung weitergegeben werden (vgl. TI7:311). Eine Pflegekraft eines Heimes ist der Überzeugung, dass Angehörige und Betroffene durch das Fachwissen von SozialarbeiterInnen unbürokratisch und gezielt aufgeklärt werden und Probleme dadurch schneller gelöst werden können (vgl. TI25:193-194). Auch eine Demenzberaterin im Grundberuf Diplomkrankenschwester hätte manches mal gerne eine/n Sozialarbeiter/in an ihrer Seite, z. B. zur Vermittlung aktueller rechtlicher Regelungen bezüglich Vorsorgevollmacht, PatientInnenverfügung oder Grundsätze des Erwachsenenschutzgesetzes (vgl. TI28:66-73). Es ist davon auszugehen, dass Angehörige neben der herausfordernden Betreuung und Pflege der Demenzkranken wenig bis gar keine Zeit haben, sich lückenlos in allen rechtlichen Belangen zu informieren. Höchstwahrscheinlich fällt ein Zurechtfinden in dem Netzwerk an

Unterstützungsleistungen und gesetzlichen Richtlinien sehr schwer. Zwar gibt es bereits viel Literatur und einige Informationen können im Internet recherchiert werden, doch ein persönliches Gespräch kann vermutlich nicht dadurch ersetzt werden. SozialarbeiterInnen können mit ihrem im Studium erworbenen Fachwissen dazu beitragen, dass durch passgenaue Informationen zur richtigen Zeit personen- und sachbezogene Unterstützungsmaßnahmen die Demenzkranken und ihre Angehörigen erreichen und somit entlasten kann.

Nichts desto trotz sind auch in diesem Zusammenhang Gesprächsführungskompetenzen unumgänglich, wie das nachfolgende Zitat zeigt: *„Fachwissen, Analyse- und Problemlösefähigkeiten können gut beherrscht werden, durch laienhafte Gesprächsführung bleibt das fachliche und fallbezogene Können aber wirkungslos oder wird zunichtegemacht.“* (Widulle 2012:15).

6.3.5 Vernetzungs- und Schnittstellenfunktion

SozialarbeiterInnen sehen sich als Bindeglied zwischen anderen Professionen, wie z. B. ÄrztInnen, PsychologInnen, ErwachsenenvertreterInnen oder LeiterInnen von Gedächtnis- und Prophylaxegruppen. Schnittstellenfunktion und Vernetzung ist ein Punkt, der in den meisten Befragungen als wesentlicher Mehrwert der Sozialen Arbeit genannt wird (vgl. TI11:242, TI1:116, TI3:400, TI6:30, TI7:358, TI13:238). Erwähnt werden z. B. der Kontakt zu Sozialberatungsstellen in OÖ, zu Mobilien Diensten, Tageszentren oder Kurzzeitpflegeheimen (vgl. TI7:48, 168, 331). Die Nutzung von Synergien in multiprofessionellen Teams werden positiv hervorgehoben und die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, z. B. bei der PflegegeldEinstufung, bringt Unterstützung und Erleichterungen für dementiell Erkrankte und ihre Angehörigen (vgl. TI7:376, 739).

Die Ergebnisse aus mehreren Interviews legen die Interpretation nahe, dass Soziale Arbeit als Schnittstelle eine bedeutende Rolle im Unterstützungssystem spielt. Ob die Betreuung des Demenzangehörigen gut funktioniert und Angehörige dabei nicht überlastet sind, hängt in erster Linie von ihrem Wissen und ihren eigenen Fähigkeiten ab, mögliche Hilfen in Anspruch zu nehmen und zu koordinieren. Wäre z. B. I19 an Sozialer Arbeit angebunden gewesen, welche ihr einen Überblick über Möglichkeiten der Entlastung aufgezeigt hätte, wäre möglicherweise ihr Zusammenbruch zu verhindern gewesen. In diesem Zusammenhang sei kurz auf das Verfahren des Case Managements hingewiesen, welches Studierende der Sozialen Arbeit in ihrer Ausbildung, zumindest in Grundzügen, kennenlernen.

Case Management ermöglicht die effiziente Koordination und Kooperation verschiedenster Dienstleistungssysteme. Sowohl die beteiligten einzelnen Individuen als auch das ganze System erfahren dadurch Entlastung. Case ManagerInnen sind gefordert, durch Netzwerkarbeit eine gute Basis auf der (Versorgungs-)Systemebene zu schaffen. Als Bindeglied zwischen dieser Ebene und der Fallebene haben Case ManagerInnen eine hohe Verantwortung (vgl. Ehlers et. al. 2017:20). *„Die für diese Tätigkeit spezialisierte Berufsgruppe ist die Soziale Arbeit. Sie könnte die Kooperation und Koordination der beteiligten Dienste, Institutionen und Berufsgruppen steuern.“* (Lützenkirchen 2014:103).

6.3.6 Praktische Hilfeleistungen

Angehörige wenden sich oft erst in einem späten Stadium an Beratungsstellen und sind in der Regel bereits enorm überlastet. Geringer Ausbau passgenauer Hilfen, mangelndes Wissen über bestehende Angebote, hohe Normvorstellungen an die eigene Pflegerolle, schlechte Erfahrungen mit inkompetenten Betreuungsangeboten bzw. Scham oder Zweifel an der eigenen Unterstützungsbedürftigkeit sind mögliche Gründe der Nichtbeanspruchung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten (vgl. Lützenkirchen 2014:196).

