

Demenz – erkennen – ansprechen – handeln

Eine Auseinandersetzung mit dem Projekt
Integrierte Versorgung Demenz OÖ

Anna Auböck

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 24.04.2017

Version: 1

Begutachter: FH Prof Mag Dr Johannes Pflegerl

Abstract, Deutsch

Die vorliegende Bachelorarbeit erforscht das Konzept der „Integrierten Versorgung Demenz OÖ“ mit dem Schwerpunkt auf die Informations- und Beratungsangebote für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige. Durch leitfadengestützte ExpertInneninterviews mit KooperationspartnerInnen und DemenzberaterInnen wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse Informationen und Wahrnehmungen zum Projekt erfasst und strukturiert. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die konzeptuelle Idee eine flächendeckende Versorgungsstruktur mit Demenzberatungsstellen und Alten- und Pflegeheimen in OÖ vorsieht. Die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit beziehen sich auf die Funktion der DemenzberaterInnen, welche sowohl Beratungs- als auch Managementaufgaben übernehmen.

Abstract, English

This bachelor thesis explores the concept of the “integrated care for dementia in Upper Austria” with a focus on information and counselling offers for people with dementia and their relatives. On the basis of guided expert interviews with cooperation partners’ and dementia counsellors’ information and perceptions about the project were collected and structured by using the qualitative content analysis. The results show that the conceptual idea in Upper Austria includes a comprehensive structure of supply with dementia-counselling-centres and residential care homes for the elderly. The possible actions for the social work are in the role of dementia counsellors’, who assume counselling and management tasks.

Inhalt	Seite
Abstract, Deutsch	2
Abstract, English	2
1 Einleitung	4
2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage	4
2.1 Forschungsinteresse	5
2.2 Forschungsfrage mit Detailfragen	6
3 Beschreibung des Forschungsprozesses	6
3.1 Methode der Datenerhebung: leitfadengestützte ExpertInneninterviews	6
3.1.1 InterviewpartnerInnen.....	7
3.2 Methode der Datenanalyse: qualitative Inhaltsanalyse.....	7
4 Ergebnisdarstellung	8
4.1 Entwicklung des Projekts IVDOÖ.....	8
4.1.1 Ausgangslage/ Problemstellung.....	8
4.1.2 KooperationspartnerInnen des Projekts.....	9
4.1.3 Entwicklungsschritte des Projekts.....	10
4.2 Ziele des Projekts IVDOÖ	13
4.3 Zwei Säulen des Projekts IVDOÖ	14
4.3.1 Demenzberatungsstellen – 1.Säule	14
4.3.1.1 Angebote der Demenzberatungsstellen.....	15
4.3.1.2 Berufsgruppen.....	18
4.3.1.3 Zielgruppe	22
4.3.1.4 Finanzierung.....	23
4.3.1.5 Standorte	24
4.3.1.6 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit	25
4.3.1.7 Evaluierung	27
4.3.2 Alten- und Pflegeheime – 2.Säule.....	28
5 Resümee	29
6 Rück- und Ausblick	33
7 Literatur	34
8 Daten	35
9 Abkürzungen	36
10 Anhang	36
10.1 Interviewleitfäden	36
10.2 Vergleich: Ziele der Bundes-Demenzstrategie und des Projekts IVDOÖ.....	39
11 Eidesstaatliche Erklärung	41

1 Einleitung

Der Österreichische Preis für Integrierte Versorgung, kurz ‚Integri‘, wurde 2014 in der Kategorie Gesundheitspolitische Vorreiterrolle dem Projekt „Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich“ (IVDOÖ) übergeben (vgl. OÖGKK 2014:1). Die Begründung für die Auswahl dieses Preisträgers wurde argumentiert mit der Ausrichtung auf ein präventives, niederschwelliges und multiprofessionelles Leistungsangebot, welches in Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationen bereitgestellt wird (vgl. CompuGroup Medical CEE GmbH o.A.). Das Motto des Projekts „demenz – erkennen – ansprechen – handeln“ skizziert die methodische Ausrichtung als auch die Zieldefinition des Projekts IVDOÖ (vgl. Amt der Oö. Landesregierung 2013:4).

Ziel dieser qualitativen Forschung, die es im Zuge des Bachelorstudiums „Soziale Arbeit“ an der Fachhochschule St. Pölten zu verfassen gilt, ist es, eine konzeptionelle Betrachtung des Informations- und Beratungsangebotes für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörigen im Rahmen des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich“ auf Basis des Datenmaterials durchzuführen und darzustellen.

Im ersten Teil dieser Forschungsarbeit wird das Erkenntnisinteresse mit der abgestimmten Forschungsfrage beschrieben. Um den Forschungsprozess nachvollziehbar darzustellen, wird anschließend die methodische Vorgehensweise aufgezeigt. Der Hauptteil der Arbeit setzt sich aus der Ergebnisdarstellung zusammen, welcher untergliedert ist in der Beschreibung der Entwicklung des Projekts Integrierte Versorgung Demenz und der beiden Hauptsäulen des Konzepts. Den Abschluss der Forschung bildet das Resümee mit der Auflistung methodischer Leitprinzipien und dem Bezug zur Sozialen Arbeit.

2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über die Beschäftigung des Bundes mit den gesellschaftlich-demographischen Veränderungen und dem daraus abgeleiteten Bearbeitungskonzept. Anschließend erfolgt eine Fokussierung auf die Entwicklung in Oberösterreich mit forschungsrelevanten Hintergrundinformationen bis zur Beschreibung der konkreten Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

2.1 Forschungsinteresse

Durch die Dringlichkeit der Beschäftigung mit den resultierenden Bedürfnissen und Rahmenbedingungen aufgrund des demographischen Wandels und der damit vorkommenden Demenz-Prävalenzrate, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit/ Soziales/ Konsumentenschutz und Gesundheit vom Redaktionsteam der Gesundheit Österreich GmbH Juraszovich, Sax, Rappold, Pfabigan und Stewig (vgl. 2015) eine Bundes-Demenzstrategie entwickelt. Ziel dieser Strategie ist es, für die verschiedenen StakeholderInnen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Personen mit Demenz einen gemeinsamen Orientierungsrahmen bereitzustellen (vgl. Juraszovich et al. 2015). Mit dieser gemeinsamen Grundlage von Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen für priorisierte Handlungsfelder im Bereich der Demenzversorgung sollten Mittel und Kräfte vereint werden, um die Lebenssituation von demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen zu verbessern (vgl. ebd.:6).

Ein Blick auf Oberösterreich (OÖ) zeigt, dass sich die Landesregierung gemeinsam mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) bereits den Herausforderungen, welche mit der Erkrankung Demenz verbunden sind, stellt (vgl. OÖGKK 2017a). Durch das Projekt IVDOÖ wird seit 2012 versucht, die Lebensqualität der Betroffenen¹ mit einem strukturierten und koordinierten Angebot zu heben (vgl. OÖGKK 2014). Das Verständnis des Projekts als eine „Integrierte Versorgung“ garantiert eine patientenorientierte, sektorenübergreifende bzw. interdisziplinäre sowie nach einem standardisierten Behandlungskonzept ausgerichtete Gesundheitsversorgung (B-VG, Art. 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (3) Z5). Somit lehnt sich das Projekt an die vorgegebenen Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen des Bundes und versucht mit den gesetzten Angeboten die Vorgaben der Bundes-Demenzstrategie zu erfüllen (vgl. Land OÖ / OÖGKK o.A.).

Bei dieser Bachelorarbeit wird die konzeptuelle Idee der Integrierten Versorgung Demenz OÖ untersucht. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Informations- und Beratungsangeboten, welche den an Demenz erkrankten Personen und deren Angehörigen im Zuge des Projekts zur Verfügung stehen. Der Fokus bezieht sich unter anderem auf die Umsetzung des Konzepts in den Pilotregionen und welche Stärken bzw. Kritikpunkte bereits wahrgenommen werden.

¹ Die Bezeichnung ‚Betroffene‘ impliziert in dieser Bachelorarbeit Personen, die mit einer Demenzerkrankung bzw. den Symptomen dieser in Kontakt kommen. Die Definition schließt somit dementiell erkrankte Menschen und Angehörige, welche zu deren Lebensumfeld gehören, mit ein.

2.2 Forschungsfrage mit Detailfragen

Basierend auf diesen Überlegungen wird bei der vorliegenden Bachelorarbeit folgender Forschungsfrage nachgegangen:

Wie ist das Konzept des Projekts „Integrierte Versorgung Demenz OÖ“ im Bereich der Informations- und Beratungsangebote für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige aufgebaut?

Weitere Unterfragen, welche die Hauptfragestellung konkretisieren, sind:

- Aufgrund welcher Problemstellung kam es zur Entwicklung des Projekts IVDOÖ?
- Welche Ziele werden mit dem Angebot des Projekts verfolgt?
- Wie ist die Angebotsstruktur im Bereich der Information und Beratung gestaltet?
- Welchen Stellenwert nimmt die Soziale Arbeit im Projekt ein?
- Welche Kompetenzen bringt die Soziale Arbeit in das Projekt IVDOÖ mit ein?
- Welche Stärken werden im Konzept des Projekts wahrgenommen?
- Welche Aspekte des Konzepts werden als kritisch betrachtet?

