

MASTER THESIS

„Demenz in Kärnten – Eine Annäherung an den Handlungsbedarf und die Fortschritte im südlichsten Bundesland von Österreich.“

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Social Sciences (MA)

Verfasserin: Kristina Maria Jost, BA

Personenkennzeichen: 2210607001

Erstbetreuerin: Gabriele, HAGENDORFER-JAUK, MAG.^A (FH)
DR.^{IN} PHIL.

Zweitbetreuerin: Katrin, FELDERMANN, DR.^{IN}

Klagenfurt, 05.05.2024

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich

- die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst habe;
- die vorliegende Masterarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Quellen bzw. Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe;
- zusätzlich den Einsatz von generativen KI-Modellen (z.B. ChatGPT) durch Angabe des Produktnamens und der Bezugsquelle (z.B. URL) vollständig angeführt habe;
- mich sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient und durchgehend eigenständig und beim Einsatz von generativen KI-Modellen steuernd gearbeitet habe;
- die vorliegende Masterarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner (anderen) Bildungseinrichtung als Prüfungsleistung bzw. (wissenschaftlichen) Arbeit eingereicht habe.

Mir ist bekannt, dass ein Zuwiderhandeln („Verwendung unerlaubter Hilfsmittel“) gegen die akademische Redlichkeit verstößt und (studien-)rechtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Klagenfurt, 05.05.2024

Jost Kristina

Ort, Datum

Unterschrift

Kurzfassung

Durch das Älterwerden der Gesellschaft wird das Thema Alter und Altern zunehmend zu einer Herausforderung für die Pflege, Medizin aber auch für die Soziale Arbeit. Viele Menschen werden heutzutage unter anderem durch die fortgeschrittenen medizinischen Möglichkeiten und Therapien sehr alt bzw. hochaltrig. Diese Veränderung zeigt sich vor allem in Pflege- und Sozialbereichen. Der Bedarf an Unterbringungsmöglichkeiten, Beratungsstellen und niederschweligen Angeboten steigt.

In dieser Arbeit stehen neben dem Krankheitsbild Demenz auch Themen wie Lebensqualität, Ressourcenorientierung und Selbstständigkeit im Fokus. Das Demenzsyndrom gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Die unterschiedlichen Formen sind sehr komplex und setzen Kenntnisse in der Symptomatik, Diagnostik und Behandlung voraus. Menschen mit Demenz benötigen je nach Stadium weniger oder mehr Unterstützung im Alltag und bei der zukünftigen Versorgung. Hierbei dürfen auch die (pflegenden) Angehörigen nicht vergessen werden, da auch der (Pflege-) Alltag schnell zu Überforderung und Überlastung führen kann. Viele Angehörige sind mit dem Verhalten, der Kommunikation und im Umgang mit den Betroffenen überfordert. Das Aufsuchen von Hilfe stellt oftmals eine große Barriere dar. Die Soziale Arbeit übernimmt demnach aufsuchende, beratende und begleitende Aufgaben bei der Betreuung und Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Das Ausmaß an sozialarbeiterischer Unterstützung im Pflegebereich in Österreich ist sehr schwierig zu beurteilen, da es je nach Bundesland unterschiedliche Angebote gibt. Darüber hinaus werden in Zukunft sehr viel Vernetzungsarbeit und multiprofessionelle Arbeit erforderlich sein, um ältere und alte Menschen adäquat zu unterstützen und Angehörige zu entlasten. Die Soziale Arbeit muss, neben der Pflege und anderen Bereichen, ein Teil dieser Tätigkeiten sein, um die Stärken wie den Blickwinkel auf das Subjekt, die ganzheitliche Sichtweise des Falles und Hilfe zur Selbsthilfe einfließen lassen zu können. In Kärnten, im südlichsten Bundesland von Österreich, sind die Versorgungsstrukturen in Form von mobilen, (teil-)stationären und ambulanten Angeboten aufgebaut. Zudem gibt es ein Pflegetelefon, Selbsthilfegruppen und Demenzcafés für Betroffene, Informationsangebote für Angehörige und/oder Interessierte und Demenzschulungen für Professionist*innen. Das Gefüge aus pflegerischen, medizinischen und sozialen Bereichen kann dazu beitragen, dass die Versorgung für ältere und alte Menschen ausgebaut und weiterentwickelt werden kann.

Schlüsselwörter: Demenzsyndrom, Alter und Altern, Lebensqualität, Kärnten, Versorgungsstruktur

Abstract

As society grows older, the topic of old age and ageing is increasingly becoming a challenge for care, medicine and social work. Nowadays, many people are becoming very old due to advanced medical possibilities and therapies, etc. This change in recent years is particularly evident in the care and social sectors. The need for accommodation, advice centres and low-threshold services is increasing.

This master thesis is about dementia and topics like life quality, availability of resources and independence. The dementia syndrome is one of the most common diseases of old people. The different forms are very complex and require knowledge of the symptoms, diagnosis and treatment. Depending on the severity, people with dementia need less or more support in everyday life and in future care. Furthermore, you can't forget about the (caring) relatives because of excessive demand and overloading in everyday care. Many relatives are overwhelmed by the behaviour, communication and interaction with those affected. Seeking help is often a major barrier.

Social work takes on outreach, advisory and support tasks in the care of people with dementia. Social work must be part of these tasks in order to be able to incorporate its strengths such as individuality, a holistic approach and helping people to help themselves. The aim is to relieve those affected and their relatives. Social work has many strengths for example the look at individuality, autonomy and helping people help themselves.

In Carinthia, the southernmost province of Austria, the care structures of people with dementia are set up in mobile, (partially-) inpatient and outpatient services. There is also a care telephone, self-help groups and dementia cafés for those affected, information services for relatives and/or interested parties and dementia training for professionals. The structure of nursing, medical and social areas can contribute to the expansion and further development of care for elderly and old people.

Key words: dementia syndrome, age and ageing, quality of life, Carinthia, care structure

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Befragung zu Einstellungen und Kenntnissen bezüglich Demenzerkrankungen (DAK, Statista, 2017)	37
Abbildung 2: Demenzstrategie Kärnten (Land Kärnten, 2023)	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Primäre Demenzformen.....	19
Tabelle 2: Sekundäre Demenzformen	20
Tabelle 3: Wirkungsziele der Demenzstrategie Österreich	45
Tabelle 4: Anlaufstellen für Demenz in Kärnten (Stand 2024).....	55

Abkürzungsverzeichnis

etc.	et cetera
EU	Europäische Union
GEKO	Geriatrischer Konsiliardienst
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ogsa	Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit
ugs.	umgangssprachlich
usw.	und so weiter
WG	Wohngemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1 Grundbegriffe	10
1.1 Alter und Altern.....	10
1.1.1 Altersbilder	11
1.2 Das Demenzsyndrom.....	13
1.2.1 Epidemiologie.....	14
2 Die psychosoziale Gesundheit und die Lebensqualität im Alterungsprozess	15
2.1 Körperliche und psychische Veränderungen.....	15
2.2 Lebensqualität und Gesundheitsförderung	16
2.3 Ressourcenorientierung	17
2.3.1 Selektive Optimierung mit Kompensation (SOK).....	18
3 Demenz	19
3.2 Symptome	21
3.3 Diagnostik.....	24
3.4 Therapie	25
3.5 Selbstständigkeit und Lebensqualität mit Demenz.....	27
4 Soziale Arbeit und Demenz.....	30
4.1 Angebote Sozialer Arbeit	31
4.2 Die Bedeutung von Angehörigenarbeit	35
4.3 Ressourcenorientierte Haltung/Darstellung.....	38
4.4 Case Management.....	39
4.5 Validation als Kommunikationsmethode bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen.....	40
4.6 Handlungsbedarf.....	41
5 Demenz in Kärnten.....	43
5.1 Demenzstrategie Österreich.....	44

5.2 Maßnahmen und Angebote in Kärnten.....	47
5.3 Demenzfreundliche Gemeinden	51
5.4 Projekte in Kärnten.....	52
5.4.1 Gesundheit in Bewegung (GiB 2.0)	52
5.4.2 Demenzfreundliche Modellgemeinde Moosburg	53
5.5 Anlaufstellen in Kärnten.....	55
6 Fallvignette Herr S.	61
Fazit und Ausblick.....	65
Literaturverzeichnis	71
Anhang.....	79

Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit trägt den Titel „Demenz in Kärnten – Eine Annäherung an den Handlungsbedarf und die Fortschritte im südlichsten Bundesland von Österreich“. Das Thema wurde gewählt, da Demenz in der Ausbildung zum*r Sozialarbeiter*in wenig, bis gar keine Aufmerksamkeit bekommt und weil Demenz einen zunehmend großen Einfluss auf die Versorgung im Pflege- und Sozialbereich hat. Die persönliche Motivation dieses Thema aufzugreifen und die Lage in Kärnten zu klären, ist aus dem privaten Umfeld entstanden. Aus Diskussionen und Gesprächen ging hervor, dass die Versorgung wohl zu undurchsichtig und schwer zu erreichen sei. Darauf aufbauend ist auch der Titel dieser Masterarbeit entstanden.

Die Fragen, die diese Arbeit begleiten, lauten: „**Welche Strategien und Angebote gibt es in Bezug auf das Thema Demenz und wie kann ein demenzfreundlicher Umgang erreicht werden?**“ und „**Was braucht es hierfür allgemein und speziell in Kärnten?**“.

Das Thema Demenz wird immer aktueller, vor allem in der Pflege und Medizin, aber wäre die Soziale Arbeit nicht eine zusätzliche und durchaus bedeutende Brücke? Hier wären vor allem die Bereiche der Demenzberatung, Betreuungsmöglichkeiten und Angehörigenunterstützung gefragt. Im Bezug zur Sozialen Arbeit wird folgenden Fragen nachgegangen: „**Wie können Betroffene sowie pflegende Angehörige bestmöglich unterstützt bzw. entlastet werden und welche Möglichkeiten gibt es für die Soziale Arbeit sich beim Thema Demenz mehr einzubringen?**“

Diese Arbeit beschäftigt sich mit diesen Themen und soll auf die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Bereich des Älterwerdens und des Altseins aufmerksam machen. Hier steht auch die Versorgungsstruktur von Demenz in Kärnten im Fokus, da es viele unterschiedliche Angebote und Möglichkeiten gibt, die zu einer adäquaten Betreuung beitragen. Wo genau die Soziale Arbeit hier verstärkt eingesetzt werden könnte, wird im Laufe der Arbeit erläutert. Um die begleitenden Fragen aufzuklären, wird Kapitel für Kapitel theoretisch untermauert und abschließend auf die Fragen eingegangen.

Die vorliegende Arbeit unterteilt sich in sechs Kapitel, die nachfolgend kurz erläutert werden.

Im **ersten Kapitel** werden die Grundbegriffe, die für die Masterarbeit bedeutend sind, erklärt und beleuchtet. Darunter fallen Alter, Altern und Demenz. Diese Begriffe sollen Abhilfe für

die nachfolgenden Erläuterungen schaffen und einen Überblick über die Hauptthemen geben, die für die weiteren Kapitel relevant sind. Mit diesem Kapitel wird das Ziel verfolgt, dass grundsätzliche Begrifflichkeiten möglichst einfach erklärt werden, um eine Basis für die nachfolgende theoretische Verortung zu erlangen.

Das **zweite Kapitel** beschäftigt sich mit der Lebensqualität und der Gesundheit im Alter. Hierbei geht es einerseits um die körperlichen und psychischen Veränderungen, die sich im Alter zeigen können. Andererseits wird die psychosoziale Gesundheit und die Lebensqualität von älteren und alten Menschen im Vordergrund stehen. Außerdem wird Bezug auf die Ressourcenorientierung genommen und ein Modell des Alters beschrieben. Das Ziel der Bearbeitung dieser Themen ist, dass ein positiver Blickwinkel auf das Älter werden geschaffen werden kann.

Im **dritten Kapitel** steht das Thema Demenz im Fokus. Neben den verschiedenen Formen, den Symptomen und der Diagnostik werden auch die aktuellen medizinischen Möglichkeiten sowie konkrete Therapiemöglichkeiten beschrieben. Die Aufbereitung dieses Zugangs soll vor allem einen Überblick über die häufigsten Formen geben, aber auch auf die Bedeutung der Früherkennung aufmerksam machen. In Verbindung dazu wird auch die Lebensqualität und die Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz beschrieben. Ziel dieses Kapitels ist die Aufbereitung der aktuellen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die auch für Tätigkeiten von Sozialarbeiter*innen relevant sind.

Darauf aufbauend werden im **vierten Kapitel** die Themen Soziale Arbeit und Demenz miteinander verknüpft, indem Angebote und Angehörigenarbeit beleuchtet werden. Anschließend werden der Handlungsbedarf und die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit in Bezug auf Demenz erläutert. Hierbei soll gezeigt werden, welche Möglichkeiten die Soziale Arbeit in diesem Handlungsfeld hat und wo Veränderungen bzw. Erweiterungen vorgenommen werden müssen. Nachfolgend wird auch Bezug auf die Ressourcenorientierung bei Menschen mit Demenz genommen. Zudem wird eine Kommunikationsmethode im Umgang mit Demenzbetroffenen vorgestellt, die sich Validation nennt. Dieses Kapitel hebt wichtige Themen der Sozialen Arbeit in Verbindung mit demenziellen Erkrankungen hervor, um vielfältige Sichtweisen zu entwickeln, die für das Handlungsfeld bedeutend sind.

Das **fünfte Kapitel** beinhaltet die Auseinandersetzung mit der Demenzsituation in Kärnten. Hierzu wird die Demenzstrategie für Österreich und im Detail auch diese für Kärnten aufgezeigt. Ein weiterer Punkt des Kapitels ist die Bedeutung von demenzfreundlichen Gemeinden sowie die Umsetzungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Ziele. Außerdem werden im Zuge dessen zwei Modellprojekte für Demenz in Kärnten skizziert, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden. In diesem Kapitel befindet sich außerdem eine Tabelle mit Anlaufstellen für demenzbetroffene Menschen und ihre Angehörigen in Kärnten. Hier wurden mithilfe des Pflegeatlas und verschiedenen Trägern ambulante, stationäre und andere Hilfsangebote aufgelistet, die für Betroffene, Angehörige, Professionist*innen, als auch für Interessierte relevant sind. Dieses Kapitel hat zum Ziel, dass die Versorgungsstruktur in Kärnten dargelegt wird, um daraus resultierend zu zeigen, welche Möglichkeiten ausgebaut werden könnten und welche Angebote es grundlegend in den Kärntner Bezirken bzw. Gemeinden gibt.

Im **sechsten Kapitel** wird durch eine Fallvignette erläutert, wie sich Demenz auf eine Person (Herrn S.) auswirkt und welche Hürden und Thematiken zum Vorschein kommen können. Dieser Fall stammt aus einer Quelle, die direkt zitiert wurde und demnach speziell mit Hinblick auf die Soziale Arbeit kommentiert wurde. Hiermit soll gezeigt werden, wo die Soziale Arbeit ansetzen kann bzw. welche Handlungsmöglichkeiten bestehen. Die Bearbeitung dieses Falls hat zum Ziel, dass nach der theoretischen Verortung der Kapitel eins bis fünf eine praxisnahe Darstellung folgt.

Die Fragen aus der Einleitung begleiten alle sechs Kapitel und werden im Fazit bzw. Ausblick nach den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche beantwortet. Abschließend befindet sich im Anhang ein wichtiges Dokument, das in Kärnten genutzt wird.

Das Hauptziel der vorliegenden Masterarbeit ist die Erarbeitung der Grundlagen von Demenz in Verbindung mit dem Bundesland Kärnten. Darauf aufbauend soll die Brücke zur Sozialen Arbeit hergestellt werden und der Handlungsbedarf eruiert werden. Um eine Wissensbasis für die Ausführungen zu erhalten, wurde das Krankheitsbild der Demenz ausführlich dargestellt. Für die Bearbeitung dieser Themen wurden Online- als auch Buchquellen verwendet.

1 Grundbegriffe

In diesem Kapitel stehen Begriffe im Vordergrund, die für die nachfolgenden Ausarbeitungen bedeutend sind. Hierzu zählt das Alter bzw. das Altern und Demenz. Mit diesen Begriffen wird eine Rahmung der Thematik für die vorliegende Arbeit geschaffen. Zudem befindet sich eine kurze historische Entwicklung in diesem Kapitel.

1.1 Alter und Altern

Das Alter bzw. Altern ist schwer zu definieren. Es gibt unzählige Versuche diesen Lebensabschnitt genau einzuordnen. Die UN, also die Vereinten Nationen, bezeichnen das Alter ab 60 Jahren und älter. Die WHO, die Weltgesundheitsorganisation, beschreibt das Alter ab 65 Jahren und älter. „Ageing Europe“ definiert das Alter mit Hinblick auf die Menschen in der Europäischen Union als „older people“, alte Menschen, ab 65 Jahren und „very old people“, sehr alte Menschen, ab 85 Jahren. Die Zahlen der Population in Bezug auf alte und sehr alte Menschen werden in den nächsten Jahren noch stark zunehmen. Nicht nur die Population, sondern auch die Lebenserwartung und die medizinischen Entwicklungen spielen hierbei eine große Rolle. Je älter die Menschen werden, desto mehr Betreuungsmöglichkeiten und medizinische Hilfe braucht ein Staat. (Eurostat, 2019, S. 8f.)

„Demographic ageing means the proportion of people of working age is shrinking, while the number of older people is expanding [...]” (Eurostat, 2019, S. 14)

Dieses Zitat bedeutet: Demografisches Altern heißt, dass die Zahl an erwerbstätigen Menschen sinkt und die Zahl der älteren Menschen dafür ansteigt. Diese Veränderung wird sich auch in den nächsten Jahren noch zeigen und bedeutet, dass wir uns in einem alternden Europa befinden. Dies bringt Veränderungen in der Infrastruktur, im medizinischen und pflegerischen Bereich als auch in Pensionsanstalten mit sich. Die Zahl an über 65-Jährigen soll bis 2050 um ca. 48 Millionen mehr werden als im Jahr 2018. Hier gibt es außerdem Unterschiede bei den Geschlechtern, denn es gibt mehr sehr alte Frauen als sehr alte Männer (also über 85 Jahren). Zudem kommt, dass zwar überall eine Alterung stattfindet, jedoch sieht Altern nicht in jedem Land der Welt gleich aus. Je nach Gegebenheiten und Fortschritte der medizinischen Hilfen, etc. altern die Menschen unterschiedlich schnell. (Eurostat, 2019, S. 14-24)

Je nach persönlicher Auffassung des Alters kommt es zu unterschiedlichen Meinungen über das Altersverständnis (zum Beispiel die Diskussion, ab wann ein Mensch alt bzw. hochaldrig

ist, etc.). Wichtig ist, dass es Strategien und Zukunftspläne für die Situation von hochaltrigen Personen gibt. Es braucht ein hohes Maß an Anpassung in vielerlei Hinsichten. In erster Linie ist aber von besonderer Bedeutung, dass diese Altersspanne der Menschen mit Autonomie und Selbstbestimmung angesehen wird. Hierbei muss auf die Rahmenbedingungen aufmerksam gemacht werden. Diese müssen vorhanden und auf das Alter angepasst sein, um den Aspekten von Selbstständigkeit und Entfaltung im Alterungsprozess gerecht zu werden. Eine kompetenzorientierte Perspektive trägt dazu bei, dass ältere und alte Menschen nicht nur als medizinische und „kranke“ Objekte gesehen werden. Das Älterwerden ist Bestandteil jedes Menschen und sollte als solcher, im positiven Sinne, gesehen werden. Die Äußerungen über defizitäre Altersbilder werden meist durch Medien weiterverbreitet. Eine bekannte Methode, um auch älteren und alten Menschen eine Stimme über ihr eigenes Empfinden und ihre Situation zu geben ist der Austausch mit der Gesellschaft und der Politik. (Amann, 2009, S. 212f.)

1.1.1 Altersbilder

Im Laufe der geschichtlichen Entwicklung kam es zu vielen verschiedenen Sichtweisen des Alters und der alten Menschen. Wo früher eher der defizitäre Blickwinkel im Fokus war, findet heutzutage das positive Altersbild zunehmend Anklang in der Gesellschaft. Trotzdem sind Altersbilder subjektiv und in einer Gemeinschaft finden sich immer mehrere dieser Ansichten über das Altwerden bzw. Altsein. Sozusagen können sich die vorherrschenden Sichtweisen über das Alter auf der Makroebene durch Diskussionen und Austausch verändern. In Organisationen und Institutionen (Mesoebene) festigen sich Altersbilder dadurch, weil sie Anklang in der Gesellschaft finden und sich somit durchsetzen. Daraufhin kann eine Institution diese Ansichten in die Arbeit miteinfließen lassen. Beispielsweise haben sie Einfluss auf Angebote, Haltungen und Arbeitsstrategien in sozialen Einrichtungen. Aus Sicht der Mikroebene kommen die eigenen Altersbilder in persönlichen Gesprächen und Alltagssituationen zum Vorschein.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Darstellung des alten Menschen in Form von Altersbildern. Meist zeichnet sich ein Bild vor Augen, wenn es um alte oder älter werdende Menschen geht. Medial wird sehr oft der Körper eines alten Menschen in den Fokus gerückt, um ein Bild zum alternden Menschen zu geben. Auch die Sprache nimmt großen Einfluss auf Altersbilder. Im Zuge von Vorurteilen und Zuschreibungen von außen werden alte Menschen oft als sehr schwach und gebrechlich, arm oder allein angesehen. Viele dieser Sichtweisen hängen von den subjektiven Vorstellungen und der eigenen sozialen Prägung

ab, die ein Mensch erlebt bzw. vorgelebt bekommt. (Berner & Tesch-Römer, 2010, S. 36-39)

Vor allem neue und aktivitätsorientierte Altersbilder zeigen, dass auch der gebrechliche, alte Mensch ein Mensch mit Ressourcen und Aktivitätsverlangen ist. Dazu gehört auch die Zunahme an neuer Lebensenergie und -qualität in der Hochaltrigkeit. Vor allem ehrenamtliche Arbeit kann dazu beitragen, dass das Alter ein größeres Maß an Wertschätzung erlangt. Der Wunsch, dass auch alte Menschen mehr teilhaben und mitwirken können, kann somit nach und nach gefördert werden. Dazu kommt aber, dass diese ausschließlich auf Aktivität fokussierten Altersbilder nicht immer den hochaltrigen Menschen zugeschrieben werden können. Je nach Gesundheitszustand, Wohnsituation und die eigene Motivation muss realistisch gesehen werden, welches Maß an Aktivität ein alter Mensch haben kann. Wichtig ist, dass die Entwicklungen des Alters (Hochaltrigkeit, längere Lebenserwartung, etc.) stärker in den Mittelpunkt gerückt und diese auch den Menschen in der Gesellschaft kommuniziert werden. (Klie, 2010, S. 124-126)

Altersbilder entstehen auf Basis verschiedenster Annahmen und Kriterien über das Alter. Unter anderem wirkt hier das Kriterium des chronologischen Alters mit. Die Diskussionen über den Eintritt in das Alter, das Pensionsalter sowie die Aktivität mit unterschiedlichem Alter sind weit verbreitet und prägen das Altersbild in einer Gesellschaft stark mit. Des Weiteren spielt hier auch die Lebenserwartung eine Rolle, da nicht bekannt ist, wie alt ein Mensch wirklich wird. Die Aspekte, die für viele Menschen in Bezug auf die Lebenserwartung eine Rolle spielen sind die Erwartungen ihrer vermeintlich letzten Lebensjahre, die Bewertung ihres bisherigen Lebens und die Umstände der zu erwartenden letzten Jahre. Zudem kommen typische Merkmale und Veränderungen des Alters, die negativer oder positiver Herkunft sein können. Einerseits sind sie stark von Gebrechlichkeit, dem zunehmenden Vergessen oder der abbauenden Fähigkeiten geprägt, andererseits auch aus einem Blickwinkel der Erlebnisse, der Ausgeglichenheit und der Weisheit des bisherigen Lebens. All das hat zur Folge, dass die Fülle an Altersbildern kritisch reflektiert und hinterfragt werden müssen. Außerdem müssen sehr viele unterschiedliche Aspekte in die Konstruktion des eigenen Altersbildes hineinfließen. Die Bewertung der eigenen Situation eines alten Menschen kann trotz ähnlicher Merkmale mit anderen alten Menschen gegenteilig sein. Sozusagen zeigen sich die Unterschiede in jeder Kultur, in jeder Lebenssituation und auch von Mensch zu Mensch. (Rothermund, 2022, S. 35-38)

1.2 Das Demenzsyndrom

Demenz ist nach der Einordnung im ICD-10 ein Syndrom (F00-F03), das meist durch eine chronische oder fortschreitende Erkrankung des Gehirns ausgelöst wird. Einschränkungen des Gedächtnisses, Orientierens, Sprechens und der Urteilsfähigkeit sind bei einer Demenz typisch. Demenz zählt zu den organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen. (ICD-10, 2022, S. 201f.)