Wichtiges Ziel in der Angehörigenberatung muss die Wahrnehmung und Benennung der eigenen Schwierigkeiten sein und in Folge Hilfe anzunehmen, um prekären Überlastungszuständen vorzubeugen. Wenn Angehörige jedoch bereits hohe Belastungssymptome erkennen lassen, ist jeder zusätzliche Schritt mit großen Anstrengungen verbunden. I7 schildert, dass sie sich in diesen Fällen bewusst abkehrt vom Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“. Diese Menschen benötigen dann konkrete und praktische Hilfestellungen, weil vermeintliche Kleinigkeiten neben dem herausfordernden Pflegealltag oft einfach schon zu viel sind. Abgesehen von Unterstützung bei diversen Antragsstellungen und anderen rechtlichen Belangen (siehe Punkt 6.3.4) erledigt sie z. B. Telefonate mit dem Tageszentrum oder Anfragen für Kurzzeitpflege. Als weiteren positiven Nebeneffekt benennt sie diese Art der Hilfe als Türöffner und wichtigen Schritt im Beziehungsaufbau. Hemmschwellen, Beratung anzunehmen, können mit konkreter Hilfeleistung abgebaut werden und das Vertrauen in die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit steigt. Die Möglichkeit, mit praktischer Hilfe für konkrete Entlastung zu sorgen, bedeutet für die Sozialarbeiterin einen weiteren Mehrwert aus ihrer Arbeit (vgl. I7:312-330).

6.3.7 Wissenschaftliches Arbeiten

Projekte zur Demenzberatung werden wissenschaftlich begleitet, um deren Nutzen und Sinnhaftigkeit feststellen zu können. Passgenaue Angebote sollen daraus entwickelt werden. Die Demenzservicestellen in OÖ entstanden aus wissenschaftlichen Projekten und werden laufend evaluiert. Dokumentation ist dabei eine wichtige Aufgabe (vgl. TI7:23-24). SozialarbeiterInnen haben durch ihre Ausbildung wissenschaftlich fundiertes und interdisziplinäres Wissen und können ihren Beitrag zur Entwicklung eines patientInnenorientierten und flächendeckenden Angebots in der Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen leisten.

6.3.8 Reflexionsfähigkeit

SozialarbeiterInnen sind gefordert ihre Handlungsstrukturen immer wieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren (vgl. TI2:138). Reflexionsfähigkeit zu entwickeln spielt im Studium zu SozialarbeiterInnen eine nicht unwesentliche Rolle. Jeder Mensch bringt in die Ausbildung ein im Laufe seiner Biografie gewachsenes Menschenbild mit, welches sich durch Wissensbildung und kritische Reflexion an die Berufsethik der Sozialen Arbeit annähern sollte. Ein ressourcenorientiertes und optimistisches Menschenbild wirkt sich positiv im

Beratungsprozess aus. SozialarbeiterInnen wissen um den Zusammenhang von Menschenbildannahmen und Handlungstheorien und den daraus entstehenden Haltungen, welche in der Gesprächsführung eine wichtige Rolle einnehmen (vgl. Widulle 2012:51-54).

6.3.9 Kompetenzen in der Demenzbegleitung

Die Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit sind breit gefächert und jeder Bereich erfordert spezifische Zusatzausbildungen. Nachfolgend werden einige aufgelistet, die wichtig erscheinen, um erfolgreiche Arbeit in der Demenzbegleitung leisten zu können.

- **Validation** ist eine von Naomi Feil (USA) entwickelte Gesprächstechnik, die einen Zugang zu Menschen mit Demenz ermöglicht. Die validierende Grundhaltung beruht auf einem wertschätzenden Umgang, Empathie, Verständnis, Ressourcenorientierung und der Anerkennung der Gefühle und Gedankenwelt der dementiell Erkrankte. Dabei fokussiert sich der/die GesprächspartnerIn nicht auf Defizite und vermeidet Korrekturen auf der Sachebene. Im Gespräch soll signalisiert werden, dass Bedürfnisse und Gefühle wahrgenommen und verstanden werden. Wichtig ist, dem Menschen mit Demenz auf Augenhöhe zu begegnen, denn selbst bei starker Verwirrung wird sehr genau wahrgenommen, ob GesprächspartnerInnen es ernst meinen oder etwas vorspielen (vgl. demenz-portal 2018). Demenzerkrankte Personen entwickeln oft herausfordernde Verhaltensweisen, da sie sich in keiner anderen Art mehr adäquat verbal mitteilen können. In diesem Zusammenhang ist die Methode der Validation hilfreich und wertvoll (vgl. Werner / Eben 2010:43,118; zit. in Jenke 2014:16).

- **Mediation** heißt wörtlich übersetzt Vermittlung. Es ist eine Form der Konfliktregelung ohne formelle Entscheidungen, wie etwa bei gerichtlichen Urteilen. Durch aktive Beteiligung der Konfliktparteien erfolgt eine schnelle und starke Befriedungsfunktion (vgl. Feuerhelm 2007:396). Im österreichischen Zivilrechts-Mediations-Gesetz wird Mediation folgendermaßen definiert:
„Mediation ist eine auf Freiwilligkeit der Parteien beruhende Tätigkeit, bei der ein fachlich ausgebildeter, neutraler Vermittler (Mediator) mit anerkannten Methoden die Kommunikation zwischen den Parteien systematisch mit dem Ziel fördert, eine von den Parteien selbst verantwortete Lösung ihres Konfliktes zu ermöglichen.“ (ZivMediatG 2003).
Die Krankheit Demenz betrifft meist ein ganzes Familiensystem. Unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen können sehr belastend sein. (vgl. TI25:202). Eine Ausbildung und in Folge die Übernahme einer Mediationsfunktion der SozialarbeiterInnen kann möglicherweise entlastend für alle Beteiligten sein.