3 Beschreibung des Forschungsprozesses

Das Bachelorprojekt „Soziale Arbeit und Demenz“ stellte die Ausgangssituation des Forschungsprozesses dar. Im Zuge dessen wurden aus einer Demenzerkrankung resultierende Bedürfnisse bzw. Bewältigungsmechanismen und bereits bestehende Versorgungsstrategien mit den Integrationsmöglichkeiten Sozialer Arbeit beforscht.

Der qualitative Forschungsprozess dieser Bachelorarbeit erfolgte nach dem zirkulären Modell (vgl. Flick 2009:75). Somit beeinflussten Ergebnisse der ersten Interviews und Besprechungen mit anderen Beteiligten am Bachelorprojekt die Fragestellung für jedes weitere Interview. Die Anwendung dieses Modells machte es möglich, bereits gewonnene Erkenntnisse in die Datenanalyse mit einzubeziehen und mit neuen Daten zu ergänzen. Die Forschung basierte auf den erhobenen Daten in Form der Interviews, zusätzlich wurde auf Print-Materialien und den Internetauftritt des Projekts IVDOÖ zurückgegriffen.

3.1 Methode der Datenerhebung: leitfadengestützte ExpertInneninterviews

Die Datenerhebung wurde anhand leitfadengestützter Interviews durchgeführt. Bei dieser Form der Interviewführung steht das Interesse an konkreten Informationen, ergänzt mit der Erfahrung und Sichtweise der Befragten im Vordergrund (vgl. Flick 1999:114). Den Interviews lagen zwei verschieden gestaltete Leitfäden mit offen formulierten Fragen zu Grunde: der Leitfaden für Key-StakeholderInnen und ein

Leitfaden für ausgewählte Organisationen (siehe Anhang). In den Interviews wurden Fragen zu der Entstehung und dem dahinterliegenden Konzept des Projekts IVDOÖ gestellt. Weiters wurden Informationen zu den tatsächlichen Angeboten, den beteiligten Berufsgruppen und der aktiven Umsetzung eingeholt. Vorteilhaft bei dieser Art der Interviewführung waren die Vergleichbarkeit der Daten und eine Sicherstellung der Orientierung an wesentlichen Aspekten der Forschung (vgl. Flick 1999:112). Die Funktion der Leitfäden lag in der Steuerung der Interviews auf für die Forschung eingegrenzte Informationen.

3.1.1 InterviewpartnerInnen

Die befragten ExpertInnen fielen in das Interesse der Forschung, da sie in einer organisationalen Position stehen und damit ihr Wissen und ihre Deutungen prägend und relevant für das Projekt Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich sind (vgl. Bogner / Littig / Menz 2014:17). Somit bezog sich die Auswahl der angeführten InterviewpartnerInnen auf Personen, die sowohl Verantwortung für die Implementierung und Kontrolle des Projekts tragen, als auch Zugang zu Informationen über die Durchführung und damit verbundenen Wahrnehmungen haben (vgl. Meuser / Nagel 1991:443).

Als InitiatorInnen des Projekts stehen das Land Oberösterreich und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Auf Grund dessen wurde das erste Interview mit Daniel Raus, einem Mitarbeiter der Gesundheitsabteilung des Landes OÖ und Mag^a Martina Hofpointner, einer Mitarbeiterin im IVD-Management der OÖGKK, durchgeführt. Der Verein MAS-Alzheimerhilfe dient als Kooperationspartner, welcher einen großen Beitrag zur Konzepterstellung und Umsetzung des Projekts bringt. Hierzu wurde Frau Mag^a (FH) Edith Span als Geschäftsführerin dieses Vereins interviewt. Weiters wurden zwei Interviews in der Pilotregion Wels geführt, zum einen mit Frau Mag^a Monika Geck, Zuständige für den Raum Wels und zum Anderen mit Frau Hannelore Mair, Mitarbeiterin der Demenzberatungsstelle (DBS) Wels. In Vertretung für den Bezirk Kirchdorf wurde ein Interview mit Herrn Mag (FH) Mag Roland Sperling, Demenzberater der Demenzberatungsstelle Micheldorf, abgehalten.

3.2 Methode der Datenanalyse: qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2002). Bei diesem inhaltsanalytischen bzw. interpretativ-reduktiven Verfahren wird versucht, den Text systematisch mit einem theoriegeleiteten, am Material entwickelten Kategoriensystem zu analysieren (vgl. Mayring 2002:114). Die Forschungsfrage galt in dieser Bachelorarbeit als Basis für das

Kategoriensystem. Davon abgeleitet wurden Aspekte des Konzepts IVDOÖ aus dem Datenmaterial herausgefiltert. Für die Analyse wurde die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2002:115) verwendet. Dabei wird das Material bis zum Erhalt der wesentlichen Inhalte mit einer Abstraktion auf einen überschaubaren Korpus reduziert, wobei ein Abbild des Ursprungsmaterials entsteht (vgl. Mayring 2002:115). Ergänzend wurde versucht mit der explizierenden Analyse diffuse, mehrdeutige oder widersprüchliche Textstellen durch das Einbeziehen von Kontextmaterial aufzuklären, zu erweitern oder zu erläutern (vgl. Flick 2009:150). Die durch die Analyse entstandenen Kategorien wurden durch die fortlaufende Auswertung überprüft, modifiziert bzw. erweitert (vgl. ebd.:144).

Die Auswahl dieser Auswertungsmethode ist damit begründet, dass es durch die qualitative Inhaltsanalyse möglich ist eine größere Menge von Datenmaterial vergleichend zu analysieren und zu strukturieren. Da das Interesse an den manifesten Inhalten des Datenmaterials lag, war dieses inhaltsanalytisch reduzierende Verfahren adäquat.

4 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse, die auf Basis des Datenmaterials mit dem Auswertungsmodell der qualitativen Inhaltsanalyse gewonnen wurden, im Hinblick auf die Forschungsfrage dargestellt. Zu Beginn wird auf die Entstehung des Projekts der IVDOÖ eingegangen, darauffolgend wird die vorgesehene Angebotsstruktur, mit Schwerpunkt auf die Informations- und Beratungsangebote, skizziert.

4.1 Entwicklung des Projekts IVDOÖ

Dieser Teilbereich der Forschungsergebnisse bezieht sich auf das Gesamtprojekt Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich, welches sich zusammensetzt aus Informations- und Beratungsangeboten für bestimmte Zielgruppen, psychosozialen Maßnahmen und der Möglichkeit zur medizinischen Diagnose und Therapie.

4.1.1 Ausgangslage/ Problemstellung

Die ausgehende Problemstellung zur Initiierung des Projektbeginns bezog sich auf die demographische Alterung der Gesellschaft und die damit verbundene Thematik der Gesundheit älterer Menschen (vgl. T11). Um die nötigen Anpassungen und Bedürfnisse aus der demographischen Veränderung zu erheben, gaben die KooperationspartnerInnen des Projekts eine Gesundheitsberichterstattung über die SeniorInnengesundheit in Oberösterreich (vgl. Reif / Birgmann / Palk / Peböck 2007) in

Auftrag. Anschließend folgt ein kurzer Ausschnitt interessanter Ergebnisse dieses Berichtes, welche als Ausgangssituation für das Projekt herangezogen wurden: Da die österreichische Bevölkerung in den kommenden Jahren deutlich altern wird und zugleich die Altersgruppe der unter 60-jährigen schrumpft, müssen die Versorgungsstrukturen und Gesundheitspräventionen auf diese Bevölkerungsgruppe angepasst und verändert werden (vgl. ebd.:3). Neben anderen bedeutenden Erkrankungen und Gesundheitsproblemen gibt es ein exponentielles Risiko im Alter an einer Demenz zu erkranken. Mit dem Krankheitsbild der Demenz sind schwerwiegende Minderungen der geistigen Leistungsfähigkeit in den Bereichen der Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit verbunden. In Folge dessen kommt es für die Betroffenen zu einer weitreichenden Einschränkung der Lebensführung und Belastung der Personen im engeren Lebensumfeld (vgl. ebd.:124). Bei den Familien und Angehörigen, welche die Pflege und Betreuung des/der Demenzerkrankten übernehmen, muss auf die veränderten epidemiologischen und soziokulturellen Gegebenheiten² ein besonderes Augenmerk gelegt werden (vgl. ebd.:173). Ein weiteres Ergebnis der Analyse beschäftigte sich mit dem steigenden Ausmaß an Produkten und Dienstleistungen für ältere Personen, welche eine Gefahr der Unübersichtlichkeit mit sich bringt (vgl. ebd.:191).

Anhand dieser im Vorhinein durchgeführten Evaluierung der Gesundheit älterer Menschen in Oberösterreich zeigt sich, dass es bereits vor Projektbeginn eine intensive Auseinandersetzung zu dieser Thematik gab. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die KooperationspartnerInnen bei der Projektplanung großen Wert auf eine an den Bedürfnissen der Gesellschaft orientierte Vorgehensweise legten.