Wichtig zu erwähnen ist, dass Demenz als Überbegriff zu sehen ist, da mehrere Erkrankungen darunter einzuordnen sind. Es können ca. 50 demenzielle Krankheitsbilder gezählt werden, die unterschiedliche Verläufe und Auslöser aufweisen. Demenz bezieht sich nicht grundlegend nur auf medizinische Bereiche, sondern auch auf Veränderungen in sozialen und alltäglichen Bereichen. (Scheu, 2014, S. 25)

Einige dieser demenziellen Formen werden in Kapitel 3 genauer beschrieben.

Das Demenzsyndrom ist durch mehrere Merkmale gekennzeichnet. Zunächst liegt eine längerfristige Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen vor, die die Person vor allem im Alltag sehr stark aus dem Gleichgewicht bringt. Dies kann sich durch Gedächtnis- oder Orientierungseinschränkungen äußern. Diese Veränderungen und die einhergehende Verschlechterung wird Demenzsyndrom genannt und stellt keine einheitliche Diagnose dar, sondern beschreibt ein Zusammenspiel aus unterschiedlichen Symptomen (siehe Kapitel 3.2). (Kastner & Löbach, 2010, S. 9)

Neben dem Kurzzeitgedächtnis kann auch die Sprach- und Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sein. Bei manchen Formen tritt auch eine Bewusstseins- bzw. Persönlichkeitsveränderung ein. Ein wichtiges Merkmal des Demenzsyndroms ist der Verlust der bereits erlernten Kompetenzen. (Österreichische Alzheimer Gesellschaft – Was ist Demenz, 2024, o.S.)

Ein großes Problem dieser Thematik ist, dass die Entwicklung der Demenzzahlen von vielen Menschen nicht so ernst genommen wird, wie es eigentlich notwendig wäre. In vielen Bereichen der Versorgung bräuchte es hier eine Veränderung bzw. einen Ausbau der Strategien. Zum einen betrifft dies pflegerische Aspekte, wie die Pflegegeldeinstufung, Personalweiterbildung und adäquate Maßnahmen für Menschen mit Demenz. Zum anderen muss auch beachtet werden, welcher Aufwand für die Pflege und Betreuung, die Angehörige oder Pflege- bzw. Sozialdienste übernehmen, herrscht und wo ausgebaut werden müsste.

Neben Biografiearbeit und Gesprächen mit den (pflegenden) Angehörigen wäre auch die Berücksichtigung und Einschätzung der Wohnräume von Menschen mit Demenz wichtig. Hier stellt sich die Frage, wer das übernimmt und wie viel Zeit bleibt dafür? (Amann, 2009, S. 207f.)

1.2.1 Epidemiologie

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben derzeit ca. 55 Millionen Menschen weltweit Demenz. Jährlich gibt es ca. 10 Millionen neue Betroffene. Demenz tritt verstärkt bei Menschen auf, die über 65 Jahre alt sind. Dies trifft jedoch nicht auf jeden Fall zu, da es auch jüngere Menschen mit demenziellen Erkrankungen gibt. Das Demenzsyndrom zerstört neben Nervenzellen auch Teile des Gehirns und hat physische, psychische und soziale Einflüsse auf die Betroffenen und ihre Angehörigen. Am häufigsten tritt Demenz in Form des Alzheimerstyps auf und macht ca. 60-70% der Fälle aus. (WHO, 2023, S. 1f.)

In Österreich haben derzeit ca. 100 000 Menschen eine demenzielle Erkrankung. Bis zum Jahr 2050 soll sich diese Zahl über mehr als die Hälfte verdoppeln (ca. 230 000 Betroffene). Pro Jahr werden für die Betroffenen ca. eine Milliarde Euro ausgeschüttet. (Österreichische Alzheimer Gesellschaft - Zahlen und Statistik, 2024, o.S.)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Alter und Altern nach wie vor stark diskutiert wird. Es gibt viele verschiedene Blickwinkel, die die Altersspanne unterschiedlich breit definieren lassen. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Personen, die älter als 65 Jahre sind. Durch die steigende Lebenserwartung und die Hochaltrigkeit der Menschen ist von einem Anstieg an demenziellen Erkrankungen zu rechnen.

Aus persönlicher Sicht kommt die Thematik Demenz im alltäglichen Leben immer häufiger auf, jedoch am stärksten verbunden mit Unsicherheiten, Sorgen und Negativität. Diese Aspekte begleiten viele Menschen beim Älterwerden, da die Angst selbst irgendwann betroffen zu sein stetig zunimmt. Genauere Ausführungen in Verbindung zu Demenz befinden sich im vierten Kapitel dieser Arbeit.

Um zunächst näher auf die Bedürfnisse und die Gefühle einzugehen, werden im nachfolgenden Kapitel Veränderungen, Lebensqualität und die Gesundheit von älteren und alten Menschen beschrieben.

2 Die psychosoziale Gesundheit und die Lebensqualität im Alterungsprozess

Gegenstand dieses Kapitels sind die (möglichen) körperlichen und kognitiven Veränderungen eines älter-werdenden und alten Menschen. Außerdem werden die Veränderungen von Senior*innen und die Lebensqualität bzw. die Gesundheitsförderung im Alter beleuchtet.

2.1 Körperliche und psychische Veränderungen

Die Selbstständigkeit kann mit dem zunehmenden Alter abnehmen, da vor allem bei sehr alten Menschen über 85 Jahren die Bewegungsfähigkeit in vielen Fällen schlechter wird. Neben den Schwierigkeiten beim Gehen können auch die Seh- und Hörleistungen abnehmen.

Körperliche Veränderungen

Physisch verändert sich im Alter sehr viel. Leider zählen dazu auch sehr viele Verluste, da der Körper im Alter abbaut. Vor allem die Sinneswahrnehmungen verändern sich. Neben der Sehfähigkeit nimmt auch die Hörfähigkeit meist ab. Alltägliche Bewegungen werden langsamer und die Motorik wird eingeschränkter. Trotzdem kann auch neben diesen Veränderungen eine Erleichterung empfunden werden, indem Hilfsmittel wie Sehbehelfe, Hörgeräte oder motorische Gehbehelfe als Unterstützung im Alltag dienen. (Fercher & Sramek, 2018, S. 28)

Psychische bzw. soziale Veränderungen

Viele Menschen erleben im Prozess des Altwerdens Einsamkeit, Schamgefühle und Ängste, die auf die Ungewissheit ihres Altwerdens zurückzuführen sind. Neben dem Umgang mit Erkrankungen und Einschränkungen im motorischen Sinn können Gefühle der Abhängigkeit von anderen Menschen sowie ein Gefühl der Nutzlosigkeit entstehen. Viele ältere Personen ziehen sich dann zurück und schämen sich für ihre aktuellen Bedürfnisse bzw. die einhergehenden Veränderungen. Für manche ist vor allem die Beendigung der Erwerbstätigkeit ein großer Einschnitt in die Selbstbestimmung und Kontrolle des eigenen Lebens. Außerdem ist der Tod von nahen Angehörigen eine große Belastung, da sich viele Betroffene dann sehr einsam fühlen. Freunde, Familie und Bekannte sind in der Zeit des Älter-werdens eine große Stütze und können Unzufriedenheiten und Zweifeln entgegenwirken. Für diese Person ist das Umfeld eine Möglichkeit der Teilhabe und des Miteinanders. Diese Teilhabe kann in anderer Form vor allem auch durch Angebote für ältere und alte Menschen in den Gemeinden ermöglicht werden, die ungemein zu der

Befriedigung von sozialen Bedürfnissen und der Lebensqualität beiträgt. (Fercher & Sramek, 2018, S. 28-29)

2.2 Lebensqualität und Gesundheitsförderung

Eine Vielzahl an älter werdenden Menschen macht sich im Laufe des Lebens bewusst, dass sie einen Prozess des Abbaus und der Verschlechterung erleben werden. Trotzdem gibt es auch viele Menschen, die zuversichtlich auf den Alterungsprozess blicken und hoffen, dass sie möglichst lange erwerbstätig bleiben, soziale Kontakte aufrechterhalten und ihre Selbstständigkeit behalten können. Ein Großteil der alten Menschen legt sehr viel Wert auf einen gesunden Lebensstil, der auch Einfluss auf die Lebensqualität nimmt. (Eurostat, 2019, S. 51-55)

Durch das steigende Älterwerden der Gesellschaft müssen viele Faktoren zur Prävention von Krankheiten und der Gesundheitsförderung im Allgemeinen berücksichtigt werden. Zum einen muss eine Prävention für alle Menschen, ob alt oder jung, möglich sein. Diese präventiven Maßnahmen sollten sich auf psychische, körperliche und soziale Bereiche beziehen. Die Vorteile dieser Maßnahmen sind, dass die Menschen in Bezug auf unerwartete Lebensveränderungen oder sozialen Ungleichheiten davon profitieren können. Außerdem muss darauf geachtet werden, dass gesundheitsfördernde Mittel niederschwellig angeboten werden, um so viele Menschen wie möglich anzusprechen bzw. zu erreichen. Vor allem die Fähigkeit lange selbstbestimmt leben zu können, ist für die Gesundheitsförderung ein wichtiger Aspekt.

Für eine Veränderung des klassischen Bildes von alten Menschen müssen auch die Aktivität und die Ressourcen des alten Menschen in den Fokus gerückt werden. Ältere und alte Menschen können sehr wohl bis in das hohe Alter sehr aktiv und fit bleiben, jedoch braucht es manchmal Anstöße und Anregungen, um sozialer Isolation und einer Reduktion der psychischen und körperlichen Fähigkeiten entgegenzuwirken. Ein weiterer Aspekt, der beachtet werden muss, ist die Prävention bei Menschen mit vielen Erkrankungen. Hier müssen noch mehr Faktoren berücksichtigt werden, da die Menschen meist noch weniger Chance haben teilzunehmen bzw. mitzuwirken. Außerdem muss der ansteigende Pflegebedarf in den Fokus gerückt werden. Hier gibt es eindeutige Mängel in der Entwicklung von Maßnahmen zur Unterstützung von älter werdenden und alten Menschen. Neben einer umfassenden Informationsstrategie und ausreichend Beratungsmöglichkeiten sollten auch Pflegeinstitutionen präventiv arbeiten. Beispielsweise mit wöchentlichen Angeboten zur Förderung der körperlichen oder auch kognitiven Fähigkeiten. Hier sollten

aber nicht nur stationäre Angebote ausgebaut werden, sondern vor allem ambulante Möglichkeiten, die jederzeit besucht werden können. Um für eine gerechte Gesundheitsförderung zu sorgen, sind Pflegeinstitutionen aller Art, die Gemeinden sowie andere Stakeholder aufgefordert zu kooperieren, um zu einer Verbesserung beizutragen. Hier sollte erwähnt werden, dass vor allem nichtmedizinische Bereiche, wie zum Beispiel die Soziale Arbeit verstärkt eingebunden werden sollten (siehe Kapitel 4). Eine Möglichkeit zur Zusammenarbeit wäre die Veranstaltung von Konferenzen, um sich zu vernetzen und multiprofessionelle Ideen zu entwickeln. (Gellert, Brandenburg, Franke et al., 2023, S. 1-5)

2.3 Ressourcenorientierung

Der Fokus auf die Ressourcen ist vor allem wichtig, damit Menschen ihre Autonomie und ihre Selbstständigkeit nicht verlieren. Sozialarbeiter*innen, aber auch andere Berufsgruppen können dies mithilfe von Einbeziehung und Beteiligung an alltäglichen Prozessen und Handlungen erreichen. Bei den zu unterstützenden Personen sollte darauf geachtet werden, dass sie nicht überfordert, aber auch nicht unterfordert werden. Es kommt darauf an, dass Ressourcen aktiviert werden und so lange wie möglich erhalten bleiben. Diese Aktivierung und Förderung bringen auch andere Vorteile mit, die zum Beispiel zu einer Verbesserung des sozialen Netzwerks oder zu mehr Selbstständigkeit führen. (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2017, S. 240)

Eine Möglichkeit, um Menschen vor der Selbstisolation oder Vereinsamung zu schützen, ist die Miteinbeziehung in das öffentliche Leben. Dies kann durch aufsuchende Arbeit und niederschwellige Angebote gelingen. Im Zuge dessen können Austausch, soziale Beziehungen und Interessen gefördert und zugleich Einsamkeit bekämpft werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Personen dadurch soziale und körperliche Ressourcen wiedererlangen bzw. erst gar nicht verlieren. An Bedeutung muss auch die Entlastung der pflegenden Angehörigen gewinnen, da damit auch eine bessere Lebensgestaltung für die älteren und alten Personen stattfinden kann. Sozusagen eine Win-win Situation für alle Beteiligten, da beide Seiten davon profitieren. Die Angehörigen können entsprechend geschult und weitergebildet werden, um sie mit den Bedürfnissen von älteren und alten Personen vertraut zu machen und den Umgang zu erleichtern. Außerdem wissen viele nicht, dass sie Möglichkeiten zur externen und finanziellen Unterstützung durch Bund und Land haben. Ein weiterer Punkt, um Ressourcen zu mobilisieren, sind Nachbarschaftshilfe und Ehrenamtsarbeit. Nicht nur die älteren Personen profitieren von der Unterstützung, sondern auch die Nachbarn bzw. Freiwilligen. Hier kann gegenseitige Hilfe in alltäglichen Bereichen

von großer Bedeutung sein. Zudem findet ein sozialer Austausch statt, der in vielen Städten wenig bis gar nicht stattfindet. Die Umgebung, in der ältere Menschen leben und sich aufhalten, muss an die Gegebenheiten und die Bedürfnisse angepasst werden, um diese zu erreichen und die Selbstständigkeit zu unterstützen. Hier sollte darauf geachtet werden, dass sich die Menschen selbst einbringen können und ihre Wünsche für den eigenen Lebensraum miteinbezogen werden (zum Beispiel durch Quartiers- oder Siedlungsprojekte). (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018, S. 13-15)

2.3.1 Selektive Optimierung mit Kompensation (SOK)

Das sogenannte SOK-Modell gibt vor, dass es durch Selektion, Optimierung und Kompensation möglich ist der Abnahme der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten entgegenzuwirken. Selektion meint, dass subjektiv Ziele ausgewählt werden, die für die Person bedeutend und umsetzbar sind. Das heißt, dass Ziele selektiert werden und in ‚erreichbar‘ und ‚nicht erreichbar‘ getrennt werden. Ein Beispiel dazu wären Spaziergänge. Wenn eine ältere oder alte Person sehr gerne spazieren geht, kann sie das nach wie vor – nur etwas kürzer bzw. langsamer. Dies trägt dazu bei, dass die Personen sich nicht überfordern und Frustration ausbleibt. Bei der Optimierung werden Kompetenzen, die bereits vorhanden sind, vermehrt genutzt bzw. stetig verbessert. Das bedeutet zum Beispiel, dass durch regelmäßige Treffen soziale Kontakte bzw. der Austausch mit anderen Personen gefördert wird. Kompensation heißt nach dem SOK-Modell, dass starken Verlusten (zum Beispiel die Gehfähigkeit) entgegengewirkt wird, in dem Hilfsmittel (zum Beispiel ein Rollator oder ein Gehstock) hinzugezogen werden. Diese Hilfe nützt dann, wenn gewisse Fähigkeiten abgenommen haben bzw. gar nicht mehr vorhanden sind. (Kessler, 2021, S. 19f.)

Konkludierend lässt sich daraus ableiten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen einen erheblichen Einfluss auf die Erhaltung und Entwicklung der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten haben und zum Erhalt der Lebensqualität von älteren und alten Menschen beitragen können. Je nach Bedürfnissen und Lebenssituation können die Maßnahmen unterschiedlich relevant für die einzelnen Personen sein. Ressourcenorientierung nimmt auf die weitere theoretische Verortung großen Einfluss, weshalb auch dieses Thema bereits kurz beleuchtet wurde. Bei der Ressourcenorientierung fällt auf, dass die Stärkung vorhandener Ressourcen sowie die Miteinbeziehung des familiären und gewohnten Umfelds einen großen Nutzen für die Betroffenen mit sich bringt. Zudem kommt, dass nicht jede körperliche oder kognitive Veränderung gleich heißen muss, dass eine Tätigkeit nicht mehr durchgeführt

werden kann. Anhand des SOK-Modells wird gezeigt, dass die Ressourcen nach wie vor genutzt werden können. Manchmal nur in einem kleineren Umfang, um Frustration zu vermeiden. Aus persönlicher Sicht müssen Lebensqualität, Gesundheitsförderung und Ressourcenorientierung miteinander verknüpft werden, um einen ganzheitlichen Blick auf die Situationen von älteren und alten Menschen zu bekommen.

Im Zuge des nächsten Kapitels wird das Demenzsyndrom näher beschrieben, um Grundkenntnisse über die Thematik zu erlangen.

3 Demenz

Im vorliegenden Kapitel wird veranschaulicht, welche Formen der Demenz existieren und welche Symptome während der Erkrankung auftreten können. Zudem werden der aktuelle medizinische Stand, die Diagnostik als auch einige Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die primäre Form der Demenz

Bei der primären Form kann die Ursache der Demenz im Gehirn gefunden werden. Diese Formen können in ‚fortschreitende‘ (degenerativ) und ‚nicht fortschreitende‘ (nicht degenerativ) Demenzen unterteilt werden.

Tabelle 1: Primäre Demenzformen

	Degenerativ	Nicht degenerativ
Primäre Form	<i>Alzheimer-Krankheit</i>	<i>ausgelöst durch Hirntumor</i>
	<i>Vaskuläre Demenz</i>	<i>ausgelöst durch Schädel-Hirn-Trauma</i>
	<i>Frontotemporale Demenz</i>	<i>ausgelöst durch Hydrozephalus (ugs. Wasserkopf)</i>
	<i>Lewy-Körperchen-Demenz</i>	<i>ausgelöst durch Gefäßentzündungen</i>
	<i>Demenz bei Morbus Parkinson</i>	↓
	↓ Machen 80% aller Erkrankungen der Demenz aus	↓ Hierbei kommt es auf eine rechtzeitige Erkennung an, um die Erkrankung mildern zu können

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Kastner & Löbach, 2010, S. 29)

Diese Tabelle stellt die unterschiedlichen primären Demenzen dar. Die linke Spalte zeigt, dass diese Formen ca. 80% der Demenz ausmachen. In der rechten Spalte befinden sich die nicht degenerativen Formen, die eine schnelle Diagnose bzw. Früherkennung voraussetzen. Die fortschreitenden Demenzen, wie die Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz oder Demenz bei Morbus Parkinson haben als Merkmal, dass sie nicht gestoppt bzw. geheilt werden können (deshalb fortschreitend). Da die primären Demenzformen am häufigsten diagnostiziert werden, kann davon ausgegangen werden, dass viele Menschen diese demenziellen Erkrankungen haben. Die eindeutigen Merkmale der Alzheimer-Krankheit sind Schwierigkeiten beim Äußern der Emotionen, beim Merken und Sprechen, Gehbeeinträchtigungen als auch Schluckprobleme, die sich langsam, aber kontinuierlich verschlechtern. Ein Risikofaktor der Alzheimer-Krankheit ist das ansteigende Alter.

Die vaskuläre Demenz zeigt sich gefäßbedingt mit einem plötzlichen Auftreten und einem schrittweise verschlechternden Verlauf. Risikofaktoren der vaskulären Demenz sind hoher Blutdruck und Diabetes mellitus.

Bei der frontotemporalen Demenz ist der Vorderhirnbereich betroffen. Die Personen zeigen eindeutige Veränderungen in ihren Verhaltensmustern, leiden an enthemmendem Verhalten sowie an Aggressivität und psychischen Beeinträchtigungen. Diese Form wird oft mit anderen psychischen Erkrankungen verwechselt, da viele Symptome ähnlich sind.

Die Lewy-Körperchen-Demenz äußert sich durch einen wechselnden Krankheitsverlauf, halluzinativem Verhalten und durch immer wieder vorkommende unerklärliche Stürze. Außerdem kann bei den Betroffenen eine Unverträglichkeit bei Antipsychotika auftreten. (Kastner & Löbach, 2010, S. 29-37)

Sekundäre Form

Die Ursachen der sekundären Form können aus anderen Erkrankungen entstehen oder liegen primär meist außerhalb des Gehirns.

Tabelle 2: Sekundäre Demenzformen

Sekundäre Form	<i>Vergiftungen</i>
	<i>Stoffwechselerkrankungen</i>
	<i>Medikamente</i>
	<i>Alkohol</i>

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Kastner & Löbach, 2010, S. 37f.)

In dieser Tabelle sind die Demenzen durch Vergiftungen, Stoffwechselerkrankungen, Medikamente oder Alkohol aufgelistet. Diese Formen sind Teil der sekundären Demenz und entstehen meist nach anderen Erkrankungen.

Eine Demenz kann bei Stoffwechselerkrankungen auftreten. Hierzu zählen Hyper- oder Hypoglykämien (des Blutzuckerspiegels), Erkrankungen der Schilddrüse, Vitamin-Mangel-Erkrankungen oder chronische Organkrankheiten.

Eine weitere Möglichkeit der sekundären Form ist die medikamentös bedingte Demenz. Die Kombination, die Dosierung oder die Einnahme an sich kann bei unterschiedlichen Medikamenten zu solch starken kognitiven Beeinträchtigungen führen, dass diese den Grad einer Demenz erreichen können. Hier ist zu erwähnen, dass diese Symptome nach Dosierungsänderung oder dem Absetzen von Medikationen wieder vollständig verschwinden können.

Zudem kann es zu Alkoholdemenzen kommen, wenn eine Alkoholabhängigkeit besteht. Durch die gefährliche Wirkung des andauernden Trinkverhaltens kann es zu kognitiven Veränderungen kommen, die oft nicht von anderen Demenzen unterschieden werden können. Trotzdem sind viele Betroffene meist jünger und haben eine Suchtvorgeschichte. (Kastner & Löbach, 2010, S. 37-41)

3.2 Symptome

Die Symptome der Demenz können sehr unterschiedlich sein, da die Ursachen, wie bereits beschrieben ebenfalls sehr vielfältig sind und ein Zusammenspiel aus vielen Aspekten sein können. Kastner und Löbach sprechen hier von einer Einteilung in fünf verschiedene Symptomkategorien.

In der ersten Kategorie finden sich die kognitiven Symptome, wie Gedächtnisstörungen, Orientierungslosigkeit, Einschränkungen der Motorik und eine Störung des Wiedererkennens und der Sprachfähigkeit. Bereits am Anfang können sich sprachliche Beeinträchtigungen bemerkbar machen und im Laufe der Demenz kann es von kurzen Sätzen zu einzelnen Wörtern bis zur Verstummung kommen. Diese Beeinträchtigungen werden als Aphasien bezeichnet. Beim Erkennen von alltäglichen Situationen oder bekannten Personen kann die Demenz ebenso zu erheblichen Einschränkungen führen. Viele Personen können sich hierbei weder an die eigene Familie noch an die gewohnte Umgebung erinnern. Dies wird auch Agnosie genannt. (Kastner & Löbach, 2010, S. 11f.)