- **Wissen über die Krankheit Demenz**
Es ist davon auszugehen, dass ein Grundwissen über die Krankheit Demenz in der Demenzberatung unumgänglich ist. In der Ausbildung zur/m SozialarbeiterIn an der Fachhochschule St. Pölten werden in einem Wahlpflichtfach basale Grundkenntnisse in „Sozialgeriatrie und Palliative Care“ vermittelt. Spezielle Zusatzausbildungen im Bereich Demenz stellen sicher, dass Angehörige passgenaue Informationen und Hilfestellungen für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen bekommen.

■ **Angebote für Angehörige und Betroffene**

In den Interviews werden Zusatzangeboten benannt, die im Handlungsfeld Demenzbegleitung zum Einsatz kommen. In erster Linie werden Angehörige im Umgang mit den an Demenz Erkrankten geschult (vgl. TI 16:93). Pflegestammtische dienen dem Austausch unter Angehörigen und bieten die Möglichkeit gegenseitiger mentaler Stütze. Es werden Gedächtnisgruppen initiiert, die in reine Prophylaxe bis mittelschwere Demenz eingeteilt werden (vgl. TI5:75-80, TI7:96). Die österreichische M.A.S Alzheimerhilfe bietet zudem die Möglichkeit, an einem zweiwöchigen Therapie- und Förderprogramm für Personen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen teilzunehmen. Dieser von einem multiprofessionellen Team (SozialarbeiterIn, PsychologIn, M.A.S.-TrainerInnen und Pflegepersonen) begleitete Urlaub bietet ein umfassendes Schulungs- und Beratungsangebot für die Angehörigen, während die an Demenz erkrankten Personen stadiengerecht gefördert und aktiviert werden. Ein gemeinsam gestaltetes Freizeitprogramm wird dem Wunsch nach Normalität gerecht und Ehepaare erleben die gemeinsame Zeit wieder positiv. Die wissenschaftliche Untersuchung ergab einen signifikanten Rückgang des Belastungsgrades und der depressiven Stimmung von pflegenden Angehörigen, die dieses Angebot zwei Wochen lang in Anspruch nahmen (vgl. Auer et. al. 2007:169).

■ **Öffentlichkeitsarbeit**

SozialarbeiterInnen und DemenzberaterInnen setzen mit Vorträgen in den Gemeinden Maßnahmen zur Aufklärung und Information in Bezug auf Demenz (vgl. TI7:537, B2). Die Caritas veranstaltet zudem Demenzgottesdienste, bei denen unter Einbindung von Hauskrankenpflege und Pfarrcaritas das Thema Demenz der Öffentlichkeit nähergebracht wird (vgl. TI5:89-99).

Obwohl Öffentlichkeitsarbeit in diesem Sinne während des Studiums nicht gelehrt wird, spielt sie speziell im Kontext Demenz eine besondere Rolle, da hier noch erheblicher Aufklärungsbedarf wahrgenommen wird. Es ist davon auszugehen, dass ein bestimmtes Maß an Freude und Engagement in der Öffentlichkeitsarbeit notwendig ist, um als SozialarbeiterIn im Bereich der Demenzberatung zu arbeiten.

6.4 Wahrnehmung der Sozialen Arbeit in der Demenzberatung

Es wurden die Interviews von vier Angehörigen demenzerkrankten Personen aus NÖ für diese Arbeit herangezogen (vgl. TI8, TI14, TI19, TI22). Die Befragungen der Angehörigen haben ergeben, dass Angehörige Soziale Arbeit in der Demenzberatung als nicht existent wahrnehmen. Dies ist soweit nicht verwunderlich, da in NÖ keine SozialarbeiterInnen in der mobilen Beratung tätig sind. Jedoch hatten die befragten Angehörigen generell keine Informationen bezüglich des Angebotes der Beratung und diese wurde somit auch nicht in Anspruch genommen. Anders stellt sich die Lage jedoch im stationären Bereich dar, wo SozialarbeiterInnen in Landeskliniken und in Rehasentren tätig sind. Es zeigt sich, dass I8 beim Pflegegeldantrag und der Installierung von Mobiler Dienste wertvolle Unterstützung von der klinischen Sozialarbeit in Mauer bekam und dafür dankbar ist (vgl. TI8:39-40). Dies lässt

den Schluss zu, dass Sozialarbeit in Anspruch genommen wird, wenn sie in eine vorhandene Institution eingebettet ist, das heißt, wenn sie einfach da ist und Menschen mit ihr zwangsläufig in Berührung kommen, so wie im stationären Bereich. Es scheint, dass es wichtig wäre, Wege zu finden um Angehörige zu erreichen, die selbst – aus den unterschiedlichsten Gründen – nicht die Hilfe und Unterstützung suchen, sie aber dennoch benötigen.

Angehörige sind meist einer Doppel- bzw. Dreifachbelastungen ausgesetzt. Neben der herausfordernden Betreuung/Pflege des demenziell Erkrankten sind auch die eigene Familie und das Erwerbsleben zu bewältigen. Es scheint so, als wäre das Angebot der Demenzberatung generell noch nicht so bekannt. Vermutlich spielen verschiedenste Gründe dafür eine Rolle. Während I8 sich einfach durch ihr Leben „wurschtelt“ und die Unterstützung annimmt, die ihr gerade angeboten wird, sei es jetzt durch die Sozialarbeit in Mauer oder hilfreiche Familienmitglieder, informiert sich I19 selbst viel und recherchiert mit hohem zeitlichem Aufwand im Internet. Auch die Aussage von I22 zeigt, dass öffentliche Werbung alleine nicht reicht, um Menschen zu erreichen: *„[...] i man, i bin ja wirklich wie a Pferd so mit so Scheukloppn, was [...] net so links und rechts schaut.“* (T122:52-53) Lediglich I14 nimmt angebotene Vorträge in Zeitungen wahr und nutzt sie auch (vgl. T114:392, 406).