Zusammenfassend beschrieb Herr Daniel Raus im Interview die Begründung für die Projektinitiierung *„[...] aus dem Bedürfnis und der Überzeugung heraus, dass eben die Zahlen der an Demenz Erkrankten steigt und wir schon Angebot haben aber wenig Koordiniertes, Strukturiertes“*. (T11:15-17)

4.1.2 KooperationspartnerInnen des Projekts

Der Aufgabe einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung, sowie einer Anpassung des Krankenversorgungssystems stellten sich das Land OÖ und die OÖGKK mit dem Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz OÖ“ (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:3). Leistungen des Projekts

² Darunter fallen zum Beispiel neu entwickelte Familienformen bzw. statistisch gesehen ein verändertes Verhältnis von Kind / Kindern und Angehörigen. Weiters ist die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frau in die Überlegungen der Versorgung älterer Personen einzubeziehen.

werden in Zusammenarbeit mit oberösterreichischen Gesundheits- und SozialleistungsanbieterInnen angeboten, wie der MAS-Alzheimerhilfe, dem Sozialhilfverband Kirchdorf, dem Evangelischen Diakoniewerk und dem Magistrat Wels (vgl. T14:79-86).

Der Mitarbeiter der Gesundheitsabteilung des Landes OÖ verdeutlichte im Interview den Umstand, dass sowohl die Konzepterstellung, als auch die derzeitige Durchführung in den Pilotregionen aus einer Kooperation heraus geschieht. Somit wurde das Projekt nicht einem Verein bzw. einem/einer AnbieterIn übergeben, sondern in Zusammenarbeit verschiedener ExpertInnen und Organisationen entwickelt und derzeit durchgeführt (vgl. T11:510-513). Diese Beschreibung der Vorgehensweise in der Konzeptentwicklung und Ausführung bestätigt die These eines bedürfnisorientierten Projekts. Denn erst durch das Einbeziehen von verschiedenen Perspektiven bzw. Wissen aus unterschiedlichen Bereichen, können vielfältige Bedürfnisse erhoben und eine mehrdimensionale Versorgungsstruktur entwickelt werden.

Eine Begründung für die Auswahl der KooperationspartnerInnen sind die Interessen, welche die einzelnen DienstleisterInnen vertreten. So sind zum Beispiel die Sozialversicherungsträger daran interessiert, dass es zu einer Verringerung an Krankentransporten, Aufhalten in Krankenhäusern und dem Medikamentenverbrauch aus Demenzgründen kommt (vgl. T11:327-335). Aufbauend auf die Erläuterung der Hintergründe für die Entscheidung der KooperationspartnerInnen stellt sich die weiterführende Frage, ob es noch andere mögliche PartnerInnen für dieses Projekt gegeben hätte, die ebenfalls ein Interesse an der Zusammenarbeit gehabt hätten. Weiters kann kritisch hinterfragt werden, welche Aspekte ausschlaggebend waren, damit es zu einer Kooperation genau dieser PlayerInnen kam.

4.1.3 Entwicklungsschritte des Projekts

Die erste Phase des Projekts startete im Jahr 2010 mit der Entwicklung des Konzepts. Dabei setzten sich unterschiedliche PlayerInnen wie VertreterInnen der Ärztekammer, der Alten- und Pflegeheime, bestehender sozialer Vereine, des Landes Oberösterreich und der Gebietskrankenkasse sowie FachärztInnen der Neurologie/ Psychiatrie in intensiven Arbeitsgruppen und Sitzungen mit Versorgungswegen für Menschen mit Demenz auseinander (vgl. T11:28-32). Ziel der Konzeptionsphase war es, ein Best-Practice-Modell zu entwickeln, welches im ganzen Bundesland implementiert werden kann. Als Anstoß für kreative Ideen der Problembewältigung untersuchten sie bereits

bestehende Angebote und prüften diese auf die zwei Faktoren Nutzen und Kosten. Als Ergebnis der Prüfung etablierte sich der Pionier-Verein MAS-Alzheimerhilfe mit dem Angebot der Demenzservicestellen (vgl. T11:250-253; T12:154-157). In den Interviews wurde die Frage nicht geklärt, ob es auch eine Auseinandersetzung mit anderen Versorgungsmethoden zum Beispiel im Bereich der Alten- und Pflegeheime gab. Dies würde ich als notwendig erachten, um das Konzept auf verschiedenen Standbeinen und bereits erprobten Methoden aufzubauen und somit ein vielfältiges Angebot bereit stellen zu können.

Auf Basis der Erkenntnisse und Struktur der Demenzservicestellen verbunden mit dem Wissen der ExpertInnen wurde ein Konzept für das Projekt IVDOÖ entwickelt (vgl. T15:96-100). Im folgenden Zitat kommt die Vorgehensweise dieser Projektphase zum Ausdruck: *„[...] die MAS-Alzheimerhilfe hat eine Demenzservicestelle aufgebaut in Micheldorf, die hat davor schon bestanden und da hat man auch eben [...] die Angebote durchleuchtet und strukturiert und optimiert [...]“* (T11:202-206) Da das Konzept der MAS-Demenzservicestellen zu einem großen Teil vom Projekt übernommen wurde, stellt sich diesbezüglich die Frage inwieweit der Verein MAS-Alzheimerhilfe dafür eine Entschädigung erhalten hat bzw. welchen Vorteil der Verein daraus ziehen kann/ konnte. Eine Hypothese meinerseits richtet sich dahingehend, dass unter anderem eine Kooperation mit dem Verein zustande gekommen ist, da im ländlichen Gebiet Oberösterreichs bereits mehrere MAS-Demenzservicestellen bestehen und diese vom Projekt übernommen werden könnten. Nach einer Anpassung dieser an das IVDOÖ-Konzept wäre damit ein Schritt für die flächendeckende Implementierung der Demenzversorgung bereits gegeben.

Nach einer Feinkonzeption im Jahr 2012 entschieden sich die KooperationspartnerInnen die bereits entwickelten Angebote und Leitprinzipien für die jeweiligen Teilbereiche der Integrierten Versorgung praktisch in den Demenzberatungsstellen, Alten- und Pflegeheimen und Tageszentren auszutesten und starteten im Herbst 2013 mit der Pilotierungsphase (vgl. T11:32-36). In den beiden Pilotregionen Kirchdorf und Wels-Stadt sollte das Konzept angewendet, relevante Daten erhoben und im Sinne einer Qualitätssicherung einer Evaluierung unterzogen werden (vgl. T11:222-226). Anhand diesem Vorgehen der Konzeptentwicklung mit einer Phase der praktischen Erprobung bestätigt sich die These, dass das Projekt IVDOÖ versucht keine fertige Versorgungsstruktur einem Gebiet ‚überzustülpen‘, sondern durch einen Testlauf das Konzept zu beurteilen, zu verbessern und anzupassen.

Während dieser ersten Pilotierungsphase kam es zu zwei strategischen Veränderungen im Konzept, ausgelöst durch die praktischen Erfahrungen in der direkten Anwendung:

- Das Konzept der integrierten Demenzversorgung, welches ursprünglich von drei Säulen (DBS – Tageszentren – Alten- und Pflegeheime) getragen werden sollte, wurde auf zwei Hauptsäulen reduziert. Die konzipierte Idee des Projekts IVDOÖ war unzureichend auf die Strukturen und bestehenden Ressourcen der Tageszentren ausgerichtet worden (vgl. E2 2017). Nach dem Scheitern der ersten Testphase wurde diese Versorgungsstruktur aus dem Konzept genommen und wird somit nicht mehr vordergründig im Projekt bearbeitet (vgl. T11:547-552).
- Die erste Pilotphase scheiterte in den Alten- und Pflegeheimen, da die Gestaltung des Konzepts von diesen nicht angenommen wurde und so schieden die vier ausgewählten Heime frühzeitig aus (vgl. T12:191-200). Als Begründung für das Scheitern der Pilotphase dieser Säule lässt sich die These ableiten, dass ein neuentwickeltes Versorgungskonzept für die Alten- und Pflegeheime auf den Bedürfnissen bzw. bestehenden Angeboten aufgebaut werden muss, um eine erfolgreiche Implementierung sicherzustellen. Als Basis der Konzepterstellung erscheint eine Evaluierung der Bedürfnisse der Betroffenen als auch der MitarbeiterInnen unumgänglich.

Die Konzeptweiterentwicklung gestaltete sich mittels der Methode „lessons learned“, das heißt, gewonnene Erkenntnisse und Einsichten aus dem ersten Testlauf und der durchgeführten Evaluation beeinflussten die Umgestaltung der Angebotsstruktur bzw. der methodischen Leitlinien für die nächste Pilotphase (vgl. T11:229-231).

Derzeit befindet sich das Konzept der Demenzberatungsstellen weiterhin in der Pilotphase in den zwei genannten Regionen Wels Stadt und Micheldorf. Alten- und Pflegeheime wurden bis Mai 2016 aufgerufen sich als Partner für das Projekt IVDOÖ zu melden, eine Entscheidung über die Auswahl der Heime für die zweite Pilotphase wurde bis dato (April 2017) nicht getroffen (vgl. OÖGKK 2017b).

Wie lange die Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich den Projektstatus behält ist bislang noch ungeklärt. Eine oberösterreichweite Ausrollung liegt im Fokus des Projekts, erfordert jedoch noch zusätzliche Erkenntnisse und Evaluierungen besonders im Bereich der Alten- und Pflegeheime (vgl. E2 2017). Die Entscheidung ist zudem abhängig von der jeweils regierenden Partei und ihren Themenschwerpunkten bzw. der Finanzierung (vgl. T11:669-674). Bezogen auf diesen Risikofaktor der Finanzierung lässt sich die These aufstellen, dass ein frühzeitiger Übergang des Projekts in eine fixe

Versorgungsstruktur von Vorteil wäre. So würde das weiterführende Bestehen einer adäquaten Versorgungslandschaft für Demenzbetroffene nicht abhängig sein von politischen Interessen und den damit verbundenen Fördermitteln.