Die zweite Kategorie beinhaltet psychische Störungen sowie Verhaltensveränderungen bei Demenz. Diese Symptomkategorie wird auch BPSD (behavioral and psychological

symptoms of dementia) genannt. Symptome dieser Kategorie beginnen je nach Schweregrad der Demenz mit nächtlicher Unruhe und wandern. Danach kommt es zu depressivem und aggressivem Verhalten und später zu Psychosen und Schreien. Ganz selten kommt es zu Suizidalität und zu körperlicher Aggressivität. In dieser Stufe können Patient*innen nur noch in speziellen Einrichtungen behandelt werden. (Kastner & Löbach, 2010, S. 13, zitiert nach Brodaty, 2003)

Die dritte Kategorie bilden psychische Symptome, die sich von den kognitiven Symptomen nach der Dauer und Verschlechterung unterscheiden. Psychische Symptome können zwar über einen längeren Zeitraum auftreten, jedoch verschlechtern sich diese nicht unbedingt und können sogar wieder gänzlich verschwinden. Dazu zählen Ängste, Misstrauen, depressive Phasen oder auch Frustration. Diese Symptome müssen über eine lange Zeit genau dokumentiert und festgehalten werden, um sie von anderen psychischen Erkrankungen differenzieren zu können. Beispielsweise können optische Halluzinationen ein Hinweis auf eine Lewy-Körperchen-Demenz sein. Halluzinationen werden bei der Alzheimer-Form sehr selten festgestellt. Bei einer vaskulären Demenz hingegen schon, vor allem durch die enorme Verwirrtheit der Betroffenen. (Kastner & Löbach, 2010, S. 13-16)

Die Verhaltensänderungen, die in der vierten Kategorie zu finden sind, treten bei mittelschweren Demenzstadien auf. Dazu gehört sehr oft ein orientierungsloses Umhergehen, ein chaotischer Schlaf-Wach-Rhythmus oder das Verstecken und Sammeln von Dingen. Die Betroffenen sammeln Besteck, Kleidung, Nahrung oder Müll. Das Herumwandern der Betroffenen kann gefährlich werden, da es zu Stürzen, Verletzungen oder einer Orientierungslosigkeit in unbekanntem Gebieten und zu psychischem Stress kommen kann. Zudem können sich diese Veränderungen auch auf die Sexualität beziehen. Möglicherweise entkleiden sich Betroffene in der Öffentlichkeit, es kommt zum öffentlichen Masturbieren oder der Verwendung vulgärer Sprache. Diese Veränderungen stellen vor allem für pflegende Angehörige oder Pflegepersonal eine Herausforderung dar, sollte aber nicht als persönlicher Angriff gesehen werden. All diese Veränderungen benötigen eine genaue Beobachtung über einen längeren Zeitraum, um sie von anderen Erkrankungen unterscheiden zu können und einen adäquaten Umgang zu gewähren. (Kastner & Löbach, 2010, S.16-19)

Im Hinblick auf die fünfte Kategorie lassen sich hier die körperlichen Symptome einordnen. Je nach Demenz können Schlafstörungen, Einschränkungen der Mobilität oder Schmerzen

und Essstörungen zu Beginn oder im Spätstadium auftreten. Hierbei spielen vor allem pflegerische bzw. medizinische Hilfen eine bedeutende Rolle. Wiederholtes Stürzen, die Veränderung der Nahrungsaufnahme und die Möglichkeit der Inkontinenz tragen zu einem erhöhten Pflegebedarf bei. Ab diesem Zeitpunkt können die Betroffenen meist nicht mehr in ihrer gewohnten Umgebung leben, da die Gegebenheiten dies nicht zulassen. Bei den meisten Formen kommt es im Laufe der Demenz zu Einschränkungen des Bewegungsapparates. Die Ursache lässt sich im Gehirn feststellen, da es zu Veränderungen in der Gehirnschicht kommt. Das Schmerzempfinden kann sich ebenfalls durch den Verlauf der Demenz verändern. Häufig stellen Berührungen schon eine enorme Schmerzempfindung dar, was vor allem in pflegerischen, aber auch in alltäglichen Situationen sehr herausfordernd werden kann. Angesichts dieser Veränderung der Schmerzen können diese meist nicht genau beschrieben oder bestimmt werden, da die Betroffenen das selbst nicht genau benennen können. (Kastner & Löbach, 2010, S. 19-21)

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat einige Merkmale zur frühen Erkennung von Demenz festgelegt. Zum einen lassen die Erinnerungen nach und die Betroffenen haben Schwierigkeiten beim Erlernen von Unbekanntem oder beim Merken von Namen oder Geschehnissen. Zum anderen kommt es zunehmend zu Problemen bei der Kommunikation. Die Gespräche werden wirr und die Aufmerksamkeit lässt nach. Außerdem entsteht eine Art von Desorientierung in der gewohnten Umgebung und bei Zeitangaben. Auch die Alltagsaktivitäten können nicht mehr wie früher umgesetzt werden. Ein weiteres Merkmal ist die beginnende soziale Isolation. Die Betroffenen ziehen sich zurück und verlieren die Lust an Aktivitäten. Schließlich kann es auch zu unerklärlichen Stimmungsschwankungen und zu verstärktem Misstrauen und Aggressivität kommen. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021, o. S.)

Die WHO hat 8 Tipps entwickelt, um die begleitenden Symptome zu vermindern bzw. etwas zu kontrollieren. Unter anderem ist es wichtig körperlich aktiv zu bleiben und sich gesund zu ernähren. Außerdem sollte auf Rauchen und Alkohol verzichtet und regelmäßige Kontrollen beim Arzt vereinbart werden. Ein weiterer Tipp ist, dass Betroffene sich ihren Tagesablauf und wichtige Termine notieren, um eine Struktur beizubehalten. Zudem ist es förderlich, wenn Hobbies weitergeführt werden, das Gehirn aktiv gefördert und Zeit mit Familie und Freunden verbracht wird. (WHO, 2023, S. 4)

3.3 Diagnostik

Erna, 77, ehemalige Bibliothekarin: „*Am Anfang verstand ich gar nicht, was mit mir passiert. Ich war verzweifelt. Die Diagnose war dann eine Erleichterung. Das Kind hat jetzt einen Namen, hab ich mir gedacht. Und jetzt weiss ich, warum mir dies geschieht.*“

(Alzheimer Schweiz, 2018, S. 6)

Dieses Zitat zeigt, dass die Ungewissheit über den Gesundheitszustand der Betroffenen aufwühlend und unangenehm sein kann. Für diese Person ist es beispielsweise angenehmer zu wissen, dass sie von Demenz betroffen ist als für ihre Vergesslichkeit, etc. keine Diagnose zu haben. Dies hängt stark von den einzelnen Personen ab und kann vor allem am Anfang der Demenz sehr herausfordernd sein.

Wenn Symptome auftreten bzw. anhaltend sind, dann sollte zur Abklärung der*die Hausarzt*Hausärztin aufgesucht werden. Diese*r kann dann die Betroffenen an Fachärzt*innen von psychiatrischen oder neurologischen Abteilungen überweisen. Einige Hausärzt*innen überweisen auch direkt zur gerontopsychiatrischen Abteilung oder zu Memory Kliniken bzw. zu Gedächtnisambulanzen. Dort gibt es unterschiedliche Möglichkeiten eine Demenz festzustellen. Mithilfe von psychologischen Verfahren in Bezug auf Orientierung, Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis, als auch Laboruntersuchungen kann dann begutachtet werden, ob die Symptome von einer Demenz ausgehen oder eine andere Erkrankung festgestellt werden kann. Unter anderem kann auch ein CT oder MRT dabei helfen, indem der Zustand des Gehirns dargestellt wird. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021, o.S.)

Die Diagnostik kann in Österreich ambulant oder stationär stattfinden. Eine ambulante Diagnostik wird beispielsweise bei niedergelassenen Fachärzt*innen für Psychiatrie oder Neurologie sowie in gerontopsychiatrischen Zentren (Wien und Graz) und in Memory-Kliniken durchgeführt. Stationär abgeklärt werden die Betroffenen in gerontopsychiatrischen, neurologischen oder akutgeriatrischen Abteilungen. Um eine Diagnose zu erhalten, gibt es einige allgemeine Tests bzw. Untersuchungen. Unter anderem wird eine Anamnese und eine Fremdanamnese gemacht. Zusätzlich dazu werden körperliche, psychiatrische und neurologische Untersuchungen durchgeführt. Des Weiteren können auch ein EKG (Elektrokardiogramm), ein MRT (Magnetresonanztomographie) oder Laboruntersuchungen Aufschluss über Demenz geben oder sie ausschließen. Wenn keine eindeutige Diagnose gestellt wird, können weitere Untersuchungen helfen. Mithilfe der

Duplexsonographie (Ultraschall) der Halsgefäße, eines EEGs (Elektro-Enzephalogramm) oder einer Positronen-Emissionstomographie (PET) kann Demenz festgestellt werden. Im stationären Setting kann außerdem eine Lumbalpunktion (Entnahme von Rückenmarks- und Gehirnflüssigkeit) durchgeführt werden. All diese Methoden und Untersuchungen sollten so früh wie möglich gemacht werden, um mit einer passenden Therapie beginnen zu können. (Sepandj, 2015, S. 33f.)

Je nach Symptomatik können unterschiedliche Stadien festgestellt werden. Ein leichtes Stadium betrifft vor allem das Kurzzeitgedächtnis, die Orientierung sowie andere intellektuelle Kompetenzen. Beim mittelschweren Stadium kommt es zu stärkeren Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten, Stimmungsveränderungen, dem bereits genannten Wandern und zu Wahnvorstellungen. Im schweren Stadium sind alltägliche Aktivitäten kaum mehr möglich, motorische und kognitive Fähigkeiten reduzieren sich sehr stark und sprachlich können sich die Betroffenen nur durch wenige Worte äußern. Neben den bereits genannten Diagnostikmöglichkeiten werden auch psychometrische Testverfahren angewendet. Der häufigste ist der Mini-Mental-Status-Test (MMSE). Hierbei werden Fragen zu verschiedenen alltagsrelevanten Themen gestellt, die mittels Punktesystem bewertet werden (maximal 30 Punkte = je weniger Punkte desto eher besteht der Verdacht auf eine Demenz). (Arasteh, Baenkler, Biber et al., 2018, S.1464f.)

3.4 Therapie

Bedeutend für die Therapie von Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen ist eine umfassende Aufklärung über die gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten und die aktuelle medizinische Verfassung der Person.

Therapie mithilfe von Arzneimitteln

Eine Möglichkeit zur therapeutischen Behandlung der kognitiven Gegebenheiten ist die Einnahme von Medikamenten. Dazu zählen Antidementiva, die eine Demenzdiagnose und regelmäßige Untersuchungen während der Einnahme voraussetzen.

Wenn Einschränkungen des Erlebens, Fühlens und des Verhaltens festgestellt werden, können auch andere Medikamente verabreicht werden. Das sind unter anderem Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine. Hierbei ist darauf zu achten, dass durch die Einnahme starke Nebenwirkungen auftreten können. (Sepandj, 2015, S. 35-39)

Therapiemöglichkeiten ohne Arzneimittel

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der körperlichen Einschränkungen, die durch Demenz verursacht werden können, ist die Inanspruchnahme von ergotherapeutischen Maßnahmen. Durch Hilfestellungen und Tipps kann der Alltag für die Beteiligten erleichtert werden. (Fellinger & Tatzer, 2015, S. 46f.)

Des Weiteren kann eine diätologische Behandlung in Anspruch genommen werden, um dem oftmals starken Gewichtsverlust der Betroffenen entgegenzuwirken. Häufig ist dieser Gewichtsverlust auf eine Mangelernährung zurückzuführen, die mithilfe von Diätolog*innen verändert werden kann. (Auer, 2015, S. 48)

Um sprachliche und schlucktechnische Einschränkungen zu vermindern, ist eine Behandlung im logopädischen Bereich möglich. Hierbei wird aktiv kommuniziert, die Atmung, die Stimme, als auch das Schlucken gefördert. (Jungwirth, 2015, S. 49)

Bei einer orthoptischen Behandlung können Einschränkungen der Sehfähigkeit ausgeglichen werden, um Stürze zu verhindern, die durch das Sehen von Doppelbildern, etc. verursacht werden können. Im Alltag stellt diese Unterstützung eine Erleichterung beim Wahrnehmen und Orientieren dar. (Resch, 2015, S. 50)

Um körperliche Einschränkungen zu begleiten und zu verbessern, kann eine Physiotherapie unterstützend wirken. Durch die Demenz können Gang-, Kraft- und Koordinationsprobleme im Alltag auftreten, die zu einer allgemeinen Unsicherheit von körperlichen Tätigkeiten führen und Stürze begünstigen können. (Schlegel & Wewerka, 2015, S. 51f.)

Zuletzt kann auch eine musikalische Therapie helfen, wenn sprachliche Einschränkungen durch Demenz vorherrschen. Durch diese Möglichkeit des Singens und Musizierens kann ein Miteinander und eine Form der Kommunikation stattfinden. Die Ziele sind eine Verbesserung der Gefühlslage, Reize für das Gehirn zu schaffen und die Lebensqualität zu erhöhen. (Geretsegger & Phan Quoc, 2015, S. 52f.)

3.5 Selbstständigkeit und Lebensqualität mit Demenz

Die Pflege-Charta stellt im ersten Artikel klar, dass jeder Mensch, der auf Hilfe und Pflege angewiesen ist, ein Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf unterstützende Maßnahmen hat. Diese sollen dazu beitragen, dass Selbstbestimmung und Selbstständigkeit lange bestehen bleiben können. Die Rechte des Willens und den Entscheidungen der Menschen müssen beachtet und dem Handeln angepasst werden. Die Verwirklichung ihrer Wünsche und Bedürfnisse müssen dementsprechend eingebunden und an erster Stelle stehen. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018, S. 8-10)

Nach einer Diagnose des Demenzsyndroms kann es oft länger dauern, bis sich der Gemütszustand und die Aktivitätsbereitschaft der Betroffenen ändern. Dennoch ist es wichtig, dass Selbstständigkeit gefördert wird und Bewegungsmöglichkeiten vorhanden sind. Bei alltäglichen Versorgungstätigkeiten (sich waschen, kochen, etc.) kann mit Unterstützung sehr viel Selbstständigkeit erhalten bleiben. Jedoch ist es wichtig, dass diese Tätigkeiten so lange wie möglich allein durchgeführt werden können. Außerdem ist Bewegung sehr bedeutend, um die Wahrnehmung der Umwelt mit allen Sinnen beizubehalten. Auch später sind Aktivitäten, die zu mehr Gespür für den eigenen Körper führen sehr hilfreich (zum Beispiel ein Massageball). Durch Rituale und geplante bzw. besprochene Tagesabläufe kann die Person sich auf die bevorstehenden Aktivitäten einstellen. Schon kleine Veränderungen können die Betroffenen aus der Balance bringen und sie verunsichern. Eine Struktur im Alltag ist vor allem hilfreich, um so lange wie möglich selbstständig zu leben. (Volkshilfe Österreich, 2020, S. 7f.)

Die Betroffenen, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz befinden, äußern, dass sie vor allem durch soziale Beziehungen Sicherheit und Wertschätzung erleben. Trotzdem ist Lebensqualität sehr subjektiv und deshalb ist nicht pauschal zu sagen, was Demenzbetroffene zum Erhalt der Lebensqualität brauchen. Das muss individuell festgestellt werden, denn je nach Wünschen oder Bedürfnissen werden unterschiedliche Dinge gebraucht. In der Pflege und auch zuhause können unter anderem Verständnis, Geduld und Einfühlungsvermögen sehr viel bewirken, da sich die Betroffenen gehört und gesehen fühlen. (Universität Zürich, 2018, S. 7-12)

Der deutsche Ethikrat fordert im Umgang mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihrer Selbstständigkeit eine achtsame Haltung. Wichtig ist die Orientierung an den Bedürfnissen und die Wahrnehmung und die Berücksichtigung der Individualität. Dies ist

vor allem am Anfang der Demenz einfacher, da die Menschen noch selbstbestimmter und eigenständiger denken und handeln können. Im Laufe der Demenz wird es zunehmend schwieriger die Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten. Hier kommt es nämlich meist zu einer Abhängigkeit von anderen Personen und die Bereiche, in denen die Betroffenen selbstständig sein können, verringern sich. Bei alltäglichen Aktivitäten ist dies jedoch meist länger möglich. Darunter fallen beispielsweise selbstständiges Essen, Gehen und Waschen. Um Selbstständigkeit zu ermöglichen bzw. zu fördern können einige Faktoren beachtet werden. Zum Beispiel der Verbleib im gewohnten Umfeld, als auch der Austausch bzw. Kontakt mit vertrauten Personen. Außerdem muss auf Signale, Bedürfnisse und Handlungen genau geachtet und adäquat darauf reagiert werden. Menschen mit Demenz haben gute Gründe für ihr Handeln und ihre Äußerungen. Diese sollten reflektiert und verstanden werden. Dazu wird ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, Verantwortung und Verständnis benötigt. Nicht alle Wünsche können und müssen erfüllt werden, da dies auch Gefahren und Schädigungen nach sich ziehen könnte. Meist stellt das eine große Herausforderung dar, da es oft zu dem Gedanken kommt, dass diese Wünsche unbedingt erfüllt werden müssen. Die mögliche Folge daraus wäre Überforderung. Eine Möglichkeit, um die Personen selbst mitentscheiden zu lassen, ist die Auswahl mehrerer Optionen. Hierbei braucht es unter anderem viel Geduld und Einfühlungsvermögen, da auch diese Entscheidungen im Laufe der Demenz nicht mehr einfach für die Betroffenen sind. Des Weiteren sollten Menschen mit Demenz sehen und bemerken, dass sie verstanden werden und ihre Gefühle ernst genommen werden. Auch in späteren Stadien der Erkrankung können Gespräche über anstehende Veränderungen bzw. Entscheidungen geführt werden, um Bedürfnisse zu erkennen und zu erörtern. Die Berücksichtigung der Anliegen bzw. Äußerungen der Betroffenen müssen stets mitbedacht werden, auch wenn sie nicht immer erfüllt werden können. Hier können dann Alternativen gefunden werden, um den Interessen gerecht zu werden. Dennoch stellen Kleinigkeiten (die für uns eventuell so wirken) für Menschen mit Demenz oft große Veränderungen dar, die viel bewirken können. Je nach Sichtweise kann diskutiert werden, inwieweit im Laufe der Demenz überhaupt noch von Autonomie gesprochen werden kann. Dies hängt von der Entscheidung selbst, vom Krankheitsstadium aber auch von den betreuenden Personen ab. Wenn eine Selbstbestimmung nicht mehr möglich ist, müssen Entscheidungen wohlwollend von Angehörigen getroffen bzw. übernommen werden. (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 53-64)

„Das bereits vom Parlament beschlossene 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) wird am 1. Juli 2018 in Kraft treten und das Sachwalterrecht umfassend modernisieren.

Das neue Erwachsenenschutzrecht stellt die Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungshilfe für die Betroffenen in den Mittelpunkt.“ (Bundesministerium für Justiz, 2017, S. 6)

Dieses Gesetz aus dem Jahr 2018 hat vier Möglichkeiten zur Auswahl, um für verschiedene Situationen die passende Vertretung zu finden. Zum einen ist dies die Vorsorgevollmacht, die im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit des*der Betroffenen auf den*die Vorsorgebevollmächtigte*n unbefristet übergeht. Die zweite Option ist die gewählte Erwachsenenvertretung, die unbefristet von den Betroffenen auch dann ausgewählt werden kann, wenn sie nicht mehr vollständig handlungsfähig sind. Als dritte Möglichkeit steht die gesetzliche Erwachsenenvertretung zur Wahl, die eine Vertretung durch den*die nächste*n Angehörige*n zulässt. Zudem kommt eine gerichtliche Kontrolle und eine Erneuerung nach drei Jahren. Zum anderen gibt es die gerichtliche Erwachsenenvertretung, die nur einzelne Handlungsmöglichkeiten vorsieht. Die Dauer dieser Option wird nach der vorgesehenen Handlung beendet oder nach 3 Jahren. Diese Möglichkeit sollte die letzte Wahl der vier genannten sein. Die Vorteile dieses Gesetzes sind unter anderem Berücksichtigung der eigenen Wünsche, Vertretung auf ausgewählte Zeit, Anpassung der Vertretung an die Situation der Betroffenen und ein umfassender Blick auf die Person selbst. (Bundesministerium für Justiz, 2017, S. 6-12)

Daraus resultierend kann gesagt werden, dass demenzielle Erkrankungen komplexe Hintergrundstrukturen aufweisen. Zum einen gibt es viele verschiedene Formen, die mit unterschiedlichen Symptomen einhergehen und zum anderen gibt es je nach Diagnose zahlreiche Therapiemöglichkeiten, die nicht vollständig aufgezählt werden können, da diese den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würden. Zudem lässt sich aus der Literaturrecherche ableiten, dass in der Arbeit mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen die Haltung eine große Rolle spielt. Die betroffene Person sollte ihre Selbstständigkeit so lange wie möglich bewahren können und ihre eigenen Entscheidungen treffen. Andererseits besteht im Laufe der Erkrankung ein Abhängigkeitsverhältnis zu dem*der Betreuenden. Im Umgang mit Menschen mit Demenz muss eine respektvolle, einfühlsame und bedürfnisorientierte Arbeitshaltung im Fokus stehen. All diese Faktoren müssen berücksichtigt werden, um im Pflege- und Betreuungsverhältnis angemessen

arbeiten zu können. Welche Möglichkeiten der Sozialen Arbeit hierbei offenstehen, wird im nächsten Kapitel erläutert.

4 Soziale Arbeit und Demenz

Nachdem im letzten Kapitel auf Demenz im Allgemeinen eingegangen wurde, soll nun im vierten Kapitel die Soziale Arbeit mit der Thematik Demenz verknüpft werden. Hierbei werden die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit, die Bedeutung von Angehörigenarbeit und der Handlungsbedarf skizziert.

In der Altenarbeit hat die Soziale Arbeit mehrere Aufgaben, die für die älteren und alten Menschen auch zukünftig maßgeblich wichtig sein werden. Die Soziale Arbeit muss unter anderem dafür sorgen, dass eine Infrastruktur mit Angeboten, Strategien und Hilfen geboten wird und diese auch genutzt werden können. Zudem kommt auch, dass sie ältere und alte Menschen dazu ermutigen kann ihre Bedürfnisse auszudrücken, um diese auch zu befriedigen. Eine weitere Aufgabe ist die Aneignung von theoretischem und fachlichem Wissen über die Lebenswelten, über Versorgungsmöglichkeiten und die Lebensführung von alten Menschen. All das trägt dazu bei, dass die Versorgungsstrategien ausgebaut und weiterentwickelt werden können. Immer in Anbetracht und unter Miteinbeziehung der älteren und alten Menschen. (Meyer, 2019, S. 306)

Soziale Arbeit, als Menschenrechtsprofession, muss die festgelegten Menschenrechte vertreten und sich für die Verbesserung der Situationen von benachteiligten Menschen einsetzen. Auch im Global Action Plan für Demenz (Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025) der WHO wird die Bedeutung von den Menschenrechten in Bezug auf Menschen mit Demenz herausgearbeitet. Die Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen stehen im Fokus und müssen durch die gesetzlichen Grundlagen sichergestellt werden. Um Menschen mit Demenz unterstützen zu können, müssen die Menschenrechte geschützt werden. Vor allem in den Gesundheitsbereichen und in Pflege- und Wohnheimen muss vermehrt auf die Rechte der Menschen durch externe Professionist*innen geachtet werden, da es hier immer wieder zu Gewalt in der Pflege und Betreuung kommt. Eine umfassende Netzwerkarbeit mit den zuständigen Kooperationspartnern ist notwendig, um Menschen mit Demenz ausreichend zu unterstützen. Dazu zählen die Betroffenen selbst, Angehörige, Pflegepersonen, der Gesundheitsbereich, der Sozialbereich, die Politik und die Öffentlichkeit. Mithilfe der Vernetzung können im multiprofessionellen Setting Strategien,

Zukunftspläne, Projekte und Ideen entwickelt werden, die Unterstützungsangebote für Betroffene und (pflegende) Angehörige, die Sensibilisierung der Gesellschaft und die Weiterbildung des Gesundheits- und Sozialbereiches sicherstellen. (WHO, 2017, S. 4-12)

Die Soziale Arbeit hat den Auftrag marginalisierte Gruppen zu stärken und politisch aktiv zu werden, um Veränderungen für ihre Klient*innen zu erwirken. Für ältere und alte Menschen sowie für Menschen mit Demenz ist wichtig, dass es genügend altersgerechte und barrierefreie Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten gibt. Außerdem müssen auch in Zukunft mehr adäquate Beratungsangebote geschaffen werden, die Menschen mit Demenz unterstützen und begleiten. Bedeutend ist auch die Arbeit mit den Angehörigen und den Familien. Die Soziale Arbeit wird durch den demografischen Wandel in Zukunft eine große Rolle spielen, da Sozialarbeiter*innen Netzwerke und Ressourcen stärken können und Menschen in ihrer Selbstbestimmtheit unterstützen sowohl auch partizipativ an Entscheidungsprozessen, etc. teilhaben lassen. (Jost, 2013, S. 172)

4.1 Angebote Sozialer Arbeit

Die Möglichkeiten von Sozialarbeiter*innen in Österreich im Altenbereich sind je nach Bundesland unterschiedlich stark ausgeprägt. Vor allem demenzielle Erkrankungen verknüpft mit Sozialer Arbeit ist nur selten als eigenständiges Handlungsfeld vertreten. Es gibt beispielsweise spezielle Beratungseinrichtungen bzw. -programme für Demenz, die von Sozialarbeiter*innen unterstützt werden. Bundeslandabhängig gibt es unterschiedliche Bereiche in der Altenarbeit in denen Sozialarbeiter*innen in Österreich (im multiprofessionellen Setting) tätig sind. Aufgabenbereiche sind unter anderem in Beratungs- und Kompetenzzentren, Tätigkeiten in geriatrischen und gesundheitlichen Einrichtungen, mobile Angebote, Tätigkeiten in der Hospizarbeit und Beratungstätigkeiten in speziellen Beratungseinrichtungen (z.B. für Demenz). (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2017, S. 240f.)