Trotz vermehrter Öffentlichkeitsarbeit und den in den letzten Jahren hohen Zuwachs an Fachliteratur hätten die betroffenen Angehörigen laut der Leiterin der Kompetenzstelle Demenz das Gefühl, für sie gäbe es immer noch kaum Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. T130: 360-363).

7 Resümee

Ziel dieser Forschungsarbeit war aufzuzeigen, inwieweit Bedürfnisse und Wünsche von Angehörigen demenzerkrankter Personen bestehen und wo hier die Stärken der Sozialen Arbeit liegen, um einen Beitrag zur Unterstützung der Angehörigen leisten zu können.

Da die Betreuung und Pflege von demenzerkrankten Personen meist über viele Monate und Jahre geht, stellt sie eine chronische Belastungssituation dar, die sich in psychische, körperliche und finanzielle Belastungsfaktoren einteilen lässt. Die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien kann nicht starr getroffen werden, sondern sie verstehen sich eher als untereinander eingebettet in ein Kontinuum und bedingen sich gegenseitig. Die psychische Belastung spielt vermutlich die größte Rolle. Vor allem zu Beginn löst die Diagnose Demenz nicht selten eine Krise im Familiensystem aus. Trauer und Schmerz über den geistigen Abbau des geliebten Menschen sowie Sorgen und Ängste vor der weiteren Zukunft sind zentrale Themen. Der Umgang mit herausforderndem Verhalten der an Demenz erkrankten Personen und der häufige Wunsch an einer nicht mehr vorhandenen Normalität festzuhalten, bringen Angehörige an ihre Belastungsgrenzen. Differenzen innerhalb der Familie bezüglich Pflegeverantwortung oder generelle Akzeptanz der Situation zählen zu weiteren schwierigen Themen. Der vermeintliche soziale, aber auch der selbst auferlegte Druck erzeugen zudem

Scham und Schuldgefühle. Angehörige artikulieren das Bedürfnis nach mehr Wissen über die Krankheit und den Wunsch nach Anleitung und Unterstützung bei der Alltagsgestaltung mit der kranken Person. Punktuelle Beratungen können zwar momentan hilfreich sein, doch durch die oft jahrelang andauernde Krankheit Demenz verändern sich die Betreuungs- und Pflegebedingungen. Angehörige haben den Wunsch nach einer verlässlichen Anlaufstelle, bei der sie jederzeit mit ihren Sorgen aufgefangen werden und wo sie durch den Zeitraum der Krankheit begleitet werden.

Körperliche Belastungen entstehen mit zunehmend längerer Betreuung. Mögliche Schlafstörungen, Stuhl- und Harninkontinenz der kranken Person sowie enorme Anstrengungen bei deren Körperpflege übersteigen nicht selten die Kräfte von Angehörigen. Die Betreuung rund um die Uhr zusätzlich zu den eigenen Verpflichtungen (Familie, Kinder, Haushalt...) und fehlende Auszeiten führen zu Erschöpfungszuständen und nicht selten zu ersten körperlichen Warnsignalen. Viele Menschen haben Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse zu benennen oder trauen nicht, sie sich einzugestehen. Angehörige sind davon nicht ausgenommen. Der Wunsch, selbst stark zu sein, es allen recht zu machen und es schaffen zu wollen, lässt sie oft über ihre Grenzen gehen. Angehörige, die mit dementen Menschen zusammenleben, brauchen mitunter Anleitung und Unterstützung in Selbstfürsorge. Die Fähigkeit sich abzugrenzen und regelmäßige Auszeiten und Ruhepausen schützen vor dem Burn-out. Unterstützung von Mobilen Diensten, 24-Stunden-Hilfe oder Tageszentren sind Beispiele, die genannt werden um der Überbelastung vorzubeugen. Das Wissen um mögliche Entlastungsangebote und Unterstützungsdienste ist jedoch unumgänglich, um diese überhaupt in Anspruch nehmen zu können. Nur wenn man weiß, welche Möglichkeiten es gibt, hat man auch die Wahl.

Dieser Punkt gilt ebenfalls speziell für finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten. Menschen kommen nicht selten durch die Pflege ihrer demenzkranken Angehörigen in prekäre Einkommenslagen. Stundenreduzierungen oder gänzliche Aufgabe des Jobs zugunsten der Pflege, zugekaufte Mobile Dienste oder zusätzliche Ausgaben für den Pflegebedarf bedeuten eine erhebliche finanzielle Belastung. Das Bedürfnis nach Wissen, aber auch die konkrete Unterstützung bei der Antragstellung von Pflegegeld, diverser Zuschüsse oder Gebührenbefreiungen steht hier im Vordergrund. Rechtliche Belange bezüglich geteilter Kontomitgliedschaft, Vorsorgevollmacht, PatientInnenverfügung und Erwachsenenvertretung spielen gerade in der Pflege von demenzerkrankten Personen eine nicht unwichtige Rolle. Angehörige sollten Wissen darüber haben. Die Überbelastung durch die herausfordernde Pflege und die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen tragen jedoch oft dazu bei, dass Informationen über mögliche finanzielle Unterstützungsangebote nicht vorhanden sind und rechtliche Aspekte im Vorfeld nicht bedacht werden. Gesamt betrachtet kann man daher sagen, dass die verschiedenen Kategorien der Belastungen einander bedingen und die daraus entstehenden Bedürfnisse in einem reziproken Verhältnis stehen.