4.2 Ziele des Projekts IVDOÖ

Das Gesamtziel des Projekts Integrierte Versorgung Demenz OÖ definiert Herr Raus im Interview wie folgt: *„[...] wir wollen eine integrierte Demenzversorgung Oberösterreich, das heißt wir wollen eine möglichst gute einheitliche Versorgung für ganz Oberösterreich am Ende dieses Projekts gewährleisten.“* (T11:258-261) Diese Zieldefinition umfasst zwei Komponenten:

- Der Auftrag beinhaltet die Zielformulierung eine passende Versorgungsstruktur für Demenzerkrankte und deren Angehörige zu entwickeln.
- Weiters sollte die erprobte und adäquate Demenzstrategie im ganzen Bundesland implementiert werden, um eine Versorgung aller Betroffenen sicherzustellen.

Daraus schließt sich die Folgerung, dass in allen Regionen von Oberösterreich ähnliche Bedürfnisse von Demenzbetroffenen vorzufinden sind und überall das gleiche Konzept angewendet werden kann. Dieser kritisch zu betrachtende Aspekt wurde von den ProjektpartnerInnen aufgegriffen und durch die Implementierung der Demenzberatungsstellen in unterschiedlichen Gebieten bearbeitet. Somit können nun die Unterschiede zwischen den Bedarfslagen von ländlichen und städtischen Regionen eruiert werden und das Angebot demzufolge angepasst werden. Im Bezug auf die Zieldefinition stellt sich weiterführend die Frage, ob die Notwendigkeit einer einheitlichen Errichtung der Versorgung für Demenzbetroffene besteht. In diesem Zusammenhang lässt sich ergänzen, dass das Bereitstellen von mehreren verschiedenen Angeboten eine Wahlfreiheit für den/die NutzerIn ermöglicht. Als Nachteil von unterschiedlichen Einrichtungen können sich jedoch Einbußen in der Qualität der Versorgung abhängig von den finanziellen Mitteln ergeben.

Somit gilt das Projekt für die KooperationspartnerInnen als abgeschlossen, wenn es zu einer Zielerreichung laut der oben genannten Definition kommt (vgl. T11:669-671). Als zukünftiges Bestreben gilt es, die installierten Angebote schrittweise an die ausführenden bzw. leistungs anbietenden PartnerInnen zu übergeben und die Durchführungsverantwortung zukünftig in ihre Hände zu legen (vgl. E2 2017).

Die groß angesetzte Zieldefinition wurde unterteilt in drei unterschiedliche Ebenen (vgl. Land OÖ / OÖGKK o.A.):

1. Auf der individuellen Ebene zielt die Versorgungsstruktur auf einen Gewinn an Lebensqualität sowohl für die an Demenz Erkrankten als auch ihre Begleitenden ab.

Ein weiteres Ziel ist die Verzögerung des Krankheitsverlaufes der Demenz. Das Konzept des Projekts ist so ausgelegt, dass es zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen als auch des/der betreuenden Hausarztes/Hausärztin kommt.

2. Auf der Organisationsebene sollte eine Entlastung der Pflegekräfte erreicht werden, die mit einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit im Bereich der Pflege und Betreuung einhergeht. Ein weiteres Anliegen des Projekts IVDOÖ ist eine gelebte interdisziplinäre Teamarbeit, welche eine Steigerung der fachlichen Expertise mit sich bringt.
3. Verfolgte Ziele auf der gesellschaftlichen Ebene sind eine hohe zielgruppengerechte Inanspruchnahme der Angebote und damit eine Verzögerung des Zeitpunktes der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim. Weiters wird durch die Versorgungsstruktur eine Reduktion von Transporten und Verringerung von Krankenhausaufhalten auf Grund einer Demenzerkrankung verfolgt und die Heilmittelverordnung optimiert. Die Erreichung der Zielsetzung soll mit der Angebotsstruktur des Projekts IVDOÖ durchgeführt werden.

Im Anschluss an die Veröffentlichung der österreichischen Demenzstrategie des Bundes wurde überprüft, inwieweit die vorgeschriebenen Wirkungsziele mit der IVDOÖ erreicht werden (vgl. TI1:84-111). Ein Überblick über die Handlungsempfehlungen und Wirkungsziele der Bundes-Demenzstrategie verbunden mit einer Bewertung, inwiefern diese durch das Konzept bzw. die pilotierten Angebote des Projekts IVDOÖ umgesetzt und erfüllt werden, kann aus dem Anhang entnommen werden (vgl. Land OÖ / OÖGKK o.A.).

4.3 Zwei Säulen des Projekts IVDOÖ

Um die ausgearbeitete Zieldefinition umzusetzen, erarbeitete das ExpertInnenteam eine Versorgungsstruktur für Demenzbetroffene in Oberösterreich. Diese ist derzeit mit zwei Säulen konzipiert:

- den Demenzberatungsstellen verbunden mit Trainings für an Demenz Erkrankte und
- die Alten- und Pflegeheime, in denen ein Konsiliar- und Liaisondienst zusätzlich zu den Ressourcentrainings agiert (vgl. TI1:213-217).

Genauere Aspekte dieser beiden Versorgungsstrukturen werden nachfolgend beschrieben.

4.3.1 Demenzberatungsstellen – 1.Säule

Ein Wirkungsziel der Demenzstrategie vom Bund verlangt für Personen mit Demenz und deren Angehörige ein niederschwelliges Angebot zur Früherkennung, Beratung und Begleitung zur Verfügung zu stellen (vgl. Juraszovich et al. 2015:31). Das Projekt

IVDOÖ bearbeitet diese Herausforderung mit Demenzberatungsstellen in verschiedenen Regionen des Bundeslandes. Einige der im Kapitel 4.2 „Ziele des Projekt IVDOÖ“ genannten Zieldefinitionen, wie die Steigerung der Inanspruchnahme der Angebote, die Entlastung der pflegenden Angehörigen bzw. der HausärztInnen oder die Gewinnung von Lebensqualität für die Betroffenen der Demenzerkrankung, werden durch das Informations- und Beratungsangebot der Demenzberatungsstellen verfolgt (vgl. TI1:298-303).

4.3.1.1 Angebote der Demenzberatungsstellen

Die Demenzberatungsstellen bieten Leistungen für beide Zielgruppen des Projekts IVDOÖ an. Sowohl an Demenz Erkrankte als auch Angehörige erhalten professionelle Hilfestellungen und Beratungen in diesen Einrichtungen (vgl. TI2:45-49). Der Angebotsbereich der DBS umfasst (vgl. OÖGKK 2017a):

- Beratung und Information
- Diagnostik und Behandlung
- Angehörigenarbeit durch Schulungen und Angehörigentreffen
- Ressourcentraining für an Demenz Erkrankte

Beratung und Information

„Ja ich seh mich immer als erste Anlaufstelle im Hinblick auf alle Fragen die mit der Demenz zu tun haben.“ (TI5:11-12) Herr Mag. Sperling beginnt mit dieser Aussage die Beschreibung seines Tätigkeitsfeldes in der DBS Micheldorf. Die Demenzberatungsstellen fungieren als zentrale Einrichtung für Fragen und Anliegen rund um die Thematik der Demenz (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:11).

Die Kontaktaufnahme kann telefonisch erfolgen, es ist auch jederzeit ein persönlicher Besuch in der DBS möglich (vgl. TI4:11-16). Die Angehörigen können alleine in die Beratungsstelle kommen, jedoch wird im Konzept die Ansicht vertreten, dass eine adäquate Beratung erst durch einen persönlichen Kontakt zum/zur Erkrankten möglich ist (vgl. TI2:24-28). Weiters ist vorgesehen, dass der Beratungs- und Informationstermin in einem gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen der Erkrankung, dem/der DemenzberaterIn und dem/der PsychologIn beginnt. Die zu Beginn gestellte Frage ‚Warum sind sie da?‘ gibt laut Erfahrungen der Demenzberaterin in der DBS Wels einen ersten Einblick in das Stadium der Demenzerkrankung und die damit verbundenen Verhaltensweisen des/der Erkrankten. Nach der Einholung der Erlaubnis für eine Testung bei dem/der Erkrankten selbst, erfolgt eine Splitting der GesprächspartnerInnen (vgl. TI4:425-431). Im Bezug auf den

Einstieg des Beratungs- bzw. Testungsgesprächs lässt sich erschließen, dass das Konzept sozialarbeiterische Prinzipien wie Selbstbestimmung und Empowerment beachtet. Zwar sind die Personen durch die Demenz in ihren Entscheidungen eingeschränkt, dennoch wird auf ihre Meinung und Gedanken eingegangen und dadurch Autonomie für die Personen erlebbar. Der/Die DemenzberaterIn erstellt mit dem/der bzw. den Angehörigen eine Fremdanamnese und bearbeitet die Fragen und Themen im Bezug auf die Erkrankung bzw. die Betreuung und Pflege (vgl. T11:397-403). Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik der Demenz erscheint eine zweite Informationsquelle und Perspektive der Situation als sehr wertvoll. Der/Die Betroffene erlebt durch die Erkrankung eine veränderte Wirklichkeit, zudem ist das Erinnerungsvermögen in fortgeschrittenen Stadien beeinträchtigt (vgl. MAS-Alzheimerhilfe o.A.a). Zusätzliche Informationen können behilflich sein ein klareres Bild der Bedürfnisse und Herausforderung herzustellen um individuell angepasste Angebote setzen zu können. Frau Mair beschreibt im Interview mögliche Beratungsthemen, wie die Informationsweitergabe über das Krankheitsbild, der Austausch über schwierige Verhaltensweisen und mögliche Umgangsstrategien, Unterstützungsdienste sowie Beschäftigungsangebote (vgl. T14:321-327). Die Gesprächsführung im Beratungssetting ist angepasst an die jeweilige Verfassung bzw. die Bedürfnisse der Person bzw. Personen (vgl. T15:345-350). Der/Die PsychologIn beschäftigt sich mit dem/der Demenzerkrankten und seinen/ihren Thematiken, führt wenn erwünscht eine Testung durch bzw. versucht die Phase der Erkrankung festzustellen (vgl. T11: 397-403).