Im Umgang mit Demenzbetroffenen müssen Sozialarbeiter*innen über das Wissen verfügen, dass sich nicht nur im medizinischen Sinne die Strukturen im Gehirn verändern, sondern auch die Sozialbeziehungen und das soziale Handeln im Alltag. Bei den Betroffenen verändert sich die Individualität und dadurch auch der Austausch und die zwischenmenschlichen Handlungen. Für die Angehörigen und Pflegenden ist wichtig, dass sie diese Veränderungen des betroffenen Menschen anerkennen und respektieren. Im professionellen Setting sollten Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sowie die

Möglichkeit auf Individualität unbedingt als Leitsätze mitbedacht werden. Ziel ist es diese Aspekte im Zusammenhang mit einzigartigen Menschen, die orientierungslos, unruhig und aggressiv werden können, als Ursache der demenziellen Erkrankung zu sehen. (Scheu, 2014, S. 26f.)

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit wäre vor allem in den Anfangsstadien der Demenz wichtig, dass die Menschen selbstbestimmt weiterleben können und die Umwelt in Zusammenarbeit mit den Betroffenen entsprechend angepasst wird. Durch Veränderungen im gewohnten Umfeld können Barrieren oder Störfaktoren beseitigt werden und helfen den Betroffenen beim selbstständigen Wohnen (sofern das möglich ist).

Menschen mit Demenz sollen und müssen ein Mitspracherecht haben. Ein weiteres Augenmerk sollte auf die Angehörigen gelegt werden, da eine Überforderung weder für die Betroffenen noch für die Angehörigen selbst förderlich ist. Sozialarbeiter*innen finden hier auch die Aufgabe Ressourcen abzuklären und wenn nötig das Hilfesystem zu erweitern. Außerdem gibt es für ältere und alte Menschen eine Fülle an finanziellen und rechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten, die von Sozialarbeiter*innen an die Betroffenen weitergegeben und wenn Hilfe benötigt wird, auch beantragt werden können. Je nach individueller Wohn-, Gesundheits- und Finanzsituation können hier unterschiedliche Förderungen von Bund bzw. Land erlangt werden. Konkret können Sozialarbeiter*innen anhand der Biografien ihrer Klient*innen beratend, unterstützend und begleitend tätig sein. (Jost, 2013, S. 169f.)

Eine Möglichkeit, wie Sozialarbeiter*innen vermehrt in gesundheitlichen und pflegerischen Bereichen mitwirken können, ist die klinische Sozialarbeit. Hier reichen die Tätigkeitsfelder in der Beratung von der Kindheit bis zum Alter. In gerontopsychiatrischen und geriatrischen Abteilungen sind Sozialarbeiter*innen mit speziellem Wissen bei Alterserkrankungen, wie zum Beispiel der Demenz, tätig. Aufgaben sind Informationsvermittlung, Konfliktlösung, Entlastung, Krisenintervention und Empowerment der Klient*innen. Meist gibt es in Krankenhäusern multidisziplinäre Teams, bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, etc. (Pauls, 2018, S. 11)

Grundsätzlich wäre eine größere Präsenz von Sozialarbeiter*innen in Kontakt- und Beratungsstellen wichtig, um durch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen möglichst schnell zu helfen. Das Ziel wäre, dass dabei die Betroffenen selbst, aber auch die (pflegenden) Angehörigen passende Unterstützung finden. Die Aufgabenbereiche sind sehr

breit gefächert. Einerseits geht es darum die Personen aufzuklären. Die Themen reichen von diagnostischen Verfahren der Medizin oder Psychologie bis hin zu den Behandlungen betreffend therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten. Des Weiteren geht es auch um die Beratung über die Angebotslandschaft in der jeweiligen Umgebung und um die eigene Gesundheitsförderung mithilfe von Selbsthilfegruppen oder Schulungen für Angehörige. Eine weitere Aufgabe besteht darin die Öffentlichkeit über das Thema Demenz aufzuklären, Veranstaltungen zu organisieren und Informationen bereitzustellen. Hierbei helfen Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Gemeinden, anderen Trägern und Einrichtungen. Auf dieser Grundlage kann ein umfassendes Netzwerk eruiert werden, das dann den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zugutekommt. Dennoch müssen dafür ausreichend Angebote und Möglichkeiten zur Weitervermittlung zur Verfügung stehen. Das heißt: Je umfangreicher die Versorgungslandschaft eines Bundeslandes oder eines Ortes ist, desto leichter ist die Vernetzung, Vermittlung und Unterstützungsbeschaffung. (Neumann, 2011, S. 328-331)

In Österreich gibt es beispielsweise mehrere Formen der Beratung in diesem Handlungsfeld. Eine Art ist die klassische Sozialberatung, die Informationen über Betreuung und Pflege bereitstellt und eine niederschwellige und schnelle erste Hilfe darstellt. Beispiele für diese Form in Österreich sind: Pflgetelefone, Sozialtelefone oder Beratungsschecks. Eine weitere Methode ist die erweiterte Sozialberatung bzw. das Fallmanagement (Case Management). Die Stärken dieser Form sind die Individualität der Beratung durch den spezifischen Blick auf die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Das Projekt „netzwerk aktiv – besser leben mit Demenz“, das Case Management der BVA oder das Case Management der Salzburger Gesundheitskrankenkasse sind beispielhafte Modelle dafür. Weitere Beispiele gibt es auch international (zum Beispiel das MADDE Program – Medicare Alzheimer’s disease demonstration and evolution in Amerika. Die Professionist*innen übernehmen hier Aufgaben, wie Hilfsabklärung oder Ressourcenbeschaffung für Menschen mit Demenz. Eine weitere ist die psychosoziale und sozialpädagogische Form, die lösungs- und ressourcenorientiert vorgeht. Neben der Lebenswelt werden auch gesellschaftliche Aspekte miteinbezogen, um möglichst umfassend (beratend, aufsuchend, ermutigend) agieren zu können. Möglichkeiten dieser Beratungsform gibt es in Österreich viele. Unter anderem durch Angebote der Caritas Wien, unterschiedliche Selbsthilfegruppen, Pflegestammtische oder Alzheimer Angehörige Austria. Die vierte Möglichkeit der Beratung in Österreich ist die psychologische Beratung. Vor allem in klinischen Settings ist diese Form stark ausgeprägt. Die Ziele sind Entspannung, Psychoedukation und Verhaltensänderung.

Beispielhaft dafür sind Memory Kliniken oder gerontopsychiatrische Zentren, die eher als höherschwellig gesehen werden. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 47-50)

Sozialarbeiter*innen können beispielsweise auch in ambulanten Diensten und in betreuten Wohngemeinschaften mitwirken. Leider ist die Präsenz der Sozialen Arbeit in solchen Arbeitsfeldern, aber vor allem in ambulanten Pflegediensten, eher selten gegeben. Dies hängt auch häufig mit den Finanzierungsbarrieren zusammen, die damit einhergehen.

Sehr viele Pflegekräfte beschäftigen sich während der pflegerischen Versorgung noch mit Beratung, Aufklärung und Angehörigenarbeit. Diese Aufgabenbereiche könnten von Sozialarbeiter*innen übernommen werden, um auch die Pflegekräfte, mit ihrer ohnehin herausfordernden Arbeit, zu entlasten. Hierbei müssen den Sozialarbeiter*innen Kenntnisse in Case und Care Management zur Verfügung stehen. Beispiele für solche Betreuungsformen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, die es beispielsweise vermehrt in Deutschland (vereinzelt aber auch in Österreich) gibt. Die Merkmale dieser Wohnform sind, dass ca. sechs bis zehn Personen in einer Wohnung zusammenleben, es gibt keinen Träger, es besteht ein Mieterstatus und die Pflegedienste kommen je nach Bedarf. Die Versorgung der Wohngemeinschaft findet über ein mobiles Betreuungsteam statt. Die Soziale Arbeit kann hierbei unterschiedliche Aufgaben übernehmen. Dazu zählen beratende Tätigkeiten der einzelnen Personen bzw. der Angehörigen, Mitwirkung bei Ein- oder Auszügen, Vermittlung zu Gruppen- oder Einzelangeboten außerhalb der Wohngemeinschaft, Unterstützung bei Konflikten sowie die Begleitung der Pflegekräfte. (Jaeger, 2011, S.339-344)

Der Pflegekompass ist beispielsweise eine Möglichkeit, um eine soziale Diagnose der aktuellen Pflegesituation durchzuführen. Mithilfe des Pflegekompasses wird der Unterstützungsbedarf für pflegende Angehörige und die Betroffenen eruiert, um dann einen individuellen und bedarfsgerechten Plan zu entwickeln. In den Gesprächen rund um die Betroffenen kann festgestellt werden, welche Hilfen notwendig sind und was schon gut funktioniert. (Fenninger, 2015, S. 134)

In Oberösterreich sind Sozialarbeiter*innen beispielsweise in sogenannten Demenzservicestellen vertreten, die in einem interdisziplinären Team mit Psycholog*innen und Demenztrainer*innen zusammenarbeiten. Diese Vorgehensweise hilft bei der Erstellung

eines abklärenden Ablaufs von der Diagnose bis zur passenden Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen. Die Finanzierung läuft über das Land Oberösterreich und die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). (Mayer, 2023, S. 15)

4.2 Die Bedeutung von Angehörigenarbeit

„Eine Demenzerkrankung verändert das Leben von Angehörigen von Grund auf. Pflegende Angehörige sowie ganze Familiensysteme sind gezwungen, ihr Leben vollkommen auf diese neue Lebenssituation einzustellen.“ (Neumann, 2011, S. 324)

Um Betroffene und Angehörige aktiv zu stärken ist ein hohes Maß an Professionalität notwendig, da wie beschrieben nicht allein die pathologische Sichtweise ausreicht, um umfassende Unterstützung zu gewährleisten. Wichtig ist, dass die betreuenden, pflegenden und auch besorgten Angehörigen bei Strategien unterstützt werden, die für den Umgang mit demenziellen Erkrankungen hilfreich sind. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, dass sich Angehörige und Betroffene in einer Umgebung austauschen können, die sich nicht ausschließlich auf das eigene Zuhause oder eine Pflegeeinrichtung bezieht. Deswegen ist auch eine demenzfreundliche Umgebung in öffentlichen Räumen umso wichtiger. (Scheu, 2014, S. 27)

Der Fakt, dass pflegende Angehörige unter einer hohen psychischen Belastung stehen, bedeutet auch, dass präventive Maßnahmen in der Arbeit mit Angehörigen notwendig sind. Um Angehörige zu entlasten sind neben regelmäßigen Gesprächen mit Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten auch Motivation und Bestärkung hilfreich. Die Tätigkeiten von pflegenden Angehörigen umfassen neben der äußerst anstrengenden pflegerischen Unterstützung auch organisatorische Belange, emotionale Bestärkung, Ermutigung und ein hohes Maß an ständiger Aufmerksamkeit und Aufsicht der Betroffenen. Ein häufiger Grund, wieso keine Hilfe in Anspruch genommen wird, ist die Angst um die Betroffenen und der Gedanke, dass es ohne zusätzliche Hilfe möglich ist. Jedoch ist dies nicht immer der Fall, wenn der Pflegeaufwand mit der Zeit zu groß wird und finanzielle sowie eigene körperliche Barrieren entstehen. Meist kann die Inanspruchnahme einer Beratung ausreichen, um über die für die Erkrankung spezifischen Verhaltensveränderungen, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Unterstützungsangebote und die rechtlichen und finanziellen Ansprüche des jeweiligen Bundeslandes aufzuklären. Auch hinsichtlich des Umgangs mit den Betroffenen kann eine Beratung entlastend wirken, da Situationen und Verhaltensweisen besprochen werden können. Das Ziel ist eine einzelfallspezifische

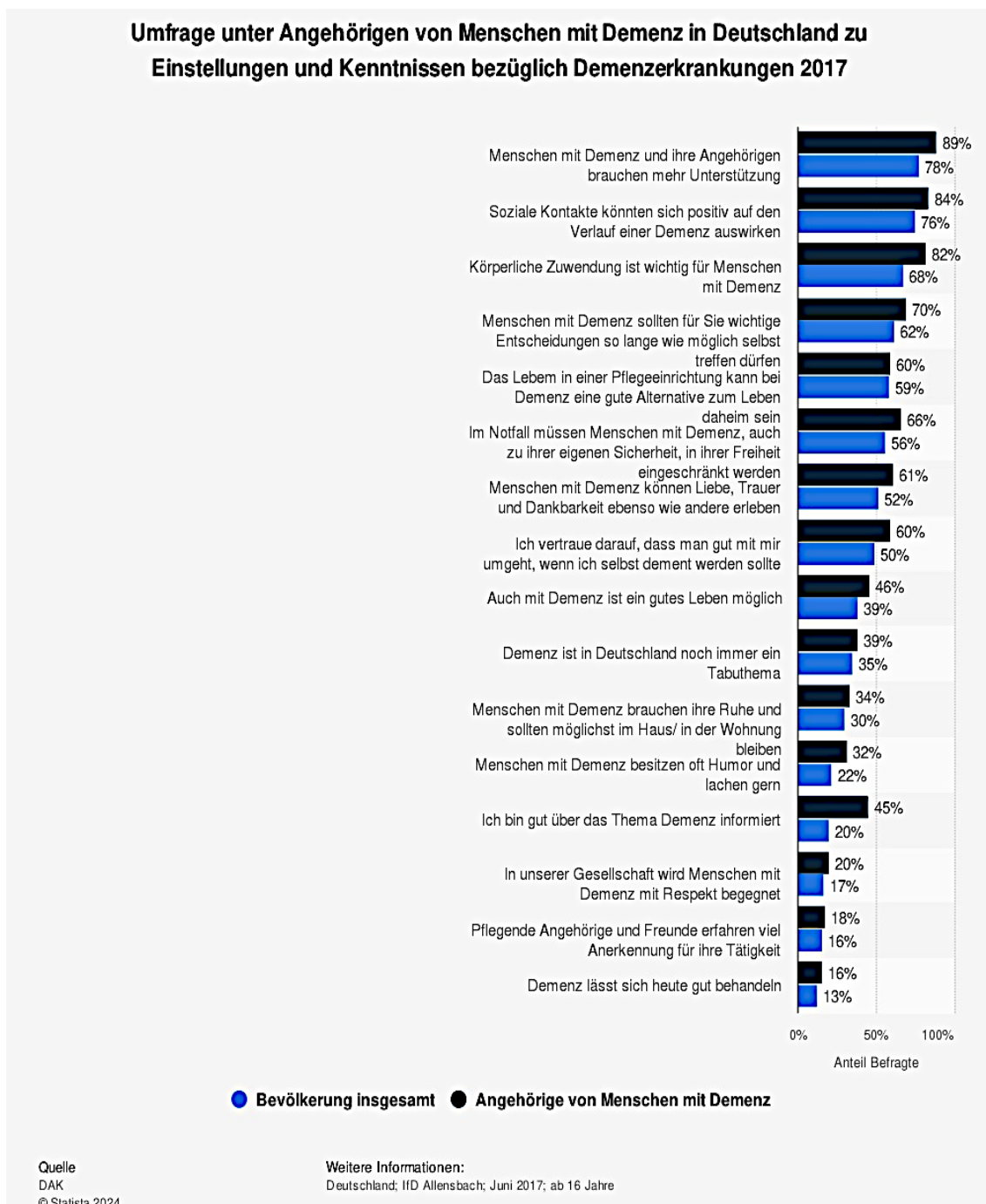
Beratung und Abklärung der Ressourcen (Case-Management), um neben den Betroffenen auch die Angehörigen entsprechend zu unterstützen. (Grasser & Kunar, 2014, S. 135; Neumann, 2011, S. 324f.)

Die Familie und das soziale Umfeld tragen die Hauptlast, wenn Personen mit demenziellen Erkrankungen über eine lange Zeit noch zuhause wohnen. Einerseits eine wunderbare Möglichkeit so lange wie möglich im gewohnten Umfeld zu leben und die Angehörigen nah bei sich zu haben. Dennoch ist es wichtig, dass genug Entlastung und Unterstützung gewährt wird, um dies auch weiterhin zu ermöglichen. Die Situation in der Gesellschaft, dass es immer mehr Einzelhaushalte gibt und Frauen seltener die Möglichkeit haben, dass sie zuhause bleiben, erschwert diese Pflege von den Angehörigen in gewohnter Umgebung. Die psychischen und zeitlichen Belastungen, die mit der Pflege einhergehen, sind oft mit dem Arbeitsleben und den Ressourcen nicht mehr vereinbar. Zudem werden finanzielle Mittel benötigt, die nicht jede*r zur Verfügung hat. Das größte Problem an der Unterstützungsstruktur – das unzureichende Angebot an kostenlosen bzw. günstigen Psychotherapien oder Supervisionen. (Croy & Natlacen, 2015, S. 128f.)

Im Zuge einer qualitativen Forschung mit (pflegenden) Angehörigen in Österreich konnten vier verschiedene Themen herausgefiltert werden, die die Bedürfnisse und Erfahrungen der Angehörigen zusammenfassen. Zum einen war das die Darstellung von Demenz in den Medien und der Gesellschaft. Viele der befragten Personen geben an, dass sie schockiert waren, wie der Bedarf an Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen beschrieben wird und welche Vorurteile es gibt. Des Weiteren weisen die Pflege und die Betreuung eine gewisse Kontinuität auf, die aber auch mit Überforderung und Konflikten einhergeht. Ein wichtiger genannter Punkt im Umgang mit den Betroffenen ist der Humor im Alltag. Dieser Aspekt hilft vielen Angehörigen und den Betroffenen, da gemeinsam gelacht werden kann. Trotzdem kommt es in Alltagssituationen immer wieder zu Auseinandersetzungen vor allem in Bezug auf fehlendes Wissen über pflegerische Tätigkeiten. Zudem wurden auch Gewalterfahrungen und der Umgang mit Sexualität und anderen Bedürfnissen in Verbindung mit Überforderung erwähnt. Ein weiterer Aspekt war Selbstfürsorge, der Fokus auf die eigene Person und die Gesundheit. Die Angehörigen haben wenig Zeit, um für sich selbst zu sorgen. Wichtige Alltagsaktivitäten und sogar Operationen werden verschoben oder ausgesetzt und Erkrankungen werden nicht auskuriert. Außerdem wurde auch die mangelhafte Unterstützung genannt, die Auswirkungen auf das Stimmungsbild der Angehörigen hat. Die Organisation von Unterstützungsangeboten stellt sich als erfolglos und

mühsam dar. Hierbei spielen vor allem finanzielle und strukturelle Barrieren eine große Rolle. Eine Möglichkeit zur Verbesserung aus Sicht der Angehörigen ergibt sich aus Aufklärung und Zusammenarbeit in den Nachbarschaften. Somit könnten ganze Gemeinden und auch tägliche Nahversorger aufgeklärt und sensibilisiert werden. Außerdem ist wichtig, dass die Erfahrungen und Bedürfnisse der Angehörigen ernst genommen werden, da sie sehr viel Bezug zu den Lebenswelten der Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben und somit einen Beitrag leisten können. (Tatzer, Reitinger et al., 2020, S. 246-250)

Abbildung 1: Befragung zu Einstellungen und Kenntnissen bezüglich Demenzerkrankungen (DAK, 2017)



In dieser Statistik wurden die Bevölkerung und Angehörige von Menschen mit Demenz zu den Einstellungen und dem Wissen über Demenz befragt.

Diese zeigt, dass sich davon 89% einig sind, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihre Angehörigen mehr Unterstützung benötigen. Zudem wird auch deutlich, dass soziale Kontakte und körperliche Zuneigung positive Auswirkungen haben und wichtig sind. Ein bedeutender Aspekt ist die Wichtigkeit von der Selbstständigkeit und -bestimmung, die so lange wie möglich gefördert werden sollte. Bei den meisten Punkten sind sich die Öffentlichkeit und die Angehörigen mit kleineren Unterschieden einig. Nur bei dem Thema, wie gut die Personen über Demenz informiert sind, wird klar, dass die Öffentlichkeit, die keinen direkten Bezug zu Demenz hat, kein informatives Wissen zu demenziellen Erkrankungen hat. Dies wäre vor allem durch mehr Öffentlichkeitsarbeit wünschenswert, um die Gesellschaft zu sensibilisieren. Erschreckend ist das Ergebnis zur Frage nach der öffentlichen Begegnung mit der Gesellschaft. Hier zeigt sich, dass Menschen mit Demenz eher selten mit Respekt begegnet wird. Außerdem erfahren pflegende Angehörige als auch das soziale Umfeld nicht sehr viel Anerkennung für ihr Tun. (DAK, 2017, o.S.)

4.3 Ressourcenorientierte Haltung/Darstellung

Eine Sichtweise, die die Ressourcen und Stärken von Demenzbetroffenen hervorhebt, wäre in der Gesellschaft im Allgemeinen sehr wünschenswert. Vor allem mit dem Ziel Ängsten und Unsicherheiten entgegenzuwirken und die Öffentlichkeit zu sensibilisieren (zum Beispiel in den Medien). Menschen mit Demenz sind die Expert*innen für ihre Lebensgestaltung und ihren Alltag. Warum also nicht sie selbst befragen und miteinbeziehen? Es gibt viele Ressourcen, die weiterhin vorhanden sind, um den Alltag zu gestalten. Gravierend wäre die Annahme, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen keine schönen Erlebnisse und Momente mehr haben können. Demenz ist etwas, was uns alle betrifft. Um nicht die Krankheit per se in den Fokus zu stellen, sollte immer der Mensch im Mittelpunkt stehen (zum Beispiel: Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder Menschen mit Demenz). Meist wird Demenz mit negativen Bildern assoziiert. Diese Sichtweise ist vor allem für Betroffene selbst nicht respektvoll, es kommt zu Veränderungen, jedoch können diese im positiven Sinne genutzt werden, um neue Fähigkeiten zu entwickeln oder vorhandene Kompetenzen zu fördern. (Gesundheit Österreich, 2021, S. 2-9)

Die Soziale Arbeit muss sich für diese Haltung einsetzen, da diese in ihrem Kompetenzbereich liegt. Alle Menschen sollen die Möglichkeit haben sich mit Hilfe zur Selbsthilfe weiterzuentwickeln bzw. so weit wie möglich selbst zu entscheiden und

mitzuwirken. Ziel ist die vorhandenen und vielleicht nicht auf den ersten Blick sichtbaren Ressourcen herauszufinden und diese mit den Betroffenen zu fördern. (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2017, S. 240)

4.4 Case Management

In diesem Unterkapitel soll das direkte Fallmanagement und die damit einhergehenden Aufgaben und Inhalte der Sozialen Arbeit näher beschrieben werden.

Die Soziale Arbeit hat im Fallmanagement mehrere Tätigkeiten, die unter anderem das Kennenlernen der Person, das Vernetzen mit den Angehörigen bzw. den betreuenden und/oder pflegenden Personen, die Beratung der Angehörigen bzw. der Pflegepersonen sowie die Beratung der betroffenen Person beinhalten.

Um den Fall einschätzen und die Person und ihre Umwelt kennenzulernen muss in erster Linie eine Basis mit dem*der Betroffenen aufgebaut werden. Neben einer Vorstellung der eigenen Person und der Funktion sollte eine Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, die für die Beteiligten angenehm ist. Zunächst wird die Biografie des Menschen kennengelernt, die Interessen und Bedürfnisse eruiert, der Tagesablauf besprochen, Ressourcen und Stärken abgeklärt und die Diagnose besprochen. Somit kann der*die Sozialarbeiter*in erkennen, um welche Bedarfe es sich handelt, wo Verbesserungen bzw. Veränderungen gemacht werden müssen und welche Wünsche die betroffene Person äußert.

Danach rücken die Angehörigen und die Pflegeperson(en) in den Fokus. Auch hier sind eine offene und angenehme Gesprächsbasis und eine kurze Vorstellung der eigenen Person und des Aufgabenprofils wichtig. Hiermit können dann die Abläufe, Wünsche und Bedürfnisse der involvierten Personen angehört und abgeklärt werden. Außerdem ist an dieser Stelle auch Platz für die Eruiierung der Ist-Situation bzgl. Netzwerkarbeit mit Ärzt*innen und anderen Professionist*innen.

Mögliche Inhalte der Beratung der Angehörigen und Pflegeperson(en) sind die Darstellung der Erkrankung, Informationen zu Diagnoseverfahren, Behandlungsmöglichkeiten oder den Umgang mit der betroffenen Person in speziellen Situationen. Darüber hinaus werden die Personen auch über mögliche Unterstützungen in pflegerischer, rechtlicher und sozialer Hinsicht informiert und beraten. Danach wird geklärt, ob und inwieweit eine weitere häusliche Beratung notwendig ist.