Angehörige wünschen sich von ihrem Umfeld und der Gesellschaft die Anerkennung ihrer besonderen Leistungen in der Angehörigenpflege. Die Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes (Familie, Freunde, Nachbarn...), um nicht die alleinige Last der Verantwortung zu tragen, ist ihnen ein großes Anliegen. Dies steht jedoch auch immer wieder in Diskrepanz mit

dem Wunsch nach Diskretion, weil die Angst vor der Stigmatisierung durch die Krankheit groß ist. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach mehr Öffentlichkeitsarbeit, um in der Gesellschaft mit ungeschönten Informationen, jedoch ohne Panikmache das Verständnis für die Krankheit zu wecken. Filme, die das Krankheitsbild verniedlicht darstellen, werden sehr kritisch gesehen und als wenig hilfreich empfunden.

Ein vorrangiger Wunsch von Angehörigen besteht nach einer klar definierten Anlaufstelle mit niedriger Hemmschwelle bezüglich Früherkennung der Krankheit Demenz. Damit verbunden wird der Bedarf nach Wissensvermittlung im Umgang mit der betroffenen Person artikuliert. Die Beratung sollte regional angeboten, jederzeit kontaktiert und individuell vereinbart werden können.

In dieser Arbeit zeigen sich die Potenziale der Sozialen Arbeit und der Wert, den es hätte, wenn diese Beratung von SozialarbeiterInnen getätigt werden würde.

SozialarbeiterInnen erwerben im Rahmen ihres Studiums wichtige **Gesprächsführungskompetenzen**, welche im Beratungsprozess eine essentielle Rolle spielen. Nur im Dialog können Wünsche und Bedürfnisse erörtert werden und mögliche Problemlösungskonzepte entwickelt werden, d. h. ohne Gespräche ist auch keine Beratung möglich. Nur mit einer Ausbildung in Gesprächsführung können Gespräche gut geführt werden und ist somit der Schlüssel zu Professionalität. SozialarbeiterInnen wissen um die Abläufe in Gesprächsführung. Sie legen Wert auf einen guten Beziehungsaufbau, gewinnen durch erlernte Gesprächstechniken einen Überblick und schaffen unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen Veränderungsperspektiven. Studiumsinhalte wie Gewaltfreie Kommunikation, Lösungsorientierte Gesprächsführung und angewandte Werkzeuge der Sozialen Diagnostik geben Unterstützung und machen Problemlösungen sichtbar. Handlungsansätze wie Empowerment oder Biografiearbeit, die in der Beratung von Angehörigen demenzerkrankter Personen eine wichtige Rolle spielen, sind ebenfalls Teil des Studiums. Im Beratungsprozess sind Handlungsstrukturen immer wieder zu überprüfen. **Reflexionsfähigkeit** zu entwickeln, spielt im Studium der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle.

SozialarbeiterInnen verfolgen einen **systemischen, ganzheitlichen Ansatz**. Aufgrund ihrer Ausbildung werden Probleme aus ganzheitlicher Sicht unter Einbeziehung des gesamten Umfeldes betrachtet. Da eine Demenzerkrankung meist das ganze Familiensystem betrifft, ist dieser Ansatz sehr wichtig, um Lösungen aufzudecken, mit denen alle Beteiligten zufrieden sind. SozialarbeiterInnen helfen in der Beratung, die unterschiedlichen Aspekte aus den verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten und im Problemlöseprozess miteinzubeziehen.

Die Diagnose Demenz löst nicht selten eine Krise bei Betroffenen und Angehörigen aus. Unvorhergesehene Ereignisse und damit verbundene veränderte Lebensbedingungen überfordern Menschen oft. SozialarbeiterInnen erwerben im Rahmen ihrer Ausbildung Kenntnisse in **Krisenintervention** und können so adäquat darauf reagieren. Psychischen Belastungen und damit einhergehenden Bedürfnissen nach Entlastung können mit einer guten Gesprächsführung, einem systemischen Ansatz und angewandter Krisenintervention Rechnung getragen werden.

In der Beratung und Begleitung von Angehörigen und Betroffenen nimmt die Vermittlung von konkreten Unterstützungsmaßnahmen einen wichtigen Teil ein. Das im Studium erworbene **Fachwissen bezüglich relevanter Gesetzeslagen und rechtlicher Bestimmungen** hilft bei notwendigen Anträgen von Pflegegeld, diversen Gebührenbefreiungen sowie der Inanspruchnahme von finanziellen Zuschüssen. Angehörige haben meist neben der herausfordernden Betreuung und Pflege der Demenzkranken keine Ressourcen, um sich selbst lückenlos zu informieren. Durch die Beratung durch SozialarbeiterInnen kann dem Bedürfnis nach Wissen entgegengekommen werden und passgenaue personen- und sachbezogene Unterstützungsmaßnahmen können für die notwendige Entlastung sorgen.

SozialarbeiterInnen erleben sich als Bindeglieder zwischen anderen Professionen. Sie sehen unter anderem ihre wesentliche Aufgabe in der **Vernetzungs- und Schnittstellenfunktion**. Durch Kenntnisse im Verfahren des Case Managements können verschiedenste Dienstleistungssysteme effizient koordiniert werden, um so zur Entlastung von Angehörigen beizutragen. Soziale Arbeit ist aufgrund ihrer Multiperspektivität bestens geeignet, um diese Vernetzungsfunktion zu übernehmen.

Angehörige sind oft durch die Pflege überlastet und auch wenn erforderliches Wissen vielleicht schon da wäre, finden sich keine Energien, um nötige konkrete Schritte zu setzen. SozialarbeiterInnen haben die Fähigkeit zu erkennen, wann jemand überfordert ist und **praktische Hilfeleistungen** benötigt. Durch konkrete Unterstützung (z.B. beim Ausfüllen von Anträgen oder diversen Telefonaten) wird eine Vertrauensbasis geschaffen, die Menschen die Hemmschwelle nimmt Hilfe anzunehmen.