Nach einem Informationsaustausch zwischen DemenzberaterIn und PsychologIn kommt es anschließend zu einer gemeinsamen Absprache über mögliche weiterführende Angebote (vgl. T11:399-403). Besonders in dieser Phase der Beratung wird durch das Konzept des Projekts IVDOÖ eine Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen verlangt. Die Angebote der Demenzberatungsstelle sollten nicht als „Fixpaket“ betrachtet werden, sondern in einem gemeinsamen Diskurs zwischen ExpertInnen und Betroffenen an die Wünsche und Fähigkeiten/ Fertigkeiten dieser angepasst werden (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:8).

Bei Inanspruchnahme eines Angebots erfolgt einmal jährlich ein Folgegespräch, in dem Veränderungen der Bedürfnisse bzw. des Gesundheitszustandes aber auch aktuelle Themen besprochen werden können. Jedoch ist auch ohne weiterführende Angebote eine Kontaktaufnahme seitens der Demenzberatungsstelle einmal im Jahr vorgesehen (vgl. T15:213-219). Die Beschreibung der Durchführung einer Beratung zeigt auf, dass professionelles Handeln in den DBS mit einem Beziehungsangebot

verbunden ist. Die regelmäßigen Gespräche können bei den Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit entstehen lassen und Interesse vermitteln. Sammeln die Betroffenen positive Erfahrungen in der Demenzberatungsstelle, besteht unter anderem auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass das Angebot weiterempfohlen wird.

Diagnostik und Behandlung

Möchten die Betroffenen eine ärztliche Abklärung der Demenzerkrankung durchführen, werden die erforderlichen Untersuchungen, Testungen, Bildgebungen und Blutuntersuchungen in die Wege geleitet. Dazu stehen in den DBS sowohl die Kompetenzen der PsychologInnen als auch der FachärztInnen zur Verfügung. Zudem können je nach Ausprägung und Art der Erkrankung von den FachärztInnen Medikamente verschrieben werden, um eine Verzögerung des Krankheitsverlaufes zu bewirken (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:9). Für diese Untersuchung ist keine Überweisung notwendig. Wird ein Befund der Diagnose bzw. ein Begleitschreiben gewünscht, kann dies ausgestellt werden (vgl. TI5: 177-182).

Angehörigenarbeit durch Schulungen und Angehörigentreffen

Als weiterführende Angebote werden von den Demenzberatungsstellen sowohl Schulungen für Angehörige als auch Angehörigentreffen organisiert.

Die Schulungen sind als ergänzendes Beratungs- und Informationsangebot gedacht und sollten den Angehörigen durch zusätzliche Wissensvermittlung in der Begleitung und Pflege des/der Demenzerkrankten stärken. Die Themen der drei bis vier Abende beziehen sich auf Grundlagen der Erkrankung, Umgangsformen bzw. Kommunikationsvorschläge, Unterstützungs- bzw. Entlastungsmöglichkeiten und Beschäftigungsangebote für die demenzerkrankte Person (vgl. MAS-Alzheimerhilfe o.A.b). Unter anderem wird als Ziel der Schulungen definiert, bei den Angehörigen ein Verständnis für die Erkrankung zu wecken, welches als wesentlicher Bestandteil für den Umgang mit dem/der Erkrankten und der Gesamtsituation gesehen wird (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:9). Eine Akzeptanz zu lehren ist prinzipiell möglich, diese Haltung jedoch auf die tägliche Praxis zu übertragen, stellt sich meines Erachtens als schwierig dar. Besonders in Anbetracht dessen, dass die Pflege und Betreuung der Demenzerkrankten häufig von Familienangehörigen übernommen wird und dadurch mit Emotionen und Gefühlen verbunden ist. In diesem Zusammenhang könnten praktische Tipps und Anleitungen hilfreich sein, etwa wie eine geduldige und verständnisvolle Grundeinstellung eingenommen und praktiziert werden kann.

Die Demenzberatungsstellen bieten weiterführend monatliche Angehörigentreffen an. Hier besteht die Möglichkeit sich mit anderen Betroffenen über Thematiken im Bezug auf die Erkrankung auszutauschen (vgl. Magistrat Stadt Wels o.A.). Hilfe zur Selbsthilfe ist eine der Ausrichtungen der Sozialen Arbeit, welche bei diesen Angeboten erkennbar wird. Die positive Stärkung des Selbstbewusstsein und der Handlungsmöglichkeiten erfolgt in diesem Zusammenhang durch Wissen und Beziehung und bewirkt, dass die Angehörigen befähigt werden, sich selber zu helfen bzw. sich passgenaue Hilfe zu organisieren.

Ressourcentraining für an Demenz Erkrankte

Nach einer im Vorhinein durchgeführten Abklärung bzw. Anamnese werden mit allen Beteiligten passende weiterführende Angebote ausgewählt. Als Angebot des Projekts IVDOÖ können Menschen mit Demenz ein Ressourcentraining in Anspruch nehmen. Diese psychosoziale Maßnahme versucht den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen, indem geistige und körperliche Aktivitäten durchgeführt werden um neue Möglichkeiten zu entdecken und noch vorhandene Kompetenzen zu stärken bzw. so lange wie möglich zu erhalten (vgl. Demenzberatungsstelle der Stadt Wels o.A.:11).

4.3.1.2 Berufsgruppen

Die vom Konzept vorgesehenen Berufsgruppen für die Informations-/Beratungsangebote und Testungen in den Demenzberatungsstellen setzen sich aus DemenzberaterInnen, PsychologInnen und FachärztInnen für Neurologie bzw. Psychiatrie zusammen. Ergänzt wird dieses multiprofessionelle Team mit den MAS-TrainerInnen (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler 2014:114). Das Anstellungsausmaß der jeweiligen Berufsgruppen ist durch das Projekt konkret vorgegeben und abhängig von der Gebietsabdeckung (vgl. TI5:297-302).

DemenzberaterInnen

Das Tätigkeitsfeld der DemenzberaterInnen umfasst verschiedenste Aufgaben:

- Der/Die DemenzberaterIn übernimmt die telefonische und persönliche Beratung der Betroffenen. Je nach Themengebiet kann die Beratungsfunktion auch an den/die PsychologIn abgegeben bzw. aufgeteilt werden.
- Gemeinsam mit dem/der PsychologIn bietet der/die DemenzberaterIn Sprechstage in anderen Regionen des zugeteilten Bezirks an.
- Die Angehörigenarbeit wird zum Großteil vom/von der DemenzberaterIn übernommen. So fällt sowohl die Organisation und Leitung der Angehörigentreffen als auch die Angehörigenschulungen in sein/ihr Aufgabengebiet.

- Weiters wird die regionale Öffentlichkeits-, als auch Vernetzungsarbeit von den DemenzberaterInnen durchgeführt (vgl. T11:363-375).

Aus dieser Darstellung lässt sich die These ableiten, dass die Aufgaben der DemenzberaterInnen nicht nur eine Beratungs- und Unterstützungsfunktion beinhalten, sondern auch Management- und Organisationsfertigkeiten voraussetzen.

Die Aufgaben dieser Berufsgruppe werden im Konzept der DBS genau definiert, die Vorgehensweise und Umsetzung der einzelnen Tätigkeiten bleibt jedoch im Handlungsspielraum der individuell eingesetzten Person (vgl. T15:497-498). Individualität in der Durchführung beinhaltet Vorteile als auch kritische Aspekte. Die Interpretation richtet sich dahingehend, dass durch geringe Vorgaben Unterschiede in der Qualität der Unterstützung bzw. Beratung zustande kommen können. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit erkannt, den Aspekt der Qualitätssicherung zu beachten und eine Kontrollinstanz einzuführen, um die Einhaltung methodischer Leitprinzipien und Konzeptvorgaben sicherzustellen.