Hierauf folgt die Beratung der Personen mit Demenz und ihren Angehörigen, um eine Zusammenarbeit zu organisieren. Dabei sollen Möglichkeiten zur Entlastung aller Beteiligten und mögliche externe Hilfen (ehrenamtliche Personen, Nachbarschaftshilfe, etc.)

bedacht und besprochen werden. Hiermit kann dann ein Hilfeplan zusammengestellt werden, der den Bedürfnissen und Wünschen entspricht und kurzfristige, mittelfristige, als auch langfristige Ziele beinhaltet. Je nach Bedarf kann daraufhin Abhilfe bei Anträgen, Tagesstrukturierungen, Vermittlung zu Versorgungsanbietern und öffentlichen Angeboten zu den Themen geschaffen werden. Dafür können vorhandene Angebote der Gemeinden, Städte, des Landes, etc. genutzt werden. Eine weitere Tätigkeit ist die laufende Reflexion der vorhandenen Unterstützungsangebote und der Wirksamkeit dieser. Darüber hinaus wird auch der zukünftige Bedarf abgeklärt, um die Betroffenen, ihre Angehörigen und/oder Pflegeperson(en) adäquat zu entlasten. (Neumann, 2011, S. 332-334)

4.5 Validation als Kommunikationsmethode bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Die Validation ist eine Form des Respektierens und Akzeptierens einer Person und ihrer Lebenswelt. Bei dieser Methode wird darauf geachtet, dass alltägliche Gespräche, Aussagen, etc. nicht bewertet, verifiziert oder falsifiziert werden, sondern lediglich wiederholt werden bzw. darauf eingegangen wird. Die betroffenen Menschen erleben Verständnis für ihre Gefühle und ihre aktuellen Gedanken. In diesem Moment sind Ignoranz und Wehrhaltung fehl am Platz. Dafür benötigen die (pflegenden) Angehörigen, aber auch Professionist*innen spezielles Wissen, um Validation praktisch umsetzen zu können. Dafür wird eine empathische, akzeptierende und respektvolle Grundhaltung benötigt. Außerdem ist zu beachten, dass nicht jeder Mensch gleich reagiert und manche dafür mehr Zeit brauchen als andere. Manchmal reicht ein längerer Blickkontakt oder ein kurzer Moment des „Da seins“ aus. Die Kommunikation im Zuge der Validation ist bedeutend, um die Betroffenen auch in schwierigen Situationen besser verstehen zu können. Nicht immer ist es möglich ein klares Gespräch zu führen und hierbei kann die Validation helfen. Durch Beobachtung und Interesse an den Betroffenen kann die Situation oftmals nachvollziehbarer sein. Um Empathie ausstrahlen zu können, braucht es das Bewusstsein der eigenen Gefühle und der Fähigkeit, diese in gewissen Momenten abzulegen. Dies begünstigt das Verständnis des aktuellen Geschehens und der Gefühle anderer. Zudem werden oft schwierige Situationen der Vergangenheit in der Gegenwart wieder gedanklich hervorgerufen, weshalb eine empathische Haltung dann nicht möglich ist. Es zählt der aktuelle Moment und die Person, um die es gerade gehen soll. Das ist auch dann wichtig, wenn Betroffene sich ausfällig über die eigene Person äußern oder sich wehren.

Die drei nachfolgenden Schritte sollten im Zuge der Validation beachtet werden:

1. Die eigenen Gefühle, Emotionen und Gedanken für die Momente des Austausches hintenanstellen

2. Die betroffene Person ernst nehmen, respektieren und ihre Gefühle und ihr Tempo wahrnehmen

3. Nach dem Gespräch wieder zu sich selbst zurückkommen und die Situation reflektieren

Wenn diese Schritte eingehalten werden, können alltägliche Situationen anders erlebt werden und sind für den Umgang mit Demenzbetroffenen hilfreich. Trotzdem ist Validation nicht für jede alte Person notwendig, denn viele können Aufgaben und Anregungen sehr gut annehmen und verstehen diese auch. (Fercher & Sramek, 2018, S. 16-25)

4.6 Handlungsbedarf

In Bezug auf Demenz gibt es vor allem in der Öffentlichkeit noch sehr viel Handlungsbedarf. Auch Demenzbetroffene und ihre Angehörigen wollen im Alltag am öffentlichen Leben teilhaben. Für viele Menschen muss somit noch ein Bewusstsein für die Bedürfnisse geschaffen werden und über Demenz im Allgemeinen muss viel mehr gesprochen werden. Die Gegebenheiten, die durch dieses Krankheitsbild entstehen, sollen nicht peinlich sein oder als unpassend gesehen werden. Die Soziale Arbeit kann auch hier intervenieren, indem sie Demenzbetroffene dabei unterstützt im öffentlichen Raum teilnehmen und auch mitgestalten zu können. Auch bezogen auf nicht sozialarbeiterische Tätigkeiten benötigen Menschen mit Demenz ein hohes Maß an professioneller, pflegerischer Unterstützung und passende Wohnformen, die den Alltag erleichtern. (Scheu, 2014, S. 27)

Um den zukünftigen Pflegebedarf abzudecken bzw. die älteren und alten Menschen in ihren Wohnräumen zu unterstützen, braucht es auch in der Zukunft noch viel mehr soziale Altenarbeit. Viele Menschen wollen wie bereits erwähnt auch mit dem vorhandenen Pflegebedarf im gewohnten Umfeld bleiben. Dies kann funktionieren, wenn zum Beispiel Angehörige, Bekannte, Nachbar*innen sowie ambulante Hilfen unter die Arme greifen. Um das ambulante Setting weiterzuentwickeln bzw. anzupassen, benötigt es einige Adaptionen. Unter anderem wird es auch zukünftig viele Fragen zu Pflegeanträgen und Einstufungen geben. Diese können mithilfe der Sozialen Arbeit beantwortet und in diesem Zuge auch der weitere Pflegeverlauf geplant werden. Zudem kommt auch die Möglichkeit nach einer gesetzlichen Betreuung, die beantragt werden muss. Auch in den Wohnräumen müssen

häufig Veränderungen vorgenommen werden, um die älteren und alten Menschen zu schützen. In weiterer Folge wird auch der Bedarf an Angehörigenarbeit und -betreuung zunehmen, da immer mehr Menschen hochaltrig werden und von Erkrankungen, Pflegebedarf etc. betroffen sein werden. Auch wenn keine 24 Stunden Pflege von den Angehörigen übernommen bzw. verlangt werden kann, muss eine Begleitung trotz dessen sichergestellt werden. Auch der Wunsch nach möglichst niederschweligen Angeboten wird größer, da der Austausch und soziale Kontakte häufig mit dem Alter abnehmen. Ein weiterer Handlungsbedarf besteht in der Weiterbildung und bei Informationsangeboten für Angehörige und Interessierte. Viele haben von Krankheitsverläufen, Leistungsansprüchen oder Betreuungsunterstützungen wenig bis gar kein Wissen. Auch bei der Suche nach adäquaten Wohn- bzw. Pflegeheimen sollte die Soziale Arbeit in Zukunft mehr unterstützen. (Kühnert & Ignatzi, 2019, S. 22f.)

„In jedem österreichischen Bundesland soll Soziale Arbeit unverzichtbarer Teil multiprofessioneller Teams im stationären, teilstationären, ambulanten und mobilen Bereich sein und entsprechend in den jeweiligen Personalschlüsseln abgebildet werden.“ (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2017, S. 242)

Bezogen auf das vorangestellte Zitat ist klar, dass Soziale Arbeit auch im Bereich der Altenarbeit zukünftig mehr Handlungskompetenz erreichen muss. Die Vorteile der Mitwirkung in diesem Handlungsfeld sind vielfältig. Dazu zählt die Verbesserung der Lebenssituationen vieler älteren und alten Menschen, mehr Teilhabe durch partizipative und inklusive Herangehensweisen und die Entgegenwirkung von Vereinsamung und Exklusion. Durch die Soziale Arbeit kann in diesem Bereich sehr viel erwirkt werden, da sie sich auch politisch positioniert und ein Sprachrohr für die Bedürfnisse und die Anliegen ihrer Klient*innen ist. Die rechtliche und fachliche Verankerung ist die Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich. Die Bereiche, die von Sozialarbeiter*innen übernommen werden können sind beispielsweise präventive Abklärungen in den Gemeinden bei den älteren und alten Menschen zuhause, Anpassung und Entwicklung der Lebensräume und Koordinations- und Netzwerkarbeit, um Unterstützung zu gewähren.

Soziale Arbeit muss ein fixer Bestandteil der (teil-)stationären, ambulanten und auch mobilen Altenarbeit werden, um einen großen Teil zur alternden Gesellschaft beizutragen. Vor allem auf die zukünftige Bevölkerungslage kann sich eine umfassende soziale Unterstützungsversorgung positiv auswirken. Um eine Integration in die Gesellschaft zu

gewähren und eine öffentliche Position einzunehmen, kann die Soziale Arbeit intervenieren. In Zukunft müssen Sozialarbeiter*innen in der Primärversorgung, in Beratungssettings, bei Präventionsangeboten, bei Hausbesuchen und Versorgungsstrukturen in den Gemeinden Aufgaben übernehmen. (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2017, S. 240-242)

Resümierend müsste die Soziale Arbeit einen fixen Handlungsschwerpunkt in der Altenarbeit erlangen. Hier sind sich die genannten Autor*innen in theoretischer Sicht zwar größtenteils einig, jedoch sieht die praktische Umsetzung in Österreich etwas anders aus. Je nach Bundesland ist die Zahl an Sozialarbeiter*innen im Altenbereich unterschiedlich hoch. Jedoch konnte diese speziell für Kärnten nicht herausgearbeitet werden, da hier keine genauen Zahlen zu finden sind.

Vor allem zu betonen ist, dass die Soziale Arbeit mit der Pflege und anderen Bereichen, wie der Medizin, Psychologie, Ergo- oder Physiotherapie, nicht in Konkurrenz stehen, sondern sich für gegenseitige Unterstützung einsetzen sollte. Der multiprofessionelle Zugang ist neben den Betreuungspersonen auch für die Betroffenen ein Vorteil, da die Sicht auf soziale, pflegerische, aber auch psychologische und andere Bereiche gelegt werden kann. Das führt dazu, dass Klient*innen bzw. Patient*innen eine umfassende Abklärung, Unterstützung und Betreuung erhalten, die kurz- und auch längerfristig für den Menschen mit Demenz und die (pflegenden) Angehörigen nützlich sind. Die Forderung, dass die Soziale Arbeit fixer Bestandteil in der Altenarbeit sein sollte, muss in den nächsten Jahren durch die Positionierung der Sozialen Arbeit und die Klarstellung der Tätigkeiten erreicht werden. Zu betonen ist, dass vor allem präventiv gearbeitet werden kann, in dem die Bedarfe vor Ort abgeklärt werden können. Im nächsten Kapitel wird die Demenzversorgung in Österreich und speziell in Kärnten diskutiert.

5 Demenz in Kärnten

In diesem Kapitel stehen die Demenzangebote in Kärnten (in Verbindung mit der Demenzstrategie in Österreich) im Vordergrund. Hierzu werden zwei Gemeinden zur Veranschaulichung herangezogen und Vorschläge zur Verbesserung aufgezeigt. Im Anschluss befindet sich eine Liste mit einer Fülle an zugehörigen Anlaufstellen, die für Demenzbetroffene, aber auch Angehörige vorhanden sind. Diese Liste dient auch zur Veranschaulichung der Versorgungsstrukturen in Kärnten.

5.1 Demenzstrategie Österreich

Um die Situation speziell für Kärnten darzustellen, wird in erster Linie die Demenzstrategie von Österreich herangezogen, da diese umfassend vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht wurde. Der Leitsatz der Strategie lautet: „Gut leben mit Demenz“, dieser soll auf die Bedürfnisse von Demenzbetroffenen aufmerksam machen. Daraus wurden sieben Wirkungsziele formuliert, die in diesem Unterkapitel erläutert werden.

Im Zuge der Demenzstrategie sollen Menschen mit demenziellen Erkrankungen in einer Umgebung leben können, in der sie Teilhabe und ein hohes Maß an Selbstbestimmung erfahren können. Zudem sollen sie auch Kenntnis über die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten und auch Zugang dazu haben. Des Weiteren sollte professionelles und qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen, dass sie bestmöglich begleitet und betreut. Die Demenzstrategie gibt auch vor, dass ein breites Versorgungsnetzwerk aufgebaut werden muss, in dem mobile und (teil-) stationäre Angebote verankert sind. Diese sollten den Betroffenen zur Wahl stehen und einfach zu erreichen sein. Im klinischen Kontext soll auch darauf geachtet werden, dass Menschen mit Demenz, ihre Bedürfnisse und ihre Anliegen wahr- und ernstgenommen werden. Auch die Beratung, Betreuung und Abklärung in niederschweligen Einrichtungen sollten für Betroffene zur Verfügung stehen.

Angehörige sollen in einer Umgebung leben können, wo die Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Demenz möglich ist und erleichtert wird. Sie sollen Zugang und Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten erhalten. Zudem soll auch die Schulung, Beratung und Begleitung der Angehörigen sichergestellt werden. Zur Planung und Koordination passender Leistungen sollen auch die Angehörigen die Möglichkeit haben niederschwellige Angebote in Anspruch zu nehmen. Die Bevölkerung profitiert von der Demenzstrategie, in dem mehr Bewusstsein für Menschen mit demenziellen Erkrankungen geschaffen wird. Die Bedürfnisse und Gefühle werden thematisiert, was im besten Fall zu mehr Einfühlungsvermögen und Empathie führen kann. Außerdem soll durch Aufklärung und Informationsverbreitung Ängsten und Sorgen entgegengewirkt werden. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 3f.)

In der österreichischen Demenzstrategie wurden wie bereits erwähnt sieben Ziele festgelegt, die durch Maßnahmen und Angebote von den einzelnen Bundesländern erreicht werden können. Diese Wirkungsziele mit den zugehörigen Handlungsempfehlungen sollen als

Wegweiser für Betroffene, Pflegende, Angehörige und alle anderen Österreicher*innen fungieren. In der nachfolgenden Tabelle wurden diese Ziele in Kürze festgehalten.

Tabelle 3: Wirkungsziele der Demenzstrategie Österreich

Wirkungsziel 1	Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen
Wirkungsziel 2	Informationen breit und zielgruppenspezifisch ausbauen
Wirkungsziel 3	Wissen und Kompetenz stärken
Wirkungsziel 4	Rahmenbedingungen einheitlich gestalten
Wirkungsziel 5	Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten
Wirkungsziel 6	Betroffenenzentrierte Koordination und Kooperation ausbauen
Wirkungsziel 7	Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Kärntner Pflegeatlas, 2023, S. 50f.)

Das erste Wirkungsziel soll die Erhaltung der Lebensqualität sichern, weshalb die Ermöglichung von Teilhabe und die Wertschätzung gegenüber den Betroffenen von Bedeutung ist. Die Idee liegt darin demenzfreundliche Gemeinden und Orte zu gestalten, um den einfachen Zugang zu den Möglichkeiten zu bieten, die auch allen anderen zur Verfügung stehen. Hierbei steht die Gestaltung der Lebens- und Wohnräume, Organisation von Austausch und Selbsthilfegruppen sowie die Einbeziehung der Bürger*innen im Vordergrund.

Das zweite Wirkungsziel soll die fehlenden Informationen über Demenz möglichst breit bereitstellen, um Irritationen und Verunsicherungen vorzubeugen und bei Unwissen Abhilfe zu schaffen. Deshalb soll mit Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden, dass Ängste abgebaut werden und die Bevölkerung aufgeklärt wird. Neben einem niederschweligen Zugang sind auch positive Bilder und ein gemeinsamer Austausch wünschenswert. Zudem sollten auch die Berufsgruppen informiert werden, die im Alltag mit Demenz zu tun haben (dazu zählt nicht nur der Pflege- und Sozialbereich, sondern auch Banken, der Einzelhandel, etc.). Hierzu wurden auch schon viele Informationen im Internet bereitgestellt, um Links zu

wichtigen Quellen oder Angebote aufzulisten. Dieses Wirkungsziel beinhaltet auch die positive Beeinflussung der Berichterstattung in den Medien über Demenz.

Im Zuge des dritten Wirkungsziels sollen die handelnden Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen und Angehörige Wissen über Demenz vermittelt bekommen. Vor allem im Gesundheits- und Pflegebereich braucht es ein strukturiertes Konzept in Bezug auf die Behandlung und Auseinandersetzung mit Demenzbetroffenen. Außerdem sollen auch Angehörige und sonstige Interessierte an Schulungen und Fortbildungen zu dieser Thematik teilnehmen können.

Betreffend des vierten Wirkungsziels soll das Netzwerk aus allen Beteiligten gestärkt und verbessert werden, um eine einheitliche Teilnahme der Versorgung zu erreichen. Hierzu zählt die Zusammenarbeit aller Gesundheits- und Sozialpersonen und Schnittstellen, um demenzgerecht agieren zu können. Zudem kommt die Umsetzung von einem Qualitätsniveau, das Standards und qualitätssichernde Maßnahmen beinhaltet und in allen Berufsgruppen festgelegt wird.

Beim fünften Wirkungsziel soll eine adäquate, niederschwellige, kostengerechte und individuell abgestimmte Angebotsbreite sichergestellt werden. Hierbei muss für die Betroffenen eine langfristige Betreuung geschaffen werden, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst ist. Unter anderem sollten auch Krankenhäuser passende Strukturen und Möglichkeiten für die Versorgung anbieten.

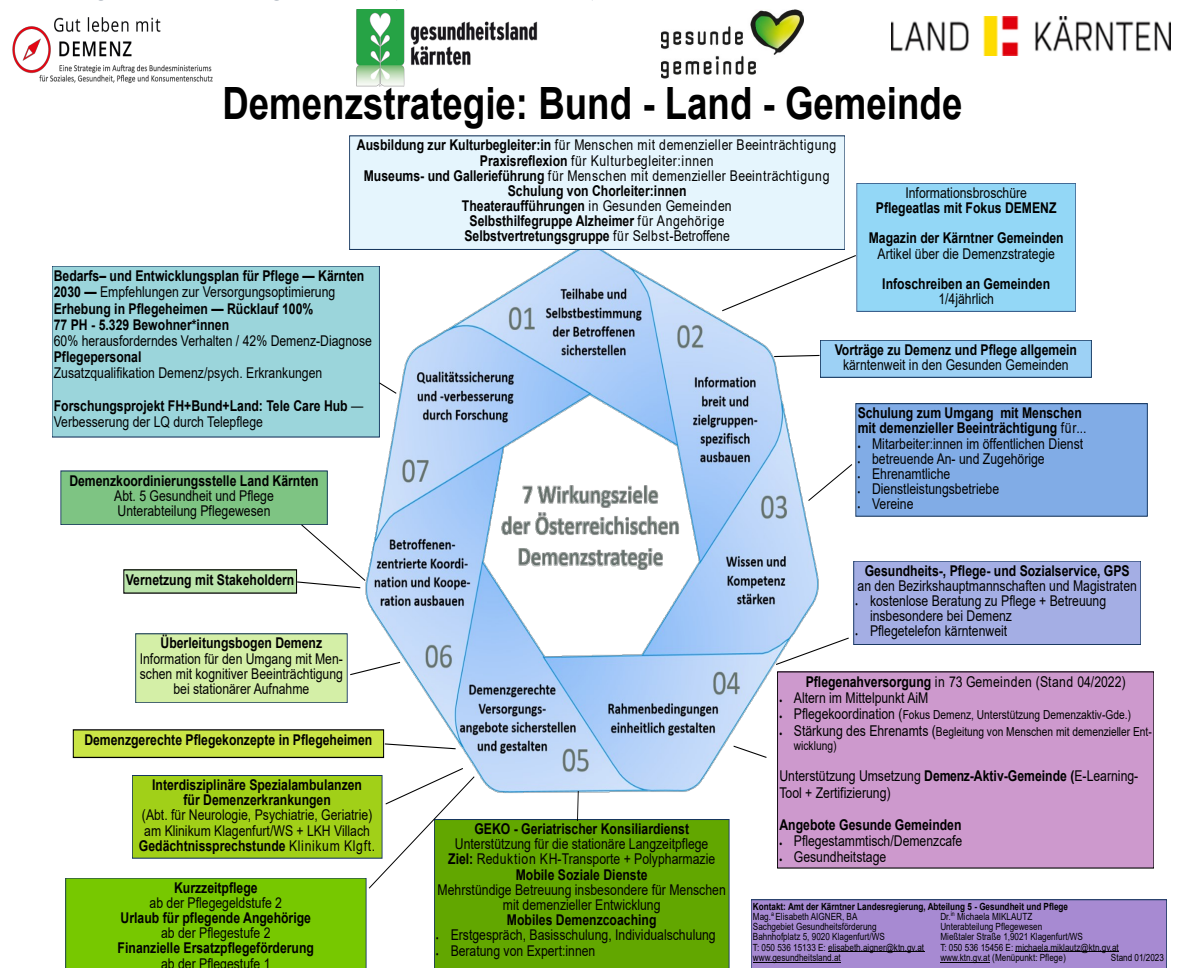
Das sechste Wirkungsziel betrifft den Ausbau der individuellen Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen. Oft können durch die Vielzahl an mitwirkenden Institutionen wichtige Informationen verloren gehen. Hierbei sollte auf die Konkretisierung der Anlaufstellen und die regionale Zugänglichkeit geachtet werden.

Im Hinblick auf das siebte Ziel müssen auch wissenschaftliche Forschungsergebnisse berücksichtigt werden und somit auf die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden. Die Erhebung sollte ein einheitliches Konzept verfolgen, um österreichweit vergleichen zu können (das ist zurzeit nicht gegeben). Die Empfehlung laut der Demenzstrategie wäre ein entwickeltes System zur Evaluierung bestehender Angebote, der derzeitigen Lage und den zukünftig notwendigen Entwicklungen. Zudem sollen sich Expert*innen aus relevanten Bezugssystemen, die wissenschaftlich und praktisch mit Demenz zu tun haben, vernetzen. Dies könnte beispielsweise durch eine Forschungsagenda gelingen, die sich regelmäßig austauscht. Schließlich wäre es auch hilfreich, dass diese Informationen und Weiterentwicklungen danach auch an die Betroffenen, Angehörigen und die Fachkräfte vermittelt werden. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 16-48)

5.2 Maßnahmen und Angebote in Kärnten

Die Maßnahmen des Bundeslandes Kärnten sind unter anderem Vortrags- und Schulungsangebote für Angehörige und Professionist*innen und unterschiedliche Seminare sowie Unterstützungsangebote, die pflegende Angehörige entlasten sollen. Außerdem gibt es ca. 180 Selbsthilfegruppen. Um die 15000 Menschen nehmen diese Angebote als Betroffene oder Angehörige wahr. Die Demenzcafés werden ebenfalls als Austausch- und Unterstützungsmöglichkeit angenommen. Zudem gibt es die Möglichkeit finanzielle Zuschüsse anzufordern. Die Voraussetzung beläuft sich auf die Pflege eines nahen Angehörigen mit diagnostizierter Demenz (ab der ersten Stufe) und auf die Grenze des Einkommens. Je nach Pflegestufe (1-7) können pro Jahr zwischen 1500 und 2500 Euro ausbezahlt werden. (Sozialratgeber Kärnten, 2023, S. 85f.)

Abbildung 2: Demenzstrategie Kärnten (Land Kärnten, 2023)



Das Land Kärnten hat ein eigenes Poster entwickelt (siehe Abbildung 2), das die Maßnahmen in Kärnten zu den einzelnen Wirkungszielen der Demenzstrategie Österreich

beschreibt. Hier soll genau dargestellt werden, welche Umsetzungsangebote es im Zuge der sieben Wirkungsziele speziell in Kärnten gibt.

In Bezug auf das erste Wirkungsziel, die Teilhabe von Betroffenen, gibt es Ausbildungsmöglichkeiten zur Kulturbegleitung, um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen an Kulturangeboten teilhaben zu lassen. Außerdem werden Chorleiter*innen geschult und es gibt Selbsthilfe- und Selbstvertretungsgruppen für Angehörige und Betroffene.

Um im Rahmen des zweiten Wirkungsziels möglichst großflächige Informationen bereitzustellen, gibt es den Pflegeatlas mit dem Fokus auf Demenz sowie ein Magazin der Kärntner Gemeinden und 4-mal im Jahr werden Informationsbriefe an die Gemeinden verschickt. Zudem werden in den einzelnen Gemeinden laufend Vorträge passend zur Thematik organisiert.

Das dritte Wirkungsziel, Wissen und Kompetenz stärken, wird durch Schulungen von Mitarbeiter*innen im öffentlichen Dienst, Angehörigen und Interessierten, Freiwilligen, Betrieben und Vereinen sichergestellt.