Durch den Erwerb der Fähigkeiten im **wissenschaftlichen Arbeiten** können SozialarbeiterInnen ihren Beitrag zur Entwicklung passgenauer und patientInnenorientierter Angebote in der Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen leisten.

Zusatzausbildungen wie Validation, Mediation und vertieftes Wissen über die Krankheit Demenz erscheinen wichtig, um in der Demenzberatung gute Arbeit leisten zu können. Dieses Wissen kann in Angehörigenschulungen oder Vorträgen weitergegeben werden, um so dem Bedürfnis nach Wissen generell um die Krankheit Demenz Rechnung tragen zu können. Öffentlichkeitsarbeit vor allem in Richtung Demenzberatung erscheint allgemein ein wichtiges Thema. Angehörige haben noch kaum Wissen über das derzeitige Angebot des Demenzservice NÖ. Abgesehen von dieser nur einmaligen Beratung steht vielmehr der Wunsch nach einer ständigen Begleitung im Vordergrund, die nach Bedarf jederzeit kostenlos in Anspruch genommen werden kann.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass Soziale Arbeit als Beratungstätigkeit mit ihren vielfältigen Interventionsmethoden die richtige Profession ist, um Angehörige von demenzkranken Personen zu unterstützen.

Abschließend ist noch festzuhalten, dass sich die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser Arbeit mit bereits veröffentlichter Literatur weitestgehend decken. Das Wissen um die hohen Belastungen und den daraus resultierenden Bedürfnissen von (pflegenden) Angehörigen

findet sich mehrfach in verschiedensten Publikationen. Soziale Arbeit wird auch in der Literatur als passgenaue Profession in der Angehörigenberatung gesehen. Der nächste Schritt muss die konsequente Umsetzung der geforderten und für wichtig erachteten Maßnahmen sein um Angehörige in ihren herausragenden Leistungen zu würdigen und sie dabei zu unterstützen.

8 Forschungsausblick

Die Erhebung hat ergeben, dass Angehörige und Betroffene unter dem für sie spürbaren sozialen Druck der Gesellschaft leiden und die Krankheit als Stigma erleben. Forschungen, warum gerade Demenz so stigmatisierend erlebt wird oder warum Angehörige solche Tabus damit verbinden, könnten Aufklärung bringen und in weiterer Folge zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Demenz beitragen.

Der Wunsch nach Beratung und Begleitung während des gesamten Krankheitsverlaufes ist klar erkennbar. Angehörige können sich derzeit eine Anbindung an den Hausarzt oder den Mobilen Diensten vorstellen. In weiteren Forschungen könnte erhoben werden, ob ein völlig eigenständiges Angebot initiiert werden könnte - vielleicht angelehnt an das oberösterreichische Modell der Demenzservicestellen, welches sich im Zuge der Erhebung für dieses Projekt als überwiegend positives Beispiel darbot. Wie könnte in NÖ die Finanzierung aussehen?

Generell muss das Ziel sein, pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz besser und frühzeitig zu unterstützen, da diese meist erst bei Überschreitung ihrer Belastungsgrenze Hilfe suchen. Es gilt Wege zu finden, um Angehörige zu erreichen, die von sich selbst - aus den unterschiedlichsten Gründen - wie z.B. Unwissenheit, Scham oder Hilflosigkeit keine, oder erst viel zu spät Hilfe suchen und annehmen. Passgenaue Informationen, leistbare Angebote durch zugekaufte Pflegedienste oder Betreuungsmöglichkeiten (z. B. Tageszentrum) und psychosoziale Begleitung müssen sicherstellen, dass Angehörige die verantwortungsvolle und gesellschaftlich wichtige Aufgabe meistern können. Diese hochbelastete Bevölkerungsgruppe zu unterstützen und hohe volkswirtschaftliche Kosten in Folge von drohenden Burnouts zu vermeiden muss ein wichtiges Anliegen der Regierung sein. Es gilt dementsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen. Soziale Arbeit kann ihren wesentlichen Beitrag leisten, dass die Lebensqualität von Angehörigen und damit auch von den an demenzerkrankten Personen, verbessert wird und ihre wertvolle gesellschaftliche Leistung anerkannt und gewürdigt wird.

Literatur

Auer, Stefanie / Donabauer, Yvonne / Zehetner, Felicitas / Span, Edith (2007): Beitrag zum Themenschwerpunkt „Entlastung pflegender Angehöriger“. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 20 (2/3), 2007, 169-174.

Baer, Udo / Schotte-Lange, Gabi (2013): Das Herz wird nicht dement. Rat für Pflegende und Angehörige. 9. Auflage 2017. Weinheim Basel: Beltz Verlag.

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

Buijssen, Huub (2008): Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Demenz-Portal (2018): Validation bei Demenz- Die Grundsätze. <https://demenz-portal.at/aktuelles/validation-bei-demenz-die-grundsaeetze/> [Zugriff: 04.04.2019]

Demenzservicenoe.at (2018): Alles rund um die Demenz. Vorbeugen, erkennen, verstehen, handeln.
https://www.demenzservicenoe.at/fileadmin/public/Downloads_und_Publikationen/201808_Demenz_Folder_A5_WEB.PDF [12.04.2019]

Dilling, Horst, Harald J. Freyberger (Hg.) (2010): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Verlag Hans Huber.