Explizit wurde die Frage der benötigten Kompetenzen der DemenzberaterInnen in den Interviews nicht geklärt, implizit wurden jedoch durch Schilderungen des Alltags Fähigkeiten und Fertigkeiten deutlich, welche in den Demenzberatungsstellen zum Einsatz kommen:

- Fachwissen über und Interesse für die Thematik der Demenz sollte in vielfältiger Weise gegeben sein. So ist zum Beispiel auf Grund der häufigen Multimorbidität Demenzerkrankter auch medizinisches Grundwissen in der Beratung von Vorteil. Um Angehörige in der Pflege und Betreuung besser zu unterstützen, nützt Wissen im Bereich der Kommunikations- und Umgangsformen mit demenziellen Personen. Bestehen Kompetenzen in diesem Bereich, können schon während der Kontaktaufnahme mit dem/der Demenzerkrankten erste Krankheitssymptomaten erkannt werden und Aufschluss über das mögliche Stadium der Erkrankung und die damit verbundenen Bedürfnisse gegeben werden (vgl. T14:252-255; T14:406-420).
- Professionelles Handeln im Aufgabenfeld der Demenzberatungsstellen verlangt hohe Sensibilität und Empathie. Die Erkrankung ist oftmals mit einem hohen Schamgefühl und negativen Emotionen besetzt. Dies beschreibt Frau Mair im Interview mit folgenden Worten:

„Das wird dann oft a bissl sensibel. Weil es wü ja ned gern a Sohn neben der Mama sagen, [...] des stimmt nicht, das kann sie nimmer, das tut sie nimmer. I mein manche sagen es schon, aber es ist natürlich schon verletzend, es ist schmerzhaft für den Betroffenen der des anhorchen muss.“ (T14:450-454)

Gelingt es dem/der DemenzberaterIn eine angenehme Atmosphäre für die Beratung zu schaffen und sich gut in die Situation der Betroffenen hineinzusetzen, können

Reaktionen und Handlungen besser verstanden und offener über die Problemfelder gesprochen werden.

- Gute Fähigkeiten in der Gesprächsführung und Kommunikation helfen dem/der DemenzberaterIn in Beratungssituationen. Den Aussagen der InterviewpartnerInnen zu folge, werden bei den an Demenz erkrankten Personen als auch bei deren Angehörigen oftmals Blockaden Hilfe anzunehmen bzw. Veränderungen zuzulassen beobachtet. Eine hohe Überzeugungskraft und die Kompetenz andere Personen für etwas zu motivieren steigert die Chance, dass hilfreiche Versorgungsstrukturen in Anspruch genommen werden und die Tabuisierung der Inanspruchnahme der Hilfeleistung verringert wird (vgl. TI4:391-401).
- Positiv wird unter anderem erlebt, wenn der/die DemenzberaterIn bereits eigene Erfahrungen mit Demenzerkrankten hat. Persönliche Erfahrungen verändern die Beratungssituation und den Beziehungsaufbau, denn sowohl die Betroffenen fühlen sich besser verstanden, als auch der/die DemenzberaterIn entwickelt ein besseres Verständnis für deren Bedürfnisse und Thematiken (vgl. TI4:616-625).

Das Konzept der Demenzberatungsstellen der MAS-Alzheimerhilfe setzt als Anforderung für DemenzberaterInnen das Diplom- bzw. Bachelorstudium Soziale Arbeit voraus (vgl. TI2:316-328). Die Ausbildungsvoraussetzungen im Projekt IVDOÖ wurden diesbezüglich ‚aufgeweicht‘. Die in den beiden Pilotregionen tätigen DemenzberaterInnen haben als Grundausbildung ein Sozialarbeitsstudium (Herr Sperling – DBS Micheldorf) bzw. die Ausbildung zum/zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn (Frau Mair – DBS Wels). Aufgrund der Auswertung der Rückmeldungen durch die Interviews kann aufgezeigt werden, dass jede Berufsgruppe sowohl Vor- als auch Nachteile im Einsatz als DemenzberaterIn mit sich bringt. Frau Span vertritt eine vollkommene Abgrenzung von den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgehend von der Zielorientierung der MAS-Alzheimerhilfe:

„Weil eigentlich, unser Motto ist ja, die Pflege zu verhindern. Ja. Deswegen ist das auch ein Grund warum wir nicht mit Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen arbeiten...weil grundsätzlich Wissen über Pflege nicht unbedingt notwendig ist bei Personen mit Demenz. Erst im späten Stadium und das versuchen wir ja zu verhindern und so weit wie möglich rauszuzögern.“ (TI2:441-447)

Weiters sieht Herr Sperling beim Einsatz von SozialarbeiterInnen eine größere Orientierung an den Ressourcen und der Lebenswelt der Betroffenen. Zusätzlich bietet der Überblick auf Formen materieller Grundsicherung und rechtlichen Fakten einen Vorteil in der Fallbearbeitung. Als Pluspunkt einer Grundausbildung der Sozialen Arbeit sieht er die erlernte Fertigkeit, den Gesamtblick auf die Situation zu bewahren und die verschiedenen Lebensbereiche mit einzubeziehen (vgl. TI5:364-376). Als Nachteil der SozialarbeiterInnen bzw. Vorteil der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sieht Frau Mair das Wissen im medizinischen Bereich, welches

unter anderem einen großen Bestandteil der Beratung ausmachen kann. Sie verweist jedoch auf die Möglichkeit, Fort- und Weiterbildungen in diese Richtung zu besuchen bzw. wenn nötig auf andere Einrichtungen zu verweisen (vgl. TI4:522-529). Hinsichtlich der DemenzberaterInnen wäre es meines Erachtens noch notwendig, sich mit den Ausbildungs- und Anstellungsvoraussetzungen auseinander zu setzen um eine qualitätsvolle Beratung und Information sicherzustellen. Ein erster Schritt wäre dazu eine Evaluation der Tätigkeiten bzw. benötigten Kompetenzen dieser Berufsgruppe in enger Zusammenarbeit mit den derzeit in den DBS tätigen MitarbeiterInnen. Meiner Meinung nach sollte besonders im Bewerbungsverfahren für künftige DemenzberaterInnen die spezifische Eignung für diese Tätigkeit im Vordergrund stehen, welche nicht unbedingt über die Ausbildung festzustellen ist. Mögliche Handlungsschritte wären in diesem Zusammenhang eine grobe Vorgabe der benötigten Vorbildung (z.B. Ausbildung im medizinischen oder sozialen Bereich) oder Probearbeitstage unter Beobachtung mit Reflexionsgesprächen.

PsychologInnen

Den größten Aufgabenbereich der PsychologInnen umfasst die Testung der an Demenz Erkrankten. Dabei werden mit verschiedenen Verfahren die Abweichungen der Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem „normalen“ Leistungsniveau in den Bereichen Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis, Wahrnehmung, Orientierungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit getestet. Die PsychologInnen stellen Ressourcen bzw. Defizite und somit Anzeichen für eine Demenzerkrankung fest (vgl. TI5:541-545). Zusätzlich steht der/die PsychologIn auch für Beratungen der Angehörigen und Schulungsmodule über psychologische Themengebiete zur Verfügung.

FachärztInnen für Neurologie bzw. Psychiatrie

Als zusätzliche fachärztliche Kompetenz wurde die Demenzberatungsstelle im Projekt IVDOÖ mit der Berufsgruppe der FachärztInnen für Neurologie bzw. Psychiatrie ergänzt (vgl. TI1:426-432). Der/Die Facharzt/Fachärztin geht bei Bedarf der Ursache der Symptome nach und leitet mit bildgebenden Verfahren die medizinische Abklärung ein (vgl. TI5:545-553). Derzeit ist jedoch nur in der Pilotregion Wels eine Fachärztin ein- bis zweimal im Monat verfügbar. Diesbezüglich wurde in den Interviews die Frage nicht geklärt, welche Faktoren zu einer Nichtbesetzung der Facharztstelle/Fachärztinnenstelle in der DBS Micheldorf geführt haben.

MAS-TrainerInnen

Die Berufsgruppe der MAS-TrainerInnen wird für die Ressourcentrainings für Menschen mit Demenz eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es, das Training angepasst an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Gruppenmitglieder aufzubauen und durchzuführen.

Als Anforderungen für die Aus- oder Weiterbildung zum/zur MAS-TrainerIn durch die MAS-Alzheimerakademie gelten ein abgeschlossenes Studium oder eine ersatzweise mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der Demenz und eine positive, wertschätzende bzw. personenzentrierte Grundhaltung zum Alter bzw. der Erkrankung (vgl. MAS-Alzheimerhilfe o.A.c).

Als Begründung für die angeführte Auswahl der Berufsgruppen beschreibt Herr Raus im Interview drei Faktoren: die gelebte Praxis des Vereins MAS-Alzheimerhilfe, die damit verbundene Evaluierung bzw. Forschung und die Leistbarkeit (vgl. TI1:440-451). Ergänzen lässt sich in dem Zusammenhang, dass ein weiterer Vorteil von Multiprofessionalität in den Teams der DBS darin besteht, eine mehrperspektivische Diagnose bzw. Versorgung anbieten zu können. Verschiedene Verfahren, Eindrücke und Fachwissen werden verwendet, um ein maßgeschneidertes Unterstützungsangebot und Beratungssetting für die Betroffenen zur Verfügung zu stellen.

4.3.1.3 Zielgruppe

Die Angebote der Demenzberatungsstellen sind für Menschen mit Demenz und deren Angehörige ausgelegt (vgl. Amt der Oö. Landesregierung 2013:2).

Die Zielgruppe für das Beratungsangebot des IVDOÖ-Projekts sind Personen in allen Stadien und Schweregraden einer Demenzerkrankung. Die Demenz kann bereits diagnostiziert sein, aber auch Personen welche subjektive Symptome einer möglichen Demenzerkrankung bemerken, werden in den DBS unterstützt (vgl. E2 2017). Ein besonderes Augenmerk legt das Konzept des Projekts auf Erkrankte in einem frühen Stadium. Eine Begründung dafür bietet die Forschung der MAS-Alzheimerhilfe: *„...je früher man Training in Anspruch nimmt, umso besser kann man einfach die Krankheit verarbeiten und auch seine Fähigkeiten länger beibehalten.“* (TI2:181-183) Weitere Vorteile einer Früherkennung der Erkrankung ergeben sich für den Verlauf der Beratung. Der/Die Erkrankte kann seine/ihre Situation meist noch selber reflektieren und somit selbstständig Entscheidungen treffen bzw. einen Plan für die Zukunft erstellen (vgl. TI4:215-222).