Im vierten Wirkungsziel sollen die Rahmenbedingungen gestaltet werden. Hierbei setzt das Land Kärnten auf das Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) durch kostenlose Beratungsmöglichkeiten und das Pflegetelefon. Außerdem steht in 94 Gemeinden und einem Stadtteil die Pflegenahversorgung und Community Nursing zur Verfügung. Diese beinhalten die Pflegekoordination und auch die Förderung des Ehrenamts. Weitere Angebote werden durch die sogenannten „Gesunden Gemeinden“ organisiert. Dazu zählen Pflegestammtische, Demenzcafés und Nachmittage für Senior*innen.

Um im Zuge des fünften Wirkungsziels eine umfassende Versorgung sicherzustellen, gibt es den Geriatrischen Konsiliardienst (GEKO), um bei stationärer Langzeitpflege zu unterstützen. Außerdem stehen die mobilen Sozialen Dienste, das mobile Demenzcoaching und eine ambulante geriatrische Remobilisation zur Verfügung. Um pflegende Angehörige zu entlasten, gibt es die Möglichkeit auf Kurzzeitpflege oder Urlaubsanspruch für pflegende Angehörige (ab Pflegestufe 2). Zudem gibt es in Kärnten spezielle Ambulanzen und Demenzstationen, um eine umfangreiche Versorgung zu gewähren. (nähere Informationen in Kapitel 5.4)

Das sechste Wirkungsziel beinhaltet den Fokus auf die Betroffenen in Bezug auf Koordination und Kooperation. Dies wird durch eine Demenzkoordinierungsstelle des Landes Kärnten (Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege), das Netzwerk Demenz Kärnten und den Überleitungsbogen Demenz für die stationäre Aufnahme (befindet sich im Anhang) gefördert.

Im Rahmen des siebten Wirkungsziels soll die Qualität durch Forschung gesichert und verbessert werden. In Kärnten gibt es dafür einen Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege bis 2030, der Empfehlungen und Erhebungen beinhaltet. Außerdem wird das Pflegepersonal im Bereich Demenz stetig weitergebildet und es gibt ein Forschungsprojekt, das sich Tele Care Hub nennt. Mit diesem Projekt soll eine ortsunabhängige Unterstützung möglich werden. Zuletzt gibt es noch ein Therapieprogramm für ältere Personen durch die Universität Klagenfurt (SAM-Selbstfürsorge, Achtsamkeit, Mitgefühl). (Land Kärnten, 2023, o.S)

Eine weitere Möglichkeit, die sich in Kärnten an ältere Menschen und Angehörige richtet, ist die Pflegenahversorgung bzw. Pflegekoordination. Mithilfe der Gemeinden, den Sozialhilfeverbänden, den Bezirkshauptmannschaften und der Abteilung 5 (Gesundheit und Pflege) wurde ein umfassendes Netzwerk aufgebaut, um Kärntner*innen mit Hilfe- und Pflegebedarf den Verbleib im gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Dazu arbeiten Pflegekoordinator*innen in den einzelnen Gemeinden mit den Bezirkshauptmannschaften und dem Land engmaschig zusammen, um verschiedene Tätigkeiten zur Verbesserung und Unterstützung im eigenen Wohnraum koordinieren und umsetzen zu können. Zusammenfassend sind die Tätigkeiten und Angebote der Pflegekoordination unter anderem die Verbreitung von Informationen zu Themen wie Versorgung, Entlastung oder Gesundheitsförderung. Sie geben Hilfe bei Anträgen, organisieren Hilfsangebote und schaffen Abhilfe bei der Pflegeheimsuche bzw. -aufnahme. Des Weiteren werden ehrenamtliche Personen in den Alltag der Betroffenen integriert, die beispielsweise Einkäufe und Hol- bzw. Bringdienste erledigen. Darüber hinaus wird die Koordination nach Aufhalten im Krankenhaus übernommen und die Daten für eine adäquate Versorgungsplanung bereitgestellt. Sie stärken das Ehrenamt, arbeiten vernetzt mit dem Sozial- und Gesundheitswesen und erheben relevante soziale und pflegerische Daten in den Gemeinden. Zudem heben sie gut funktionierende Fälle hervor und schätzen die möglichen Probleme in der Versorgung ein. Je nach Bedarf in den Gemeinden arbeiten die Koordinator*innen auch im Alltagsmanagement, beim Organisieren von Nachbarschaftstreffen sowie bei Veranstaltungen und Informationstagen in den Gemeinden mit. Außerdem unterstützen sie bei der Entwicklung und dem Aufbau neuer Versorgungsangebote. (Land Kärnten, 2021, S. 1f.)

In Kärnten wird das Ehrenamt durch die Pflegenahversorgung stark unterstützt. Die Koordinator*innen in den Gemeinden sind unter anderem auch Sozialarbeiter*innen. Das ehrenamtliche Engagement, das durch die Pflegenahversorgung gefördert wird, bringt sehr

viele Vorteile mit sich. Zum einen erhalten Senior*innen Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, wie beispielsweise beim Einkaufen, bei Arztbesuchen und bei Behördenwegen. Zum anderen bekommen sie die Möglichkeit etwas gegen die eigene Vereinsamung zu unternehmen. Die betroffenen Menschen haben Personen zum Reden und zur Unterhaltung. Zudem haben auch die ehrenamtlich Engagierten eine Aufgabe und können sich sozial einbringen. Die freiwilligen Helfer*innen werden von Koordinator*innen begleitet und besuchen Basisschulungen. Zudem können sie ihre Erfahrungen stetig rückmelden, um diesen Bereich wissenschaftlich evaluieren zu können. (Land Kärnten, 2022, o.S.)

Auf Nachfrage bei der Projektleitung der Pflegenahversorgung weist diese darauf hin, dass dieses Projekt einen sozialarbeiterischen Hintergrund hat und auf diesem beruht. Die Pflegekoordinator*innen arbeiten aufsuchend-nachgehend im Sinne der Sozialen Arbeit. Sie bekommen Grundinformationen zu sozialarbeiterischem Handeln und den Prinzipien. Das Tätigkeitsprofil der Koordinator*innen umfasst die Informationsvermittlung über Angebote, Versorgungs- und Entlastungsmöglichkeiten sowie die Vermittlung von Ehrenamtlichen, die die Bürger*innen begleiten. Durch die Tätigkeit der Pflegekoordinatorinnen soll es möglich werden, länger selbstständig wohnen zu können. Jedoch werden Bürger*innen bei der Pflegeheimübersiedelung ebenfalls unterstützt – ebenso wie bei administrativen Anliegen der Personen. Aus Sicht der strukturellen Ebene haben die Koordinator*innen die Aufgaben ehrenamtliche Mitarbeiter*innen zu finden, mit ihnen zusammenzuarbeiten und sie zu unterstützen. Darüber hinaus findet auch eine Zusammenarbeit mit den Sozial- und Gesundheitsanbietern, dem Land Kärnten und den Gemeinden statt. Zusätzlich werden auch Daten gesammelt, die für die zukünftige Versorgungsplanung eine Rolle spielen. (Auszug aus den Richtlinien der Pflegenahversorgung bereitgestellt durch die Projektleitung im Telefoninterview und via E-Mail am 22.04.2024)

Im Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege bis 2030 in Kärnten wurde ein Bild der Versorgungssituation in Kärnten skizziert. Dies wurde mithilfe einer Erhebung aus dem Jahr 2016 der Abteilung 5 des Landes Kärnten in allen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen möglich. Dabei stellte sich heraus, dass ca. 55% der Bewohner*innen demenzielles Verhalten zeigen und von diesen ca. 2880 Personen bei ca. 2170 von ihnen Demenz diagnostisch festgestellt wurde. Davon befinden sich ca. 300 Betroffene im letzten Stadium von Demenz. Außerdem wird deutlich, dass fast ausschließlich integrativ betreut wird, da Menschen mit Demenz auch mit Personen zusammenwohnen, die andere Erkrankungen aufweisen. Sieben Pflegeheime bieten die Betreuung ausschließlich für Demenzbetroffene

an. Verbesserungen laut den Pflegeheimen würde es beim Personalschlüssel (Anhebung der Personalzahl), bei der Teilnahme an speziellen Fortbildungen und bei den Zeitressourcen für die Betroffenen geben. Mehr als 1000 Mitarbeiter*innen hatten zum Zeitpunkt einer späteren Befragung im Jahr 2017 eine spezielle Ausbildung bzw. Weiterbildung zu diesem Thema. (EPIG, 2018, S. 59f.)

Zudem stellt EPIG, das Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, im Zuge des Bedarfs- und Entwicklungsplans für Pflege – Kärnten 2030 ein Konzept vor, das sich ‚Altern im Mittelpunkt - AiM‘ nennt. Dieses könnte dazu beitragen, dass Menschen eine niederschwellige Alternative zu Pflegeheimen zur Verfügung gestellt werden kann. Diese Art der Versorgungsstruktur gibt den älteren und alten Bewohner*innen von Kärnten präventive, bedarfsgerechte und unterstützende Angebote in Bezug auf Pflege und Betreuung. Dieses zukünftig denkbare Konzept erfordert eine Sozial- und Pflegekoordination in den Gemeinden, ein Netzwerk an ehrenamtlichen Helfer*innen sowie eine Vorlauf- bzw. Probezeit durch Pilotprojekte. (EPIG, 2018, 51f.)

5.3 Demenzfreundliche Gemeinden

Grundsätzlich kann erwähnt werden, dass demenzfreundliche Gemeinden sich vor Augen halten müssen, dass durch diese Art des Umgangs mit Demenz die Krankheit nicht verschwinden wird. Dort werden Möglichkeiten geboten, dass Betroffene mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden und die Öffentlichkeit mehr Akzeptanz aufbringt. Es ist von Bedeutung, die Menschen, die nicht selbstverständlich am öffentlichen Leben teilnehmen können, miteinzubeziehen und sie zu sehen. Hierbei geht es darum Versorgungsstrategien und Möglichkeiten zur Unterstützung zu schaffen. Diese Art der Hilfe kann gelingen, wenn sich professionelle, aber auch ehrenamtliche Personen dieser Thematik annehmen und gemeinsame Projekte starten. Mit Workshops, Caférunden, Beratungen und Weiterbildungen können Unklarheiten aufgearbeitet und gelöst werden. Durch Netzwerkarbeit können Betroffene und ihre Angehörigen weitervermittelt und individuell beraten werden. Mit dem Hintergrund der derzeitigen modernen Gesellschaftsform ist klar, dass Demenz die Bereiche der Autonomie und Selbstständigkeit stark verändern und bei den Menschen Kontrollverlust und Unsicherheit assoziiert. Deshalb ist es umso bedeutender, wenn die Personen hinter der Demenz-Diagnose mehr Aufmerksamkeit erlangen und öffentliche Aufklärungsarbeit in den Fokus rückt. Das Ziel von einer demenzfreundlichen Umgebung ist, dass die Betroffenen von einem Netzwerk umgeben sind, das sie unterstützt und Zuwendung bietet. Dies kann auch mit Hilfe von

Nachbarschaften funktionieren. Durch Aufklärung und Wissensvermittlung kann den vorherrschend negativen Assoziationen von Demenz entgegengewirkt werden. Ein weiteres Ziel soll sein, dass ein großer Teil der Unterstützung von den Bürger*innen ausgeht. Nur so können Betroffene und Angehörige im öffentlichen Raum auch von Nicht-Professionist*innen gesehen und gehört werden. Diese Art des Umgangs mit Demenz fördert vor allem eines: Das Miteinander. (Gronemeyer, 2015, S. 20-33)

Für Kärnten wäre wünschenswert, dass möglichst viele Gemeinden es schaffen demenzfreundlich zu werden. Das beinhaltet nicht nur die Umsetzung von Angeboten, sondern auch die Miteinbeziehung der Bewohner*innen und der Öffentlichkeit. Dazu braucht es engagierte Personen, die die Betroffenen sowie ihr Umfeld wahr- und ernstnehmen. Hierbei muss auch die Politik mitarbeiten und die Menschen in den Gemeinden zu ermutigen Teil dieser Aufgabe, die alle was angeht, zu sein.

5.4 Projekte in Kärnten

In Kärnten gab es in den letzten Jahren zwei Projekte, die sich stark auf den Umgang mit demenzbetroffenen Menschen fokussiert haben. Die beiden Projekte sollen darstellen, welche Bedeutung die Auseinandersetzung und der Austausch über Demenz hat. Sie wurden nachstehend kurz zusammengefasst.

5.4.1 Gesundheit in Bewegung (GiB 2.0)

Das Projekt „Gesundheit in Bewegung“ wurde in den Jahren 2016 und 2017 ca. 1 ½ Jahre durchgeführt. Finanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich. Der Grund für die Umsetzung war die Frage nach einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Bewegung für Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Durchgeführt wurde es in fünf Wohnheimen für Senior*innen in Kärnten. In zwei Einheiten pro Woche für insgesamt 12 Wochen wurde mit Menschen mit Demenz trainiert. In Kleingruppen mit ca. vier bis 12 Teilnehmer*innen in Begleitung von zwei bis vier Trainer*innen konnten sie sich verausgaben. Am Projekt nahmen ca. 65 Personen teil. Die Teilnehmer*innen erlebten positive Auswirkungen durch das Bewegungsprogramm. Vor allem in den Bereichen des Sozial- und Kommunikationsverhaltens, aber auch auf alltägliche Aktivitäten hatte es nachweisbare Einflüsse. (Gebhard & Schmid, 2017, S. 10f.)

Die Ziele des Projekts waren unter anderem die positive Beeinflussung der Aktivität von Menschen mit Demenz, um die Lebensqualität zu erhöhen, Teilnahmemöglichkeiten und

Kommunikations- bzw. Interaktionsverhalten zu fördern, aber auch um Stürze zu vermindern. Die Teilnehmer*innen erleben das Bewegungsprogramm als sinnvolle und bereichernde Tätigkeit. Wichtig war auch, dass es vor allem nie zu Unter- oder Überforderung kommen sollte. Durch Interviews mit Menschen mit Demenz wurde der Bedarf erhoben und daraufhin ein Bewegungsprogramm mit drei unterschiedlichen Aktivitätslevels erstellt. Kooperationspartner des Projekts waren die Caritas Kärnten und die Diakonie de La Tour. (Fonds Gesundes Österreich, 2017, S. 1-7)

Das Projekt zeigt, dass mit Bewegungsprogrammen sehr viel erreicht werden kann. Ältere und alte Menschen können von neuen Herausforderungen und regelmäßigen Zusammenkünften profitieren, da sie in stationären Einrichtungen trotz der anderen Bewohner*innen sehr einsam werden können. Zudem kommt, dass häufig wenig Zeit neben den pflegerischen und betreuenden Maßnahmen bleibt, weshalb solche Projekte dazu genutzt werden können, um die Menschen neben dem Pflegealltag mit abwechslungsreichen Aktivitäten zu versorgen.

5.4.2 Demenzfreundliche Modellgemeinde Moosburg

Die Gemeinde Moosburg machte sich im Zuge eines zweijährigen Projekts von Februar 2018 bis Januar 2020 auf den Weg zu einer demenzfreundlichen Modellgemeinde. Die Zielgruppen des Projekts waren Menschen mit Demenz und ihre Angehörige sowie die Bewohner*innen der Gemeinde Moosburg. Durch die Umsetzung wurden ca. 1650 Menschen erreicht. Das Projekt konnte durch das Institut für Altersforschung (IARA), der Fachhochschule Kärnten, des Landes Kärnten, der Gemeinde Moosburg und des Fonds Gesundes Österreichs umgesetzt werden. Ein Ziel hinter dem Konzept war die Inklusion von Menschen mit Demenz. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinde stand neben Selbstbestimmung und Unterstützungsangeboten im Fokus. Außerdem war ein weiteres Ziel, dass Angehörige unterstützt und entlastet werden können. Viele Angehörige versorgen die Betroffenen zuhause, was oft zu Überforderung und Hilflosigkeit führt. Durch das Projekt können Informationsangebote, der Pflegestammtisch und externe Unterstützung helfen die Angehörigen zu entlasten. Dies kann beispielsweise auch mit der Organisation von freiwilligen Begleiter*innen gelingen. Des Weiteren wurde durch öffentliche Veranstaltungen ein wichtiger Schritt in Richtung der Sensibilisierung der Bevölkerung gemacht. Durch Vorträge, Schulungen und Begegnungsangebote können Sorgen und Vorurteile abgebaut werden. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen Kärntner

Gemeinden sollen einen Ausbau der Möglichkeiten und eine möglichst große Reichweite der Erfolge bewirken.

Im Laufe des Projekts wurden unter anderem folgende Aktivitäten umgesetzt:

- Ein offenes Bürger*innenforum – durch angeleitete Gruppenarbeiten wurden Ideen entwickelt, wie eine Gemeinde lebenswertes Altern ermöglichen kann.
- Kärntner Demenzmärsche – durch Bewegung (Laufen, Walken oder Spazieren) können sich die Teilnehmer*innen an Ständen Informationen zum Thema Demenz einholen.
- „Demenz-ParRK-UhR“ – Im Rahmen eines Stationenbetriebes können die Teilnehmer*innen erleben, wie sich der Alltag mit Demenz anfühlen kann.
- „Demenz geht Schule“ – Schüler*innen (14 Jahre und älter) wurde Wissen über Demenz vermittelt, um Ängste abzubauen und mehr Toleranz zu entwickeln.
- Stammtische für pflegende Angehörige – zum Austausch und zur Einschätzung des Bedarfs seitens der Bevölkerung
- Senior*innen-Demenzcafés/Generationencafés – Begegnungsmöglichkeiten schaffen, um zu zeigen, dass die Betroffenen nicht allein sind. (Fonds Gesundes Österreich, 2020, S. 1-5)

Diese Aufzählungen umfassen eine Fülle an Möglichkeiten für eine Aufbereitung und Auseinandersetzung in der Öffentlichkeit. Mit solchen Angeboten können außenstehende Menschen, aber auch Angehörige und Betroffene informiert und vernetzt werden. Diese Möglichkeiten bringen mehrere Vorteile mit sich. Unter anderem ein wertschätzender und aufklärender Blickwinkel auf die Bedürfnisse und den Umgang mit Menschen mit Demenz. Diese Aktivitäten tragen dazu bei, dass betroffene Menschen, Angehörige und die Bewohner*innen zusammenkommen, sich kennenlernen, austauschen und informieren. Zudem kommt, dass die Gemeinde Ideen erhält, was die Bewohner*innen brauchen, um lebenswert älter werden zu können und was dazu derzeit noch fehlt. Auch der Austausch mit Schüler*innen trägt dazu bei, dass die Öffentlichkeit sensibilisiert wird und mit den Bedürfnissen der Betroffenen vertraut gemacht wird.

Das Projekt zeigt, dass die Bevölkerung Interesse an den Entwicklungen der Demenz hat und diese Aktivitäten gut angenommen werden. Die Etablierung von Begegnungsangeboten und Sensibilisierungsmöglichkeiten in der Öffentlichkeit wären in allen Gemeinden Kärntens wünschenswert und durchaus vorstellbar. Solche Projekte sollten vermehrt in den Gemeinden verankert werden, um auch das ehrenamtliche Engagement zu fördern. Hier

können viele interessierte Menschen gewonnen werden, um sich in den Gemeinden beteiligen zu können. Zudem können bei solchen Projekten auch politisch involvierte Personen hinzugezogen werden, um auch auf politischer Ebene anzusetzen. Durch die Miteinbeziehung vieler verschiedener Berufsgruppen können außerdem auch neue Projekte entstehen und Ideen entwickelt werden, wie Menschen mit Demenz im Alltag mehr Teilhabe erhalten können.

Die Umsetzung diverser Angebote sowie die Anlaufstellen wurden im nachfolgenden Unterkapitel visualisiert.

5.5 Anlaufstellen in Kärnten

Um den Umfang der möglichen Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten in Kärnten sichtbar darzustellen, wurde ein Großteil der öffentlich einzusehenden Anlaufstellen zusammengefasst und durch den Ort gekennzeichnet. Die nachfolgende Tabelle zeigt diese und richtet sich an Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige, Professionist*innen und Interessierte. Diese befindet sich absichtlich in diesem Kapitel, da gezeigt werden kann, welche ambulanten, (teil-)stationären und stationären Angebote es in Kärnten gibt. Somit kann nachfolgend ein Resümee aus dieser Darstellung gezogen werden.

Tabelle 4: Anlaufstellen für Demenz in Kärnten (Stand 2024)

Art der Anlaufstelle	Name der Anlaufstelle	Ort
Ambulanzen und Abklärung	Ärztchammer für Kärnten	9020 Klagenfurt
	Interdisziplinäre Spezialambulanz für Demenzerkrankungen	Klinikum Klagenfurt, 9020 Klagenfurt
	Department für Akutgeriatrie/Remobilisation	A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen, 9020 Klagenfurt
	Interdisziplinäre Spezialambulanz für Demenzerkrankungen	Landeskrankenhaus Villach, Abteilung für Neurologie, 9500 Villach
	Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation	Krankenhaus Waiern, Diakonie de La Tour, 9560 Feldkirchen

	Department für Akutgeriatrie/Remobilisation	Landeskrankenhaus Laas, 9640 Kötschach-Mauthen
	Department für Akutgeriatrie/Remobilisation	A.ö. Krankenhaus Spittal an der Drau, 9800 Spittal an der Drau
	Department für Akutgeriatrie/Remobilisation	A.ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach, 9360 Friesach
	Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation	Landeskrankenhaus Wolfsberg, 9400 Wolfsberg
Mobile Demenzabklärung und Demenzcoaching	aDeM.mobil Diakonie – mobile Demenzabklärung im häuslichen Setting	Harbacher Straße 70, 9020 Klagenfurt
	Mobile Demenzberatung Hilfswerk Kärnten	Waidmannsdorfer Straße 191, 9073 Klagenfurt
Unterstützung für pflegende Angehörige/Vorträge und Schulungen	Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten in der Abteilung 5 – UA-Gesundheitsförderung → <u>zuständig ist die jeweilige Wohnsitzgemeinde</u>	Amt der Kärntner Landesregierung, 9021 Klagenfurt
	Auszeit im Alltag	Caritas Kärnten
	Urlaub für pflegende Angehörige	Land Kärnten
Demenzschulungen bzw. -ausbildungen für Mitarbeiter*innen	Kärntner Verwaltungsakademie	Kärntner Verwaltungsakademie, 9020 Klagenfurt am Wörthersee
	MAS Demenztrainer*innen Plattform	http://www.alzheimerakademie.a t/
Selbsthilfegruppen, Demenz-Cafés und Tagesstätten	Selbsthilfegruppe Alzheimer und Demenz Oberkärnten	Tageszentrum Möllbrücke, 9813 Möllbrücke

Selbsthilfegruppe Alzheimer und deren Angehörige Klagenfurt	Pflegeheim Kreuzbergl, 9020 Klagenfurt
Demenz-Café für Angehörige und Demenz erkrankte Menschen	Altenwohn- und Pflegeheim St.Peter, Diakonie Kärnten, 9020 Klagenfurt
Selbsthilfegruppe Alzheimer und deren Angehörige Villach	Steirerhof, 9500 Villach
Demenz-Café Villach	Diakonie-Haus Maria Gail, 9500 Villach
Café Zeitreise	St. Andrä 100, 9433 St. Andrä
Café Zeitreise Malta	Pension Jahn, 9854 Koschach
Demenzcafé	Pfarrsaal Moosburg, 9062 Moosburg
Tageszentrum Wie daham ... Generationenpark Welzenegg oder Waidmannsdorf	9020 Klagenfurt am Wörthersee
Tagesstätte Marianum	9020 Klagenfurt am Wörthersee
Tageszentrum DI Platzner KG	9020 Klagenfurt am Wörthersee
Haus Marienheim	9800 Spittal an der Drau
Tageszentrum Mööbrücke	9813 Möllbrücke
Tageszentrum für Seniorinnen und Senioren	9854 Finkenstein am Faaker See
Hilfswerk Tagesstätte	9560 Feldkirchen
SHV Seniorentagesstätte	9300 St. Veit an der Glan
autArK – inklusives Tageszentrum für Menschen im Alter	9371 Brückl
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum	9100 Völkermarkt

	Seniorenzentrum Frantschach	9413 St. Gertraud (Wolfsberg)
Rat und Hilfe	Pflegeanwaltschaft Kärnten	9020 Klagenfurt
	Patientenanwaltschaft Kärnten	9020 Klagenfurt
	Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege	9021 Klagenfurt
	Abteilung 4 – Soziales	9021 Klagenfurt
	Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS)	www.gps-ktn.at
	Dachverband Selbsthilfe Kärnten	9021 Klagenfurt
	Demenzsprechstunden	Österreichische Gesundheitskasse in Klagenfurt, Villach, Spittal, Hermagor, Völkermarkt, Wolfsberg, Feldkirchen und St.Veit
	Das Pflgetelefon Kärnten	0720 788 999
	Gedächtnissprechstunde bei Demenz	Interdisziplinäre Spezialambulanz für Demenzerkrankungen im Klinikum Klagenfurt, 9020 Klagenfurt
Stationäre Unterbringungen	Lebensalm Kompetenzzentrum - Lebenshilfe Kärnten	9065 Ebenthal
	Haus St. Peter – Diakonie de La Tour	9020 Klagenfurt
	MaVida Park	9220 Velden am Wörthersee
	Gregorhof – Caritas Kärnten	9135 Eisenkappel-Vellach
	Haus Anna – Caritas Kärnten	9372 Eberstein im Görtschitztal

	Haus Elisabeth – Caritas Kärnten	9421 St.Andrä im Lavanttal
	Haus Franziskus – Caritas Kärnten	Kreuzbergl, 9020 Klagenfurt

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Kärntner Pflegeatlas, 2023, S. 51ff.; Lebenshilfe Kärnten, o.D., o.S.; Österreichische Gesundheitskasse, 2024, o. S; Kärntner Sozialratgeber, 2023, S. 141-143)

Mithilfe dieser Tabelle kann dargestellt werden, dass ein breitgefächertes Versorgungsnetzwerk in Kärnten vorhanden ist. Es gibt sehr viele Möglichkeiten sich Informationen und Hilfe einzuholen, die für Betroffene, Angehörige und für Professionist*innen relevant sind. Die einzelnen Gemeinden verfügen über Demenzcafés, Gesprächsrunden, etc., um den Austausch untereinander und miteinander zu fördern. Zu erwähnen ist, dass die Tabelle keinesfalls alle Versorgungsangebote in Kärnten beinhaltet, da auch viele Unterstützungen in den Gemeinden spezifisch angeboten werden. Damit soll lediglich ein Überblick über die Möglichkeiten der Angebotslandschaft gegeben werden, die wie in Tabelle 4 sichtbar wird, in allen Bezirken des Landes Kärnten vorhanden sind.