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias / Schuster, Frank (2017): Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Eder-Kornfeld, Rosa (2016): Demenzkranke verdienen Respekt. Expertinnenrunde diskutierte über den Umgang mit dementen Menschen. In: Wiener Zeitung. 01./02.06.2016
https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/panorama/oesterreich/822266_Demenzkranken-verdienen-Respekt.html [12.04.2019]

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

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

Feuerhelm, Wolfgang (2007): Mediation. Taschenlexikon der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5., völlig neu bearbeitete Auflage, Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co.

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

Geiger, Arno (2011): Der alte König in seinem Exil. München: Carl Hanser Verlag.

Gesundheit.gv.at (2019): Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Kognitiv. <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/k/lexikon-kognitiv> [Zugriff: 04.04.2019]

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 2. durchgesehene Auflage, September 2006. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Grundrechtscharta EU (2000): Art 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf [15.01.2019]

Hafner, Manfred / Andreas, Meier (2005): Geriatrische Krankheitslehre. Teil 1. Psychiatrische und neurologische Syndrome. Bern: Verlag Hans Huber.

Hosemann, Wilfried / Geiling, Wolfgang (2013): Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Jenke, Monika (2014): Soziale Arbeit mit Demenzkranken. Pflegende und betreuende Angehörige im Mittelpunkt. Welche Handlungsmöglichkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten bietet die Soziale Arbeit Demenzkranken, im Besonderen deren Angehörigen? Studienarbeit, Norderstedt: GRIN Verlag GmbH.

Lützenkirchen, Anne / Wittig, Annika / Moll, Gabriele / Kunkel, Katharina (2014): Pflegende Angehörige besser pflegen. Soziale Arbeit für eine hochbelastete Bevölkerungsgruppe. Lage: Jacobs Verlag.

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

OBDS (2019): Basisdokumente der Sozialen Arbeit. Definition Soziale Arbeit-deutsch. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition_soziale_arbeit_-_obds_final.pdf [12.04.2019]

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

Schmitt, Anette (2007): Bedürfnisse. In: Feuerhelm, Wolfgang (2007): Taschenlexikon der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5., völlig neu bearbeitete Auflage, Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co.

Schröder, Brigitta (2014): Blickrichtungswechsel: Lernen mit und von Menschen mit Demenz. 3. Aktualisierte Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

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

Sozialministerium (o.A.): Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.Demenz.

https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Demenz/
[15.01.2019]

Trilling, Angelika / Bruce, Errollyn / Hodgson, Sarah / Schweitzer, Pam (2001): Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz Verlag.

Werner, Sylke / Eben, Ernst (2010): Menschen mit Demenz professionell betreuen. Sichere und kompetente Begleitung. Landsberg am Lech: Mensch und Medien GmbH.

Werner, Sylke (2014): Praxishandbuch Demenzbegleitung. Menschen mit einer Demenz aktivieren, begleiten und unterstützen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

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

ZivMed.G (2003): Zivilrechts-Mediations-Gesetz Nr. 29.
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2003_29_1/2003_29_1.pdf [Zugriff:
12.04.2019]

Daten

B2, Beobachtungsprotokoll 2, verfasst von Marion Kuhaupt, Beobachtung am 05.02.2019 bei einem Demenzvortrag der Volkshilfe in Niederösterreich.

FT, Forschungstagebuch, verfasst von Susanne Fries, Dezember 2018 – April 2019

ITV1, Interview, geführt von Franziska Seher mit einer Studierenden des Studiengangs Soziale Arbeit, 29.11.2018, Audiodatei

ITV2, Interview, geführt von Franziska Seher mit einem ehemaligen Studierenden des Studiengangs Soziale Arbeit, 21.11.2018, Audiodatei

ITV3, Interview, geführt von Ricarda Mayr mit einer Studierenden des Studiengangs Soziale Arbeit, 29.11.2018, Audiodatei.

ITV4, Interview, geführt von Ricarda Mayr mit einer Sozialarbeiterin tätig in der Demenzberatung, 18.12.2018, Audiodatei.

ITV5, Interview, geführt von Marina Fischer mit einer Demenzberaterin der Caritas, 03.01.2019, Audiodatei.

ITV6, Interview, geführt von Ricarda Mayr mit einer Sozialarbeiterin tätig in der Demenzberatung, Teilbereich Mehrwert, 18.12.2018, Audiodatei.

ITV7, Interview, geführt von Susanne Fries mit einer Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle, 17.01.2019, Audiodatei.

ITV8, Interview, geführt von Marlene Karner mit einer Angehörigen einer demenzerkrankten Person, 10.02.2019, Audiodatei.

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

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

ITV13, Interview, geführt von Marion Kuhaupt mit einer Ergotherapeutin, 04.01.2019, Audiodatei

ITV14, Interview, geführt von Marion Kuhaupt mit einer Angehörigen einer demenzerkrankten Person, 11.02.2019, Audiodatei.

ITV15, Interview, geführt von Klara Gutmann mit einer klinischen Sozialarbeiterin in einem LKH Niederösterreichs, 13.02.2019, Audiodatei.

ITV16, Interview, geführt von Klara Gutmann mit einer Diplomierten psychiatrischen Krankenpflegerin ein einem LKH Niederösterreichs, 04.02.2019, Audiodatei.

ITV19, Interview, geführt von Susanne Fries mit einer Angehörige einer demenzerkrankten Person, 18.12.2018, Audiodatei.

ITV21, Interview, geführt von Corinna Schwinn mit einer Sozialarbeiterin vom Fond Soziales Wien, 21.12.2018, Audiodatei.

ITV22, Interview, geführt von Marion Kuhaupt mit einer Angehörigen einer demenzerkrankten Person, 13.02.2019, Audiodatei

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

ITV28, Interview, geführt von Marlene Karner mit einer Demenzberaterin NÖ, 07.02.2019, Audiodatei.