Betroffen von der Demenzerkrankung sind nicht nur der/die Erkrankte selber, sondern auch die Angehörigen der Person. Der weitere Schwerpunkt auf diesen Personenkreis kann mitunter begründet werden, da der Hauptteil der Pflege von Demenz erkrankten Personen zu Hause geleistet wird (vgl. Österreichische Alzheimer Gesellschaft o.A.). Unter die Zielgruppe der Angehörigen fallen somit Personen, die eine an Demenz erkrankte Person bereits zu Hause betreuen, Informationen zu diesem Thema brauchen oder die Demenzerkrankung bei einer anderen Person vermuten (vgl. TI5:16-18).

Durch diesen Ansatz der DBS, ein Angebot für beide betroffene Personengruppen einer Demenzerkrankung zur Verfügung zu stellen, wird die These bestätigt, eine Bedürfnisorientierung in der Konzeptgestaltung sicherzustellen. Bezogen auf diese methodische Ausrichtung richtet sich die Interpretation dahingehend, dass eine hohe Flexibilität in der Konzeptgestaltung gegeben sein muss damit die Vorgehensweise tatsächlich auf die Individuen und ihre Bedürfnisse angepasst werden kann.

4.3.1.4 Finanzierung

Während der Pilotphase wird das Projekt von den beiden HauptkooperationspartnerInnen finanziert. 50% der Kosten übernimmt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, die zweite Hälfte teilen sich die Sozial- und die Gesundheitsabteilung vom Land OÖ (vgl. TI1:171-173). Für das geplante „Roll-Out“ der Versorgungsstruktur in ganz Oberösterreich ist die genaue Finanzierungsform noch unklar. Dazu äußert sich Herr Raus mit folgender Aussage: *„Das sollen natürlich dieselben Player sein, die das zahlen, aber wie das im Detail abläuft wird noch sicher Überlegungen bedürfen.“* (TI1:175-176)

Das Projekt IVDOÖ bzw. die KooperationspartnerInnen haben die Aufgabe der Finanzierung und Konzepterstellung. Die Demenzberatungsstellen selber werden von einem/einer Oberösterreichischen Gesundheits- bzw. SozialleistungsanbieterInnen betrieben (vgl. Amt der Oö. Landesregierung 2013). Bezogen auf diesen Umstand kann die These aufgestellt werden, dass unterschiedliche BetreiberInnen der Demenzberatungsstellen sowohl von Vorteil sind, als auch Nachteile mit sich bringen können. Durch den Einsatz verschiedener AnbieterInnen entsteht keine Abhängigkeit zu einem/einer BetreiberIn, gleichzeitig kann auf bereits bestehende Einrichtungen zurückgegriffen werden und somit größere Regionen abgedeckt werden. Als nachteilig kann der Mehraufwand bei der Organisation bzw. Abgleichung der Übernahme des Konzepts gesehen werden.

Die Angebote der Demenzberatungsstellen sind durch die Finanzierung der KooperationspartnerInnen für die NutzerInnen kostenfrei. Beratungs- und Testgespräche, sowie Ressourcentrainings und Angehörigenschulungen können unentgeltlich in Anspruch genommen werden (vgl. TI4:19-22). Bezogen auf den Kostenfaktor erschließt sich die Interpretation, dass auch ein angepasster Selbstbehalt in die Überlegungen miteinbezogen werden sollte. Die Argumentation der derzeitigen LeistungserbringerInnen schließt sich um Begründungen einer sozial verträglichen Gebühr um eine höhere Verbindlichkeit der Inanspruchnahme der Leistungen oder eine andere Wertschätzung der Angebote zu erreichen (vgl. E2 2017). Meines Erachtens sollten in dieser Diskussion das Argument der Niederschwelligkeit beachtet und einzelnen Versorgungsstrukturen getrennt voneinander betrachtet werden. Es sollte in diesem Zusammenhang der Zugang zu Beratungs- und Informationsgespräche für jeden/jede ohne verbundene Kosten gegeben sein um eine qualitätsvolle Versorgung Betroffener sicherzustellen.

4.3.1.5 Standorte

Für die Pilotphase des Konzepts der Demenzberatungsstellen wurde jeweils eine Einrichtung in einer urbanen und ländlichen Region gewählt. Das Projekt IVDOÖ bietet derzeit eine Versorgungsstruktur für Demenzbetroffene im Bezirk Kirchdorf und in der Stadt Wels (vgl. TI1:188-195). Dabei betreut die Demenzberatungsstelle Micheldorf die gesamte Region von Kirchdorf, Linz-Land, Steyr-Land, Steyr-Stadt und Wels-Land mit (vgl. MAS-Alzheimerhilfe o.A.b). Diese zusätzlichen Gebiete werden in Form von Beratungstagen in angemieteten Räumlichkeiten abgedeckt. Die DBS in Wels-Stadt hat zusätzlich zwei Außenstellen in Lambach und Machtrenk, welche einmal im Monat besetzt sind (vgl. TI4:499-501).

Für die Ressourcentrainings, welche auch Bestandteil des Konzepts sind, werden Ortschaften gewählt, welche sich in der Nähe der Demenzerkrankten befinden (vgl. TI5:584-596). Dieses wohnortnahe und niederschwellige Angebot der Demenzberatungsstellen basiert auf dem definierten Ziel des Projekts IVDOÖ, eine Erreichbarkeit der Versorgungsstruktur innerhalb einer halben Stunde für Angehörige und Erkrankte sicherzustellen (vgl. TI1:685-690). Die Zieldefinition belegt die Ausrichtung des Konzepts, jedem/jeder Betroffenen in Oberösterreich die Möglichkeit zu bieten Hilfe und Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit der flächendeckenden Implementierung zeigt unter anderem die Erfahrung der DBS in Kirchdorf auf. Das Angebot wird großteils von Betroffenen genutzt, welche einen kurzen Anfahrtsweg haben, unabhängig von der Bezirkszugehörigkeit (vgl. TI5:337-340). Auf dieser Rückmeldung baut die These auf, dass von Seiten des Konzepts eine

Flexibilität der Inanspruchnahme gegeben sein sollte. Die Integrierte Versorgung Demenz OÖ sollte den NutzerInnen frei stellen, welche Demenzberatungsstelle bzw. welches Ressourcentraining sie ortsbezogen in Anspruch nehmen wollen und keine Einschränkungen bei der Zuständigkeit einführen.

4.3.1.6 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Aufgaben der Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden zu einem Großteil vom/ von der DemenzberaterIn übernommen.

Vernetzung von SystempartnerInnen

Der Bund beschreibt in der Demenzstrategie als Handlungsempfehlung um eine individuelle und bedürfnisgerechte Versorgung bereitzustellen, die Zusammenarbeit von SystempartnerInnen im Gesundheits- und Sozialbereich. Erst durch diese Synergien können auf einer regionalen Ebene niederschwellige Unterstützungs- und Betreuungsangebote umgesetzt, weiterentwickelt und Qualitätsunterschiede bzw. Parallelstrukturen verhindert werden (vgl. Juraszovich et al. 2015:25). Dieses Wirkungsziel der Bundes-Demenzstrategie wird im Projekt IVDOÖ durch die Kooperation zwischen der OÖ Gebietskrankenkasse und dem Land Oberösterreich bereits umgesetzt.

Auch in der aktiven Umsetzung wird eine aufeinander abgestimmte Versorgung von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung entsprechend dem Verlauf der Erkrankung und den unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialbereichen verlangt (vgl. ebd.:29). Somit ist als Aufgabe der DemenzberaterInnen im Konzept der Demenzberatungsstellen vorgesehen, sich mit anderen möglichen SystempartnerInnen zu vernetzen (vgl. TI5). Das Konzept schreibt dabei keine „fixen“ DienstleistungsanbieterInnen vor, mit denen eine Vernetzung stattfinden sollte, dies bedarf einer regionsabhängigen Gestaltung. Vorrangig gilt es das vorgeschriebene Ziel des Projekts, ein umfangreiches Netzwerk an adäquaten Angeboten und Leistungen für die NutzerInnen zur Verfügung zu stellen, zu erreichen. Daher gibt es abhängig vom Standort der Demenzberatungsstelle Vernetzungen mit Organisationen/ Einrichtungen wie der Caritas, dem Roten Kreuz, Sozialberatungsstellen, Tagesstätten, Pfarren mit ehrenamtlichen HelferInnen, etc. (vgl. TI2:306-311).

Die Idee einer integrierten Versorgung ist unter anderem, dass abgestimmt auf die Bedürfnisse eine Weitervermittlung zu anderen möglichen Angeboten passiert. Somit ist die Auswahl der SystempartnerInnen abhängig von den spezifischen Leistungen anderer AnbieterInnen (vgl. TI5:467-491). In diesem Zusammenhang muss mitbedacht

werden, dass Konkurrenzdenken zu potentiellen VernetzungspartnerInnen entstehen kann, die ähnliche Leistungen anbieten. Eine Zusammenarbeit ist folglich erschwert bis unmöglich.