Die Zahl von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Kärnten liegt bei 83 Einrichtungen mit ca. 6000 Betten. 520 Pflegebetten davon sind speziell auf die Versorgung von Menschen mit Demenz ausgerichtet. (Gesundheit Österreich, 2024, o.S.)

Grundsätzlich müssen aber die Konzepte der Pflege- und Altenheime neu durchdacht und geplant werden. Viele Entwicklungen der letzten Jahre, die auch in Zukunft eine große Rolle spielen werden, müssen in die Planungen miteinbezogen werden. Zum Beispiel sind das die voranschreitenden Zahlen der Menschen mit demenziellen Erkrankungen, da auch hier eine Anpassung der Angebote benötigt wird. Zudem kommen neue Formen der Betreuung bzw. der Unterbringung, wie Wohngruppen oder Wohngemeinschaften, die von alten Menschen bewohnt werden. Diese Möglichkeiten bieten Platz für ca. acht bis zwölf Personen und die Betreuung erfolgt ambulant. (Scholta, 2009, S. 421f.)

Ein Beispiel für solche Wohnformen sind die Caritas Socialis WG's in Wien. Dort werden Menschen mit leichten bis mittelschweren Demenzerkrankungen betreut. Das Ziel dieser Wohngemeinschaften ist die Möglichkeit auf ein Leben und einen Alltag ohne typische Heimstrukturen. In einer WG leben bis zu acht Menschen mit demenziellen Erkrankungen

und werden professionell gepflegt und versorgt. Über den Tag werden die Personen durchgehend betreut und in der Nacht gibt es einen Bereitschaftsdienst. In den Wohngemeinschaften arbeiten sieben Mitarbeiter*innen mit unterschiedlichen Berufsrichtungen, wie Heimhilfe, Pflegeassistenz oder diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege. (Caritas Socialis, 2021., S. 1-4)

Insgesamt erschließt sich in Verbindung mit dem letzten Kapitel daraus, dass die Soziale Arbeit in vielen dieser Bereiche tätig sein kann:

Im klinischen Setting ist dies bereits der Fall. Im Klinikum Klagenfurt beispielsweise umfasst die klinische Sozialarbeit unter anderem finanzielle Anliegen bzgl. Pflegegeld und Pension oder Leistungsansprüche bzgl. pflegender Angehöriger. Darüber hinaus kommen auch Beratungsgespräche mit Betroffenen und Angehörigen hinzu. Nach der stationären Versorgung werden auch beratende Tätigkeiten über die weiteren Maßnahmen im häuslichen, teilstationären oder ambulanten Setting übernommen. Zudem werden auch finanzielle Ressourcen abgeklärt und die Klient*innen erhalten Hilfe bei Antragsstellungen jeglicher Art (zum Beispiel Pflegegeldantrag, etc.). (Klinikum Klagenfurt, o.D., o.S.)

Weitere Angebote für Demenzbetroffene und ihre Begleitpersonen bietet das Land Kärnten in Form von Sonderführungen in Museen und anderen Kultureinrichtungen. Dies wurde im Rahmen der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ mit Bund, Land und den Gemeinden organisiert. Nach den Führungen wird zu Kaffee und Kuchen eingeladen. Diese Möglichkeit ist wie bereits beschrieben als Möglichkeit zur Inklusion und Ressourcenstärkung hilfreich. (Land Kärnten, 2024, 1-2)

Aus persönlicher Sicht kann gesagt werden, dass die österreichische Demenzstrategie viele Aspekte beinhaltet, die auch in der vorliegenden Arbeit dargestellt wurden. Neben dem Erhalt der Lebensqualität und dem Umgang mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen trägt auch die Angebotsstruktur zu einer Verbesserung der Lebenssituation vieler Demenzbetroffenen bei. Ungeklärt bleibt, in welchem Umfang die Soziale Arbeit in Kärnten in der Demenzversorgung tätig ist. Ausgehend von der Recherche wurde festgestellt, dass die Angebotslandschaft eine Fülle an Beratungs- und Anlaufstellen beinhaltet, die Menschen mit Demenz begleiten und beraten. Trotzdem bleibt fraglich, inwieweit die Versorgung auch zukünftig noch aufrecht gehalten werden kann.

Die Zahl der Personen, die über 75 Jahre sind, soll im Jahr 2030 um 35 Prozent ansteigen. Zudem wird dahingehend auch die Menge an Bezieher*innen des Pflegegeldes um etwa 22

Prozent steigen. Diese Veränderungen müssen in zukünftige Planungen und Entwicklungen miteinbezogen werden. (Kärntner Pflegeatlas, 2023, S. 4f.)

Daraus resultierend kann gesagt werden, dass unter anderem die Pflegekoordination bzw. die Pflegenahversorgung in Kärnten eine große Bedeutung für die einzelnen Gemeinden hat, da die Anlaufstellen vor Ort und die Angebote vielseitig sind. Durch diese Art der Koordination und Vermittlung kann neben der Förderung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen auch die Situation der Menschen mit Pflegebedarf verbessert werden. Kärnten hat außerdem ein großes Angebot für (pflegende) Angehörige und Interessierte. Die Möglichkeiten zur Weiter-, Aus- oder Fortbildung im Bereich der demenziellen Erkrankungen und den Umgang mit Betroffenen sind ebenfalls gegeben. Somit zeigt sich erneut, dass die Zusammenarbeit zwischen den bereits erwähnten relevanten Berufsgruppen unumgänglich für eine hinreichende Demenzversorgung ist. All diese Faktoren spielen auch im nächsten Kapitel eine Rolle, in dem eine Fallvignette die Tätigkeit der Sozialen Arbeit näherbringen soll.

6 Fallvignette Herr S.

Im sechsten und somit letzten Kapitel soll durch eine Fallvignette die ausgearbeitete theoretische Bearbeitung der Demenz praxisnah dargestellt werden. Hier sollen Fragen nach Versorgungsmöglichkeiten, sozialen Netzwerken sowie Pflegemöglichkeiten im Fall Herrn S. beantwortet werden. Der Fall stammt aus dem Kapitel „*Soziale Arbeit in Beratungsstellen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen*“ von Birgitta Neumann, des Buches mit dem Titel „Soziale Arbeit für alte Menschen“. Die Bearbeitung dieses Kapitels erfolgt auf Basis der bisherigen Ausführungen.

Fallbeispiel Herr und Frau S.

„Frau S. kam nach der Veranstaltung zum Thema „Neue Pflegereform - neue finanzielle Hilfen für Menschen mit Demenz“ kurz nach vorn und bat um weitere Einladungen zu Informationsveranstaltungen. Auf die Nachfrage, ob sie denn schon Leistungen erhalte, schüttelte sie den Kopf und sagte, dass dies in ihrem Falle nicht möglich sei. Mit dem Blick in ihre Augen sah man, wie Tränen kamen und sie nicht mehr weitersprechen wollte bzw. konnte. Sie gab noch ihre Telefonnummer und willigte ein, angerufen zu werden.

Beim ersten Gespräch kam heraus, dass sie ihren Mann, einen ehemaligen Professor der Biologie, schon seit drei Jahren betreut. Es habe mit leichten Vergesslichkeiten angefangen, die er ihr gegenüber mit Schuldvorwürfen überspielt habe. Seit 1 ½ Jahren könne sie nur

noch zwei Stunden außer Haus sein, da er ihr sonst furchtbare Vorhaltungen mache. Morgens beim Waschen brauche ihr Mann ab und zu Anleitung beim Nassrasieren und Zähneputzen, da er öfters die Tuben verwechsle. Auch bei der Kleidung müsse sie darauf achten, dass er nicht ständig das Gleiche anzieht.

Er selbst geht noch eigenständig außer Haus zu einer Sportgruppe, was er schon seit 30 Jahren tue. In letzter Zeit sei es aber häufiger vorgekommen, dass er erst nach sechs Stunden wieder auftauche. Auf der Suche nach ihm habe sie ihn in der Stadt angetroffen. Die Zeit, die er weg war, sei ihm nicht bewusst gewesen. Sie mache sich deshalb große Sorgen, wie es weitergehen solle, da er sie zu Hause nicht mehr aus den Augen lasse, ständig Alltägliches nachfrage. Besonders unangenehm sei ihr, dass er ständig betone, dass sie bloß keine Fremden in die Wohnung holen solle. Einen Antrag auf Pflegestufe und zusätzliche Betreuungsleistungen habe sie deshalb noch nicht gestellt. Das Ehepaar S. wohnt in einer großen Altbauwohnung eines Hauses, in dem auch viele Studenten wohnen.“ (Neumann, 2011, S. 321f.)

Für die Soziale Arbeit bedeutet dieser Fall nach den bisherigen Ausführungen konkret, dass es eine Herangehensweise braucht, die aufklärend, aber vor allem beruhigend für das Ehepaar ist. Das heißt zunächst, dass bei Herrn S. noch keine Abklärung gemacht wurde, die Aufschluss über seinen Zustand gibt. Der erste Schritt nach einem weiteren Gespräch, in dem die wichtigsten Informationen besprochen werden, sollte also das Aufsuchen des Hausarztes*der Hausärztin oder einer klinischen Abklärung in einem Krankenhaus sein. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass bei Herrn S. Demenz diagnostiziert wird, können weitere Schritte unternommen werden.

Der Aspekt, dass Herr S. sehr skeptisch gegenüber fremden Menschen in der Wohnung ist, muss berücksichtigt werden. Dies kann sich zum Beispiel durch ein Kennenlernen an einem anderen Ort mit den Beteiligten ändern und Herrn S. müsste erklärt werden, dass seine Frau die Hilfe benötigt, um selbst besser entlastet zu werden. Jedenfalls müssen beide Parteien mit dem weiteren Vorgehen einverstanden sein. Deshalb ist es auch wichtig, dass beide ausreichend über die Möglichkeiten zur Unterstützung und Betreuung informiert werden, um dahingehend auch entlastet zu werden. Der*die Sozialarbeiter*in hätte hier die Aufgabe die Personen kennenzulernen, die Situation einzuschätzen und den Hilfebedarf mit Herrn und Frau S. abzuklären. Vor allem die Wohnsituation, aber auch das Umfeld und die Ressourcen des Ehepaares haben hier Priorität. Jenachdem wie die Wünsche der Personen sind, muss dementsprechend lösungsorientiert gearbeitet werden. Wenn das gewohnte

Umfeld vorerst der Wohnraum für die Beiden bleiben soll, müssen Barrieren und Faktoren, die den Umgang zuhause erschweren könnten, beseitigt werden. Unter anderem können auch Hilfsmittel im Alltag unterstützen, beispielsweise durch Beschriftungen (Zahnpasta, Rasierschaum, etc.). Diese Tipps könnten für das Ehepaar zumindest Kleinigkeiten im alltäglichen Leben erleichtern.

Anderenfalls muss zum Beispiel zu einem späteren Zeitpunkt ein Pflegeplatz oder ein Platz in einem demenzgerechten Wohnheim organisiert werden. Hier könnte wieder ein Kennenlernen des Ortes bzw. der Personen eine langsame Herangehensweise mit einer neuen Situation für den Mann sein.

Eine weitere Option wäre die Unterstützung durch mobile Sozial- bzw. Pflegedienste oder die Mithilfe von freiwilligen Helfer*innen aus der Nachbarschaft bzw. der Gemeinde. Die Wünsche und Bedürfnisse der Personen müssen Berücksichtigung finden, da es sonst weder entlastend noch unterstützend wirkt. Trotzdem muss bedacht werden, dass fremde Leute für die Person eine Barriere darstellen, was heißt, dass hier besonders langsam und schrittweise hingearbeitet werden müsste. Wichtig ist, dass eine Vertrauensbasis besteht, viele Gespräche stattfinden und Aufklärungsarbeit durchgeführt wird.

Eine Aufgabe, die von dem*der Sozialarbeiter*in übernommen werden kann, ist die Vernetzung zu den jeweiligen Trägern. Zum Beispiel zu unterschiedlichen Anbietern von mobilen Sozialdiensten, um eine adäquate Lösung zu finden. Außerdem kann auch die Koordination mit dem Versicherungsträger für den Antrag auf Pflegegeld übernommen werden. Da in diesem Zuge eine ärztliche Abklärung in Form eines Hausbesuches stattfindet, kann auch hier zwischen den Parteien vermittelt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ehepaar S. Unterstützung benötigt, die nach und nach in das Umfeld integriert wird. Die Skepsis von Herrn S. muss unbedingt mitbedacht und respektiert werden. Das Kennenlernen vor der tatsächlichen Zusammenarbeit der Beteiligten kann das Aufeinandertreffen erheblich erleichtern. Außerdem muss auch daran gedacht werden, dass Frau S. Entlastung benötigt.

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit in diesem Fall sind/könnten sein:

1. Beratung des Betroffenen und der Angehörigen

2. Ressourcenabschätzung und -abklärung

3. Betreuung und Begleitung des Betroffenen und der Angehörigen

4. Weitervermittlung zu externen Fachkräften in medizinischen, psychotherapeutischen oder pflegerischen Settings (zum Beispiel zu Fachzentren, Psychotherapeut*innen, Pflegediensten, etc.)

5. Netzwerkarbeit mit Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Pflegedienstleistern und zu Personen in der Angebotslandschaft (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Demenzcafés, etc.)

6. Laufende Bedarfsabklärung durch Gespräche mit dem Betroffenen und der Angehörigen

Mithilfe dieses Fallbeispiels soll gezeigt werden, welche Möglichkeiten die Soziale Arbeit im Kontext Demenz bezogen auf diesen Fall hat. Alltägliche Dinge können für die Betroffenen und die (pflegenden) Angehörigen oftmals zu einer unüberwindbaren Herausforderung werden. Sozialarbeiter*innen können genau dort ansetzen und Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen unterstützen.

Case Management ist hier von großer Bedeutung, da der einzelne Fall in den Blick genommen und individuell abgeklärt werden kann. Oftmals ist die Kontaktaufnahme der Beteiligten eine große Hürde, um sich Hilfe zu holen. Dem kann unter anderem auch durch aufsuchende Soziale Arbeit entgegengewirkt werden.

Die Herausforderungen innerhalb der Wohn- und Lebensräume von Demenzbetroffenen müssen beforscht und dann grundlegend in die Versorgungsstrukturen miteingearbeitet werden, um eine zukünftige Verbesserung der Hilfen zu erzielen. Die Überforderung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und den Angehörigen muss abnehmen und die Angebotslandschaft muss niederschwellig und jederzeit erreichbar sein. Nur so kann in diesem Handlungsfeld adäquat entlastet und unterstützt werden. All diese Aspekte können nur erreicht werden, wenn mehr Sozialarbeiter*innen Interesse an diesem Handlungsfeld entwickeln und attraktive Arbeitsplätze in diesem Bereich zur Verfügung stehen. Ohne den tatsächlichen Akteur*innen kann hierbei nur von einer Zukunftsvision ausgegangen werden. Die Soziale Arbeit und ihre Bedeutung dahingehend ist, wie bereits mehrfach erwähnt, in diesem Bereich eher unterbeleuchtet und muss in Betrachtung der zukünftigen Lage unbedingt mitbedacht und miteingeplant werden.

Fazit und Ausblick

Im Zuge der Bearbeitung der vorhergehenden Themen konnten einige neue Erkenntnisse erlangt werden.

Unter anderem ist die Soziale Arbeit nach wie vor eine unterschätzte Berufsgruppe mit Hinsicht auf das Alter und die Demenz. Vor allem in den Gemeinden könnte durch die Soziale Arbeit sehr viel Unterstützung gewährt werden. Beispielsweise in Bezug auf Pflegegeldfragen, Angehörigen- und Betroffenenarbeit oder ambulante bzw. (teil-)stationäre Betreuung. Mithilfe von sozialer Altenarbeit kann Vereinsamung, Hilflosigkeit und Verunsicherung im Alltag entgegengewirkt werden. Durch die Begleitung von Sozialarbeiter*innen kann eine Verbesserung auch im nichtmedizinischen Kontext erwirkt werden, da beispielsweise im Sinne der Prävention in den Gemeinden gearbeitet werden kann. In Verbindung mit Krankenhäusern, Pflegeinstitutionen und in Zusammenarbeit mit den Gemeinden können Möglichkeiten zur Kontaktherstellung gesichert werden. Dazu benötigt es aber vor allem eines: mehr Akzeptanz der Sozialen Arbeit im Bereich der alten Menschen. Es braucht auch zukünftig noch sehr viel mehr Interesse an alten Menschen und ihren Bedürfnissen in der Gesellschaft, um Vereinsamung durch soziale Isolation und Unsicherheiten durch fehlende Informationen zu verhindern.

Wie in den Kapiteln bereits ersichtlich wurde, kann die Soziale Arbeit ohne die Pflege, die Medizin und andere Bereiche in der Altenarbeit nicht allein agieren. Die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Fachgebiete ist notwendig, um eine großflächige Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Die Demenz- bzw. Altenarbeit sollte ein verankerter Bestandteil der Sozialen Arbeit sein.

Sozialarbeiter*innen wären sehr vielfältig einsetzbar, beispielsweise als aufsuchende und in weiterer Folge begleitende Prozessbegleiter*innen, die den Betroffenen und auch den Angehörigen zur Seite stehen. Weitere Möglichkeiten gibt es in der Beratung und bei Workshops bzw. Seminaren. Dort können Sozialarbeiter*innen die Gesellschaft für diese Themen sensibilisieren und dabei helfen Ängste und Vorurteile abzubauen. Hier kann und muss sich noch sehr viel ändern, da das Alter erst zunehmend mehr Aufmerksamkeit erlangt (aber noch lange nicht genug!).

Wichtig zu erwähnen ist, dass das Demenzsyndrom eine komplexe und umfassende Thematik darstellt, die für Sozialarbeiter*innen mit spezifischem und wissenschaftlichem Wissen untermauert werden muss. Hierzu ist zu sagen, dass solche Fort- und Ausbildungen meist mit höheren Kosten verbunden sind, die aber durchaus vielfältige Angebote

beinhalten. Beispielsweise bezogen auf demenzfreundliche Lebensräume, Basisschulungen sowie Ausbildungen zum*r Demenztrainer*in.

Der Bedarf nach mehr Projekten und Angeboten für Demenz in Kärnten ist laut der umfassenden Literaturrecherche recht hoch. Personen, die bereits bei Modellprojekten teilgenommen haben, würden sich auch in Zukunft über mehr Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz freuen. Nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für Angehörige und Interessierte ist ein Austausch wichtig.

In Zukunft braucht es eine langfristige Planung zu den konkreten Handlungsfeldern für Sozialarbeiter*innen im Bereich der Demenz. Wie in der Arbeit sichtbar wurde, muss hier definitiv nachgebessert werden. Folgende Handlungsempfehlungen ergeben sich durch die Auseinandersetzung mit dem Thema: Zum einen braucht es an der Fachhochschule Kärnten eine begleitende Lehrveranstaltung im Bachelorstudium Soziale Arbeit zum Alter und zu gerontologischen Grundlagen (über das gesamte Studium!). Zudem müssten auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ihre multiprofessionellen Teams vermehrt mit Sozialarbeiter*innen besetzen, um mehr Jobmöglichkeiten in diesem Bereich zu schaffen. Des Weiteren könnte auch verstärkt in Form von mobilen Diensten, mit Schwerpunkt auf Soziale Arbeit, interveniert werden, um aufsuchend arbeiten zu können und den Bedarf in den Lebensräumen und in den einzelnen Gemeinden abzuklären.

Die Soziale Arbeit muss sich gemeinsam mit der Politik auch älteren und alten Menschen vermehrt annehmen und ihre Lebenswelten ihrer Bedürfnisse entsprechend anpassen. Nur so kann Vereinsamung und sozialer Isolation entgegengewirkt werden. Auch diese Lebensspanne verdient ein würdiges und qualitativ hochwertiges Leben, was durch Beratung, Begleitung und Vermittlung gelingen kann. Die Zusammenarbeit von pflegerischen, medizinischen und sozialtätigen Mitarbeiter*innen ist von Bedeutung, da ein umfassendes Netzwerk für alle Beteiligten förderlich ist.

Ein weiterer Aspekt, der nicht außer Acht gelassen werden darf, ist der diagnostische und therapeutische Verlauf von demenziellen Erkrankungen. Sozialarbeiter*innen müssen in diesem Bereich Kenntnisse des grundlegenden Verständnisses über diese Abläufe haben, um die Betroffenen und ihre Angehörigen bestmöglich zu beraten und zu unterstützen. Ohne diese theoretischen und auch in der Praxis gängigen Methoden kann eine adäquate Beratung nicht erfolgen, da eine Weitervermittlung nur bedingt stattfinden kann. Zudem spielt auch die Vernetzung eine große Rolle, da Sozialarbeiter*innen sich mit der Zeit ein Netzwerk aufbauen müssen, das dazu beiträgt, dass pflegerische, medizinische und auch psychologische Angebote abrufbar sind.

Um die Fragen aus der Einleitung der Masterarbeit zu beantworten, können die bisherigen Erläuterungen der Arbeit herangezogen werden.

„Welche Strategien und Angebote gibt es in Bezug auf das Thema Demenz und wie kann ein demenzfreundlicher Umgang erreicht werden?“

In Österreich gibt es wie in Kapitel 5.1 dargestellt eine Demenzstrategie, die sieben Wirkungsziele mit unterschiedlichen Schwerpunkten beinhaltet. Die einzelnen Bundesländer haben dann die Möglichkeit diese Ziele näher zu beschreiben und spezifische Angebote dafür zu entwickeln bzw. Vorhandene anzupassen. Die Demenzstrategie ist ein Leitfaden bzw. ein Wegweiser für Betroffene, (pflegende) Angehörige, die Gesellschaft und Interessierte. Die Angebote finden sich in den österreichischen Bundesländern unterschiedlich stark verteilt und ausgeprägt. Unter anderem gibt es auch einige demenzfreundliche Gemeinden und spezielle Demenzservicestellen. Mit vielfältigen Angeboten, spezifischen Projekten, Öffentlichkeitsarbeit, Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten sowie der Anpassung der Sozialräume von Menschen mit Demenz können die Wirkungsziele der Demenzstrategie erreicht werden. Auch kleine Schritte sind notwendig und können dazu beitragen die Wichtigkeit des Themas für die Gesellschaft hervorzuheben.

Ein demenzfreundlicher Umgang ist möglich, wenn zum Beispiel Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander sprechen, sich austauschen und Ideen dazu entwickeln, wie Menschen mit und ohne Demenz vermehrt zusammentreffen. Dies könnte beispielsweise durch Projekte oder andere ansprechende Aktivitäten geschehen, die auch die Öffentlichkeit als Einladung versteht, um dort mitzuwirken. Zudem stellt auch die Forschung in diesem Bereich einen wichtigen Bestandteil dar, denn hier können Menschen mit Demenz befragt werden, was sie brauchen und wie sie den Umgang mit der Gesellschaft sehen. Menschen ohne Demenz können dazu befragt werden, welche Barrieren es im Umgang mit Menschen mit Demenz gibt und wo angesetzt werden könnte, um diese abzubauen.