ITV29, Interview, geführt von Manuela Jakobitsch mit einer Leiterin eines niederösterreichischen geriatrischen Tageszentrums, 24.01.2019, Audiodatei.

ITV30, Interview, geführt von Corinna Schwinn mit der Leiterin der Kompetenzstelle Demenz St. Pölten, 18.11.2018, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Franziska Seher, Dezember 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Franziska Seher, Dezember 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Interview ITV3, erstellt von Ricarda Mayr, Dezember 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4, Transkript Interview ITV4, erstellt von Ricarda Mayr, Jänner 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI5, Transkript Interview ITV5, erstellt von Marina Fischer, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI6, Transkript Interview ITV6, erstellt von Susanne Fries, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI7, Transkript Interview ITV7, erstellt von Susanne Fries, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI8, Transkript Interview ITV8, erstellt von Susanne Fries, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

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

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

TI13, Transkript Interview ITV13, erstellt von Marion Kuhaupt, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI14, Transkript Interview ITV14, erstellt von Marion Kuhaupt, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI15, Transkript Interview ITV15, erstellt von Klara Gutmann, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI16, Transkript Interview ITV16, erstellt von Klara Gutmann, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI19, Transkript Interview ITV19, erstellt von Susanne Fries, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI21, Transkript Interview ITV21, erstellt von Corinna Schwinn, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI22, Transkript Interview ITV22, erstellt von Marion Kuhaupt, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

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

TI28, Transkript Interview ITV28, erstellt von Marlene Karner, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI29, Transkript Interview ITV29, erstellt von Manuela Jakobitsch, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI30, Transkript Interview ITV30, erstellt von Corinna Schwinn, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

Anhang

Interviewleitfaden - Angehörige:

Im Vorfeld:

Infos über meine Person

Infos über Zweck meiner Arbeit

Technische Details klären: Datenschutzerklärung, Anonymisierung, Aufnahmegerät, Notizen

Liebe Frau ..., ich bedanke mich sehr herzlich, dass sie sich heute die Zeit nehmen, um mit mir dieses Interview zu führen. Wie wir schon im Vorfeld besprochen haben, werde ich dieses Interview aufnehmen.

Sie haben viele Jahre lang ihren an Demenz erkrankten Schwiegervater/Mann betreut. Ich bitte Sie, mir von ihren Erfahrungen zu erzählen, die sie in diesem Zusammenhang gemacht haben, insbesondere wie und durch wen sie beraten wurden bzw. wie sie an Informationen und/oder Beratungsstellen gelangt sind/erhalten/gefunden haben, auch bereits vor der Diagnose Demenz. Von großem Interesse ist für mich, wie sie speziell die Anfangszeit erlebt haben und wie sie mit dieser neuen Situation umgegangen sind.

Interviewleitfaden:

- Wie war ihr Leben mit ihrem demenzerkrankten Angehörigen?
- Wie gestaltet sich ihr Tagesablauf?
- Wie haben sie Informationen erhalten?
- Wie haben sie eine Beratungsstelle gefunden?
- Welche Hilfen nahmen sie in Anspruch?
- Bei Bedarf, explizites Nachfragen nach professioneller Hilfe
- Was haben sie als besonders unterstützend erlebt? Eigene Bedürfnisse?
- Was hat ihnen gefehlt?
- Was wäre für sie hilfreich gewesen? Oder war hilfreich? Wünsche?

Liebe Frau ..., ich bedanke mich sehr herzlich für dieses Gespräch. Möchten sie noch etwas erzählen, dass für sie wichtig ist und ich nicht gefragt habe?

Interviewleitfaden – Sozialarbeiterin:

Im Vorfeld:

Infos über meine Person

Infos über Zweck meiner Arbeit

Technische Details klären: Datenschutzerklärung, Anonymisierung, Aufnahmegerät, Notizen

Liebe Frau ..., zuerst möchte ich mich herzlichen bedanken, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen. Wie im Vorfeld schon besprochen, darf ich das Aufnahmegerät mitlaufen lassen und wenn es für Sie in Ordnung ist, würde ich mir gerne hin und wieder Notizen machen.

Vielleicht könnten Sie mir zu Beginn einfach ein bisschen von Ihnen und der Demenzservicestelle hier in B. erzählen. Z. B. seit wann sie hier tätig sind und wie hier die Beratung so aufgebaut ist.

1. Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Angehörige von Demenzerkrankten. (Gibt es Unterschiede zw. Pflegenden Angehörigen oder kann man das sowieso nicht so abgrenzen?)
2. Was kann die Soziale Arbeit für eine hilfreiche Demenzberatung für die Angehörigen leisten/beitragen?
3. Welchen Mehrwert hat Ihrer Ansicht nach Sozialarbeit in der Demenzberatung?
4. Wie könnten die KlientInnen bzw. deren Angehörige Ihrer Ansicht nach von SA profitieren?
 - Wie finden die KlientInnen zu Ihnen? Werden sie verwiesen von Ärzten, sonstigem.
5. Welche Aufgabenbereiche deckt die Soziale Arbeit in der Demenzberatung aus Sicht von Sozialarbeiter*innen ab und wie gestalten sich diese?
6. Gibt es noch etwas, was bis jetzt nicht besprochen wurde und sie noch ergänzen möchten?

Liebe Frau ..., ich bedanke mich sehr herzlich für dieses Gespräch.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Susanne Fries**, geboren am **26.07.1973** in **Zwettl**, 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,

Krems, am **20.04.2019**

A handwritten signature in blue ink that reads "Susanne Fries". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping underline.