„Was braucht es hierfür allgemein und speziell in Kärnten?“

Allgemein braucht es vor allem mehr Einsicht in die Empfindungen der alten Menschen in der Gesellschaft. Vielfältige Blickwinkel, die nicht nur medizinische und pflegerische Bereiche umfassen, müssen erweitert werden. Die Sichtweise von psychosozialen Aspekten, der Aufrechterhaltung und Verbesserung der Lebensqualität sowie dem Wissen über die Bedürfnisse und Gefühle von Menschen mit Demenz müssen unbedingt mitbedacht werden.

Zudem benötigt es ein hohes Maß an Akzeptanz, Offenheit und Respekt, um Menschen mit Demenz nicht auszuschließen.

In Kärnten gibt es ein breitgefächertes Angebot für Demenz (Kapitel 5.5), das in den letzten Jahren gewachsen ist. Neben mobilen Abklärungsmöglichkeiten und (teil)-stationären Angeboten gibt es auch auf Demenz ausgerichtete unterstützende Maßnahmen für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen. Trotzdem muss Kärnten das Thema Demenz noch mehr in die Öffentlichkeit bringen und sich auch politisch vermehrt dazu äußern. So können Sensibilisierung und Aufklärung besser gelingen. Zudem braucht es präventive Angebote, die es älteren und alten Menschen ermöglichen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und gegen Vereinsamung vorzugehen. Dies führt im besten Fall auch zu einer leichteren Koordination zwischen Pflegenahversorgung, ehrenamtlichem Engagement und den Betroffenen.

„Welche Möglichkeiten gibt es für die Soziale Arbeit sich beim Thema Demenz mehr einzubringen?“

Die Soziale Arbeit kann in unterschiedlichen Bereichen der Demenzarbeit präsenter werden. Einerseits können spezielle Beratungsstellen für Menschen mit Demenz mit Sozialarbeiter*innen besetzt werden. Diese können entweder in multidisziplinären Teams oder durch Vernetzungsarbeit sehr breitgefächerte Angebote schaffen. Darunter würde Case-Management, Unterstützung bei bürokratischen Anliegen (Pflegegeldanträge, etc.), Angehörigenberatung und Vermittlung zu Kliniken, mobilen Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, etc.

Zudem kann die Soziale Arbeit auch in Teams in mobilen Settings agieren. Vor allem in Kooperation mit Pflegepersonen und dem Umfeld der Betroffenen kann der Bedarf individuell abgeklärt werden. Der Ruf nach der häuslichen Pflege und Betreuung wird laut Literaturrecherche immer lauter, weil viele ältere und alte Menschen nur schwer ihr gewohntes Umfeld zurücklassen wollen. Zudem gibt es auch nicht genügend Kapazitäten in den Wohn- und Pflegeheimen. Sodass dies zur Folge haben wird zukünftige Angebote möglichst mobil und niederschwellig zu organisieren bzw. zu entwickeln.

Eine weitere Möglichkeit, die in Oberösterreich bereits umgesetzt wurde, sind die genannten Demenzservicestellen, die sich für die Suche nach adäquaten Angeboten einsetzen. In Kärnten sind Sozialarbeiter*innen wie bereits erwähnt als Koordinator*innen in der Pflegenahversorgung tätig.

„Wie können Betroffene sowie pflegende Angehörige bestmöglich unterstützt bzw. entlastet werden?“

Eine bestmögliche Unterstützung ist sehr individuell und von der Ausgangssituation abhängig. Jedoch ist die Bereitstellung von ausreichend Informations- und Angebotsmaterial ein guter Weg, um anfänglich einen Überblick über die Erkrankung, die Veränderungen und die Angebotslandschaft zu erhalten. Je nach Einschätzung der aktuellen Lage und der Erhebung der Ressourcen bzw. des Bedarfs muss dann im Austausch mit den Betroffenen und den Angehörigen eruiert werden, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen und was zukünftig benötigt wird. Viele Menschen mit Demenz benötigen zudem vielfältige Angebote, um aktiv zu bleiben: sportliche, kreative und kulturelle Möglichkeiten, in denen auch der Austausch untereinander gefördert werden kann. Zudem kann auch hier der Zugang zu Hilfsmitteln bzw. Unterstützungsmöglichkeiten gegeben werden, da auch hier unterschiedliche Berufsgruppen mitwirken bzw. teilnehmen könnten. Vor allem in den Gemeinden muss sehr niederschwellig gedacht und geplant werden. Die Möglichkeiten, um sich austauschen und teilnehmen zu können, sollten jede*r Person zur Verfügung stehen und hinsichtlich Infrastruktur, Zeit und Ort bedacht entwickelt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Verbindung von Demenz und Sozialer Arbeit zwar theoretisch mehrheitlich besteht, jedoch praktisch noch ausbaufähig ist. Bei den Angeboten in Kärnten liegt der Fokus eher auf den pflegerischen Aspekten. Dies ist sehr gut, da diese Form der Unterstützung für die älteren und alten Menschen nicht wegzudenken ist. Jedoch könnte hier der sozialarbeiterische Bedarf mehr Anklang und Platz finden. Durch die ganzheitliche Betrachtung, die ressourcen- und lösungsorientierte Vernetzungsarbeit und die individuelle Beratung kann die Soziale Arbeit sehr viel zu einer adäquaten Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen beitragen. Die Chance, dass viele ältere und alte Menschen möglichst lange zuhause wohnen können, kann durch die Unterstützungs- und Netzwerkarbeit der Sozialen Arbeit und auch mithilfe anderer Berufsgruppen, erhöht werden. Dazu benötigt es unter anderem mehr Sensibilisierung der Öffentlichkeit für solche Themen, aufsuchende Angebote und niederschwellige Anlaufstellen, die auch für ältere und alte Menschen zugänglich sind.

In Zukunft muss hier noch einiges unternommen werden, da das zunehmend hohe Alter der Menschen eine Herausforderung in Bezug auf Pflege, Betreuung und Begleitung ist und auch weiterhin sein wird. Dazu kommt die Umstrukturierung in den Familien, da sich die Erwerbstätigkeit der Frauen sowie die Ausbildungslänge erheblich verändert hat. Für die

meisten Personen ist es nicht möglich die eigenen Eltern bzw. Verwandten oder Bekannten, neben dem Beruf und/oder der eigenen Kindererziehung, zu pflegen bzw. zu versorgen. Dies wird auch weiterhin sehr viel externe Unterstützungs- und Pflegeangebote erfordern. Die Soziale Arbeit kann in Zusammenarbeit mit der Pflege, der Medizin und anderen Berufsgruppen einen großen Schritt hin zu einem flächendeckenden Versorgungssystem machen, das schnelle Abklärungen, Strategien für Pflege und Betreuung, ehrenamtliches Engagement und individuell angepasste Angebote garantiert. Hinblickend auf die zukünftige Entwicklung von demenziellen Erkrankungen in der Forschung müssen bestehende Angebote weiterentwickelt und Sozialräume angepasst werden.

„Für Menschen mit Demenz ist der Erhalt ihrer Kompetenzen, ihrer Selbstbestimmung und ihres Selbstwertgefühls von besonderer Bedeutung. Sie sind sich über lange Zeiträume trotz aller mit der Krankheit verbundenen kognitiven Einschränkungen des derzeit noch irreversiblen Verlaufs ihrer Krankheit bewusst. Mit fortschreitender Krankheit sind sie mehr und mehr auf Unterstützung und Hilfe angewiesen. Diese müssen darauf ausgerichtet sein, deren Ressourcen zu erkennen, zu stärken und deren Selbstbestimmung zu erhalten.“

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S. 20)

Um diese Masterarbeit abzuschließen, wurde ein passendes Zitat über die Bedeutung von Selbstbestimmung und über die Stärkung und Förderung der Ressourcen gewählt.

Menschen mit Demenz brauchen passende Wohn- und Lebensräume, Versorgungsstrukturen, aber auch Aufmerksamkeit, Zuwendung und Menschen, die sich für sie einsetzen!

Literaturverzeichnis

- Alzheimer Schweiz (2018). *Nach der Demenz-Diagnose. Was Sie und Ihre Angehörigen jetzt tun können.* Seite 6. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Sektionen/Basel/Dokumente/Publikationen/Broschueren/_ALZCH/Broschuere-103-Nach-der-Demenz-Diagnose-Alzheimer-beider-Basel.pdf
- Amann, Anton (2009). *Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.* In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. 2. Auflage, Wien. Seite 207-213. <https://www.yumpu.com/de/document/view/20727962/hochaltrige-in-osterreich-bundesministerium-fur-arbeit-soziales-#>
- Arasteh, Keikawus, Baenkler, Hanns-Wolf, Bieber, Christine et al. (2018). *Demenz.* Duale Reihe Innere Medizin. 4. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Seite 1464-1465. https://physiolink.thieme.de/b/buecher/184640104/184640104_17_483?q=Demenz
- Auer, Elisabeth (2015). *Diätologie.* In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 48. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Berner, Frank, Tesch-Römer, Clemens (2010). *Alter – Bilder – Altersbilder: Ein erster Überblick.* In: 6. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Seite 36-39. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014). *Gemeinsam für Menschen mit Demenz. Die Handlungsfelder.* Allianz für Demenz, Berlin. Seite 20. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Demenz/Agenda_Allianz_fuer_Demenz_16-09-14.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.* Seite 8-10. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/be474bfdb4016bbbca9bf87b4cb9264b/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>

- Bundesministerium für Justiz (2017). *Das neue Erwachsenenschutzrecht*. Seite 6-12.
<https://www.bmj.gv.at/themen/Zivilrecht/Erwachsenenschutz/Das-neue-Erwachsenenschutzrecht-im-%C3%9Cberblick.html>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014). *Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz – ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu Hause*. Expertise zu Beratungsbedarf und Beratungsangeboten für Angehörige von Menschen mit Demenz in Österreich. Seite 47-50.
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e5253912-31db-43a2-87ae-5e75770a2e1b/soziale-themen_seniorinnenpolitik_lebensqualitaet-wuerde_beratung-angehoerige-demenzkranker.pdf
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). *Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz*. Wien. Seite 3-4, 16-48.
https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Demenzstrategie_Neu.pdf
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). *Gut leben mit Demenz. Ein Wegweiser*. Wien.
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=357>
- Caritas Socialis (2021). *Leistungsbeschreibung „Betreutes Wohnen – spezielle Leistung Demenz“*. Seite 1-4.
https://www.cs.at/files/leistungsbeschreibung_wohngemeinschaften.pdf
- Croy, Antonia, Natlacen, Monika (2015). *Demenz-Erkrankte und Angehörige*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 128-129. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- DAK (2017). *Umfrage unter Angehörigen von Menschen mit Demenz in Deutschland zu Einstellungen und Kenntnissen bezüglich Demenzerkrankungen*. In: Statista.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/787081/umfrage/umfrage-unter-angehoerigen-von-menschen-mit-demenz-zu-einstellungen-und-kenntnissen/>
- Deutscher Ethikrat (2012). *Demenz und Selbstbestimmung*. Stellungnahme. Seite 53-64.
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>

- EPIG – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (2018). *Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege – Kärnten 2030. Empfehlungen bis 2030*. Endbericht. Seite 51-52, 59-60. <https://epig.at/sites/default/files/2020-06/zum%20Bericht.pdf>
- Eurostat (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Statistical books. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Seite 8-24, 51-55. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%911681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Fellinger, Ulrike, Tatzer, Verena C. (2015). *Ergotherapie*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. S. 46-47. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Fenninger, Erich (2015). *Pflegekompass*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 134. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Fercher, Petra, Sramek, Gunvor (2018). *Brücken in die Welt der Demenz. Validation im Alltag*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München. Seite 16-25, 28-29.
- Fonds Gesundes Österreich (2017). *Gesundheit in Bewegung 2.0 (GiB 2.0)*. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse. Seite 1-7. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/GiB%202.0_2622_Endbericht.pdf
- Fonds Gesundes Österreich (2020). *Demenzfreundliche Modellgemeinde Moosburg. Bereit zur Verschiedenheit – Gemeinsam für eine lebenswerte Zukunft trotz Demenz*. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse. Seite 1-5. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/FG%C3%96_%C3%B6ffentlicher_Endbericht_30.04.2020_final.pdf
- Gebhard, Doris, Schmid, Christina (2017). *Ein bewegtes Leben für Menschen mit Demenz*. Das Handbuch zum Projekt Gesundheit in Bewegung 2.0. Seite 10-11. https://www.fh-kaernten.at/fileadmin/documents/studienbereiche/gesundheits-soziales/gesundheits-pflegemanagement/GiB-Folder_compressed.pdf

- Gellert, Paul, Brandenburg, Hermann, Franke, Annette, et al. (2023). *Prävention und Gesundheitsförderung im und für das Alter stärken*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Seite 1-5. <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02262-4>
- Geretsegger, Monika, Phan Quoc, Eva (2015). *Musiktherapie*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 52-53. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Gesundheit Österreich (2021). *Demenz in Sprache und Bild. Leitfaden für eine demenzgerechte Darstellung. Von einer defizit- zur stärkenorientierten Berichterstattung*. Wien. Seite 2-9. https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Leitfaden_Demenz-und-Sprache_.pdf
- Gesundheit Österreich (2024). *Spezialisierte Einrichtungen der stationären Langzeitpflege für Demenz und gerontopsychiatrische Erkrankungen*. Land Kärnten. Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege – Unterabteilung Pflegewesen. https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzungen/Umsetzung/iImplId_216.htm
- Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Soziale Ressourcen. Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Seite 13-15. <https://irf.fhnw.ch/server/api/core/bitstreams/eadb6ae-105f-4f4c-ac04-a14ea09159a2/content>
- Grasser, Margarethe, Kunar, Elke (2014). *Das Angehörigengespräch*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 135. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Gronemeyer, Reimer (2015). *Die Demenzfreundliche Kommune – das Wagnis*. In: Rothe, Verena, Kreuzner, Gabriele & Gronemeyer, Reimer. Im Leben bleiben. Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. transcript Verlag, Bielefeld. Seite 20-33.
- ICD-10 (2022). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10 Revision*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien. Seite 201-202. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/389/ICD-10_BMSGPK_2022.pdf
- Jaeger, Ulrike (2011). *Soziale Arbeit in ambulanten Pflegediensten und betreuten Wohngemeinschaften*. In: Zippel, Christian, Kraus, Sibylle (Hrsg.). Soziale Arbeit

- für alte Menschen. Ein Handbuch. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main. Seite 339-344.
- Jost, Annemarie (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. Seite 169-172.
- Jungwirth, Angelika (2015). *Logopädie*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 49. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Kastner, Ulrich, Löbach, Rita (2010). *Handbuch Demenz*. 2. Auflage. Verlag: Urban & Fischer, München. Seite 9-41.
- Kärntner Pflegeatlas (2023). *Der verlässliche Wegweiser für alle Pflegefragen in Kärnten*. Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege. Seite 4-5, 50-53. <https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&detail=616>
- Kessler, Eva-Maria (2021). *Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. Seite 19-20.
- Klie, Thomas (2010). *Altersbilder und Rollenmodelle des Alters in der Zivilgesellschaft*. In: 6. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Seite 124-126. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf>
- Klinikum Klagenfurt (o.D.). *Klinische Sozialarbeit. Unsere Leistungen*. <https://www.klinikum-klagenfurt.at/abteilungen-ambulanzen/weitere-einrichtungen/klinische-sozialarbeit/leistungen/>
- Kühnert, Sabine, Ignatzi, Helene (2019). *Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. Seite 22-23.
- Land Kärnten (2021). *Pflegenahversorgung*. Seite 1-2. <https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&detail=986>
- Land Kärnten (2022). *Pflegenahversorgung. Stärkung des Ehrenamts*. <https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Dateien/UA%5fPflegetageswesen/Pflegenahversorgung/St%20a4rktung%5fEhrenamt%5fPflegenahversorgung.pdf?exp=1022614&fps=1a95e21b063a0efc18a4e15be90f214d68ba6884>
- Land Kärnten (2023). *Demenzstrategie: Bund – Land – Gemeinde*. https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Dateien/UA_Pfle

[gewesen/Demenz/17012023/Poster_Demenz_01_2023.pdf?exp=1154209&fps=a3d fd2faf97487360c75ed7b31aaec155366a024](https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Dateien/UA%5fPfl egewesen/Demenz/17012023/Poster_Demenz_01_2023.pdf?exp=1154209&fps=a3d fd2faf97487360c75ed7b31aaec155366a024)

Land Kärnten (2024). *Kulturbegleitungen für Menschen mit dementieller Entwicklung*. Seite 1-2.

<https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Dateien/UA%5fPfl egewesen/Demenz/Einladung%5fMuseum%5fKulturbegleitungen%5fFr%5fc3%bchjahr%5 f2024%5fStand%5f04.03.2024.pdf?exp=1435982&fps=e58a10b5c93003a59a34f03 5463eca0d662583fb>

Lebenshilfe Kärnten (o.D.). *Die Lebensalm*. <https://www.lebenshilfe-kaernten.at/wo-wir-wirken/pflege-demenz>

Mayer, Lisa Katharina (2023). *Frühzeitige Unterstützung bei demenziellen Erkrankungen und Beeinträchtigungen – Status quo und Perspektiven in Österreich*. Gesundheit Österreich, Wien. Seite 15.

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Fruehzeitige-Unterstuetzung-bei-demenziellen-Erkrankungen-und-Beeintraechtigungen_V2.pdf

Meyer, Christine (2019). *Soziale Arbeit und Alter(n)*. 1. Auflage. Beltz Juventa, Weinheim Basel. Seite 306.

Neumann, Birgitta (2011). *Soziale Arbeit in Beratungsstellen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen*. In: Zippel, Christian, Kraus, Sibylle (Hrsg.). *Soziale Arbeit für alte Menschen*. Ein Handbuch. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main. Seite 321-325, 328-334.

Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2024). *Was ist Demenz?* <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/>

Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2024). *Zahlen und Statistik*. <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>

Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (2017). *Zur Zukunft der sozialen Altenarbeit in Österreich*. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ der ogsa, Wien. Seite 240-242. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/543/969.pdf>

Österreichische Gesundheitskasse (2024). *Demenzsprechstunde. Stärkung der Selbsthilfe durch Demenzsprechstunde*. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.878602&portal=ogekportal>

Pauls, Helmut (2018). *Beratungskompetenzen in der Klinischen Sozialarbeit*. In: Pauls, Helmut, Gahleitner, Silke, Brigitta, Kröger, Christine & Mayer, Marion. *Zeitschrift*

- für Theorie und Praxis in der Beratung, Heft 3. Seite 11. <https://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2019/01/BA-3-2018.pdf#page=4>
- Resch, Ruth E. (2015). *Orthoptik*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 50. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Rothermund, Klaus (2022). Altersbilder. In: Lang, Frieder R., Lessenich, Stephan & Rothermund, Klaus (Hrsg.): Altern als Zukunft – eine Studie der VolkswagenStiftung. Springer Verlag, Berlin. Seite 35-38. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-63405-9>
- Scheu, Bringfriede (2014). *Demenz. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit*. In: Sozial Extra 38. Seite 25-27. <https://doi.org/10.1007/s12054-014-0094-x>
- Schlegel, Constanze, Wewerka, Gerti (2015). *Physiotherapie*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 51-52. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-S06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Scholta, Margit (2009). *Pflege und Betreuung. Vom Armenasyl zur Hausgemeinschaft: Gemeinschaftliches Wohnen bei Betreuungs- und Pflegebedarf*. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. 2. Auflage, Wien. Seite 421-422. <https://www.yumpu.com/de/document/view/20727962/hochaltrige-in-osterreich-bundesministerium-fur-arbeit-soziales->
- Sepandj, Asita (2015). *Diagnostik*. In: Höfler, Sabine, Bengough, Theresa, Winkler, Petra & Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Seite 35-39. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Sozialratgeber Kärnten (2023). *Hilfe und Unterstützung für Menschen in Kärnten*. Amt der Kärntner Landesregierung, Klagenfurt. Seite 85-86, 141-143. <https://www.ktn.gv.at/Service/Formulare-und-Leistungen/GS-L123>
- Tatzer, Verena, Reitingner, Elisabeth, Plunger, Petra, Heimerl, Katharina (2020). „Wenn es nicht schlimmer wird, kann ich damit leben“ Bedürfnisse und Erfahrungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in Österreich. Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatrie 3. Seite 246-250. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01581-9>

Universität Zürich (2018). *Lebensqualität*. Heft 1: Runder Tisch ZULIDAD – Leitfaden „Lebensende mit Demenz“. Eicher, Stefanie, Geschwindner, Heike, Wolf, Henrike & Riese, Florian (Hrsg.). UD Medien AG, Luzern. Seite 7-12. https://www.zfg.uzh.ch/dam/jcr:bf9fb1a9-57dc-4e87-b725-d782bc181227/P87308_01_Lebensqualit%C3%A4t_LOW.pdf

Volkshilfe Österreich (2020). *Aktiv leben trotz Demenz*. Seite 7-8. https://www.volkshilfe.at/fileadmin/user_upload/Media_Library/PDFs/Ratgeber_Broschueren/Brosch_Aktiv-trotz-Demenz_web_12-2020.pdf

WHO (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. Seite 4-12. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2023). *Dementia*. Seite 1-4. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>

Anhang

Überleitungsbogen Demenz der KABEG und des Landes Kärnten



Sehr geehrte Bezugsperson!

Dieser Überleitungsbogen wurde speziell auf ältere Personen bzw. Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet und soll dem Pflegepersonal dieses Krankenhauses bei der Eingliederung Ihres Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen und umfassende Informationen zusätzlich zum Aufnahmegespräch vermitteln.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Stationsstützpunkt ab!

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!

Patientenname: _____	Ausfüllende Person: _____
Erhebungsdatum: _____	

Möchte angesprochen werden als Herr/Frau			
Früherer Beruf (z. B. Handwerk): _____			
Muttersprache: _____			
Bezugsperson		Telefonnummer	
Vertretung gem. Erwachsenenschutzrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art der Vertretung	_____
zeitlich befristet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, endet am:	_____
Name	Telefonnummer		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bisherige Versorgung:	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> mobiler Dienst	<input type="checkbox"/> 24 h Betreuung <input type="checkbox"/> Pflegeheim
Pflegegeld	Stufe _____	seit _____	
Demenz Diagnose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit _____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	
Fremdkörper / Metalle im Körper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	
Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Maßnahmen werden gesetzt?			
Schmerzäußerungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen
Wann treten Schmerzen auf?			
Wie werden Schmerzen geäußert?			
Welche Maßnahmen helfen?			
Einschränkungen beim Hören	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mitgebracht
Anweisungen können umgesetzt werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Einschränkungen beim Sehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Brille vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mitgebracht
Text kann gelesen werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Text kann gelesen und verstanden werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Verstehen der Sprache	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Kurze Fragen / Gesten werden verstanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kontaktverhalten			
sucht Kontakt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
lehnt Kontakt ab	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Der Betroffene teilt mit was er benötigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Stimmung			
	ängstlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gereizt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gehoben	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gedrückt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Version: 20.04.2023

©Gabriele Schellander

Besonderheiten beim Essen und Trinken				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zahnprothese vorhanden				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mitgebracht
Vorlieben					
Abneigungen					
Schluckstörungen				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind spezielle Maßnahmen/Hilfsmittel erforderlich?					
Gewohnheiten im Tagesverlauf (Beschäftigung, Hobbys, Rituale, Hilfestellungen ...)					
Morgens	Mittags	Abends	Nachts		
Schlafen und Schlafgewohnheiten					
Schläft gut				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geht zu Bett gegen				_____	Uhr
Schläft gerne bis				_____	Uhr
		tagaktiv	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	nachtaktiv <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herausfordernde Verhaltensweisen					
<input type="checkbox"/> Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert	<input type="checkbox"/> Antrieb vermindert		
<input type="checkbox"/> Wiederholende Geräusche	<input type="checkbox"/> Unangemessenes Rufen	<input type="checkbox"/> Bedrohliches Verhalten	<input type="checkbox"/> Beschuldigungen		
<input type="checkbox"/> „nach Hause wollen“	<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Nahrungsablehnung	<input type="checkbox"/> Medikamentenablehnung		
<input type="checkbox"/> Einpacken	<input type="checkbox"/> Rückzug	<input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/> Ruheloses Umhergehen		
<input type="checkbox"/> Aufräumen	<input type="checkbox"/> Unruheverhalten	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten		
In welcher Situation:					
Gibt es bewährte Hilfestellungen?				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
Besondere Verhaltensweisen zu Hause:				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung:				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen?				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Welche?					
Bei ständigem Rufen. Nach wem wird gerufen?					