Gleichzeitig wird auch eine Kontaktaufnahme anderer SystempartnerInnen mit den DBS erwartet. Da die HausärztInnen meist erster AnsprechpartnerInnen für Betroffene sind, gilt es besonders zu diesen eine gute Vernetzung aufzubauen. Herr Sperling beobachtet im Zusammenhang mit den HausärztInnen in seinen zuständigen Gebieten eine Einstellungsdiskrepanz:

„Es gibt Hausärzte, die sind dem Thema sehr offen gegenüber und es gibt andere, die sagen heute zum Beispiel, was wollt ihr da können wir eh nichts machen...die sagen jetzt nicht so ein Blödsinn zu uns, aber indirekt durch die Angehörigen hören wir dann wieder zum Beispiel, sie waren beim Hausarzt und der hat gesagt, brauchen wir nichts machen, da gibt es nichts.“ (TI5:449-458)

Wie von der Bundes-Demenzstrategie (vgl. Juraszovich et al. 2015:22) verlangt, richtet sich meine These dahin, dass anderen Berufsgruppen, welche mit Demenzerkrankten in Kontakt sind, Weiterbildung und spezifisches Wissen für diese Thematik zur Verfügung gestellt werden müssen. Informationen für den richtigen Umgang und mögliche Versorgungsstrategien basierend auf Forschungsergebnisse sollten medial aufbereitet und weitergegeben werden. Die Aufgabe der Information und Beratung anderer Berufsgruppen könnte in der Funktion von MultiplikatorInnen vom Projekt IVDOÖ übernommen werden.

Zudem ist im Konzept vorgesehen, dass ein guter Austausch unter den Demenzberatungsstellen stattfindet (vgl. TI5:396-400).

Öffentlichkeitsarbeit

Um das zweite Wirkungsziel der Bundes-Demenzstrategie „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“ (vgl. Juraszovich et al. 2015:16) sicherzustellen, wurden für das Projekt IVDOÖ verschiedene Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit erarbeitet (vgl. Amt der Oö. Landesregierung 2013:5-6):

- eine Informationsbroschüre mit Inhalten zu den Thematiken „erkennen- ansprechen- handeln“ im Bezug auf die Demenzerkrankung
- Plakate für öffentliche Orte wie Arztpraxen/Ärztinnenpraxen, Bezirksverwaltungsbehörden, Busse, etc.
- redaktionelle Informationen für regionale Zeitungen und SeniorInnenmagazine
- Einrichtung einer Homepage mit relevanten Informationen (www.demenz-versorgung.at)

Zusätzlich finden regelmäßig Informationsveranstaltungen bzw. Vorträge in Krankenhäusern oder Gemeinden statt (vgl. TI4:131-135). Die Wichtigkeit solcher

Veranstaltungen unterstützt den Ansatz, dass Betroffene in diesem Zusammenhang die Möglichkeit bekommen, sich vorab anonym zu informieren ohne die eigene Situation preiszugeben. Unter dem Aspekt der Niederschwelligkeit betrachtet, ist dies eine weitere Chance, Wissen zu verbreiten und Betroffene zu ermächtigen weitere Schritte zu unternehmen. Frau Span beschreibt im Interview, dass auf eine gewisse Kontinuität in der Öffentlichkeitsarbeit besonders Wert gelegt wird. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang das Phänomen, dass Betroffene oftmals eine Hemmschwelle haben, Hilfe und Beratung in Anspruch zu nehmen. Wissen Angehörige und Demenzerkrankte über die Versorgungsangebote Bescheid und werden diese durch Werbeschaltungen immer wieder in Erinnerung gerufen, können sie in Krisensituationen schneller agieren und Unterstützung anfordern (vgl. TI2:109-121).

Die Öffentlichkeitsarbeit trägt somit einen weiteren Schritt zur Enttabuisierung der Krankheit Demenz bei. Ziel des Konzepts IVDOÖ ist es, dass Demenzbetroffene in die Gesellschaft inkludiert werden und sich die Umwelt bzw. die Gesellschaft auf die Krankheit und damit verbundenen Verhaltensweisen einstellt, ohne dass es einen Bedarf der Veränderung von Seiten des/der Erkrankten braucht (vgl. TI2:77-90).

Die hohe Relevanz der Öffentlichkeitsarbeit lässt sich unter anderem mit der Beobachtung begründen, dass die derzeitige Auslastung der Demenzberatungsstellen noch nicht in allen Regionen gegeben ist. *„Wir müssen schauen, dass die Nachfrage dem Angebot nachzieht.“* (TI1:469-470), ist die aus der Evaluierung basierende Konsequenz von Herrn Raus. Im Bezug auf dieses Evaluationsergebnis ergibt sich die These, dass ein Faktor für eine höhere Inanspruchnahme des Angebots der DBS Zeit ist. Je länger eine Einrichtung besteht, desto höher ist der Bekanntheitsgrad und die Nutzung des Angebots wird als selbstverständlich angesehen. Als nicht zu vernachlässigende Aspekte sind die Mundpropaganda und das damit verbundene verbreitete Image zu erachten. Erleben Betroffene eine positive Begleitung und Beratung ihrer Situation, werden diese Erfahrungen weitergegeben und die Einrichtung an andere empfohlen.

4.3.1.7 Evaluierung

Die Arbeit der Demenzberatungsstellen begleitet eine wissenschaftliche Evaluierung. Die Ergebnisse werden sowohl als Begründung für die Implementierung des Konzepts als auch für Anpassungen und Veränderungen des Konzepts herangezogen (vgl. Amt der Oö. Landesregierung 2013:6). Aufgebaut wurde die Evaluierung des Projekts IVDOÖ auf die bereits laufende Datenbank des Vereins MAS-Alzheimerhilfe. Diese Langzeitdatenbank liefert Ergebnisse, für wen welche Therapie sinnvoll ist und gibt

Auskunft über notwendige Anpassungen der Angebote (vgl. TI2:167-172). Die wissenschaftliche Aufarbeitung der Daten findet an der Donau-Universität in Krems statt (vgl. TI4: 86-88). Durch die Kooperation der MAS-Alzheimerhilfe mit dem Projekt IVDOÖ wurden die Evaluierungspositionen mit anderen Parametern ergänzt, wie der Länge des Anfahrtsweges, durch wen / was der/die NutzerIn auf das Angebot aufmerksam wurde, die Sozialversicherungsnummer, etc. (vgl. TI5:411-423). Zusätzlich steht das Institut für Gesundheitsplanung dem Projekt IVDOÖ als externe Evaluierungsstelle zur Verfügung (vgl. TI1: 561-584).

4.3.2 Alten- und Pflegeheime – 2.Säule

Die zweite Säule des Projekts IVDOÖ versucht eine adäquate Versorgung für Demenzerkrankte Personen in Alten- und Pflegeheimen sicherstellen. Die verfolgte Zielsetzung in diesem Sektor bezieht sich auf die Erhöhung der Lebenszufriedenheit der Betroffenen und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen. Unter anderem sollte durch eine gelebte Teamarbeit zwischen den Professionen die Möglichkeit für einen Austausch auf Augenhöhe und Qualitätssicherung der Versorgung sichergestellt werden (vgl. Land OÖ / OÖGKK o.A.).

Durch das Scheitern der ersten Pilotphase in den Heimen wurde das Konzept mittels der Methode „lessons learned“ weiterentwickelt. In einer zweiten Pilotphase (Beginn der tatsächlichen Umsetzung noch unbekannt) sollte nun das im Anschluss vorgestellte Betreuungskonzept angewendet und evaluiert werden (vgl. OÖGKK 2017b; E2 2017).

Angebote für Alten- und Pflegeheime

Das geplante Leistungsspektrum des Projekts IVDOÖ in Alten- und Pflegeheimen setzt sich zusammen aus drei Angeboten (vgl. OÖGKK 2017a):

- Neu in das Versorgungskonzept für an Demenz erkrankte Personen in Heimen sollte ein Konsiliardienst implementiert werden. Dies bedeutet, dass eine patientenbezogene Beratung von FachärztInnen der Fachrichtung Neurologie bzw. Psychiatrie mit dem vorzugsweisen Schwerpunkt der Geriatrie angeboten wird. Die FachärztInnen kümmern sich unter anderem um die Beratung und Diagnosestellung der Betroffenen, ebenso um die medikamentöse Einstellung und die Erarbeitung eines Therapievorschlages gemeinsam mit anderen Berufsgruppen (vgl. OÖGKK 2017b).
- Weiters sieht das Konzept vor, einen Liaisondienst in den Heimen einzuführen. Darunter werden monatliche Fallbesprechungen des Versorgungsteams verstanden. Das MitarbeiterInnen-Team setzt sich zusammen aus PsychologInnen, FachärztInnen, DemenzkoordinatorInnen und bei Bedarf können zu den

Besprechungen auch Angehörige der/des Demenzerkrankten hinzugezogen werden. Unter anderem können in diesem Setting aktuelle Thematiken bezüglich der Erkrankung, der Pflege bzw. Strategien für den Umgang mit herausforderndem Verhalten aufgearbeitet werden (vgl. OÖGKK 2017b).

- PsychologInnen sollten die MitarbeiterInnen des Heimes in neuen Elementen der Förderung bzw. Ressourcenorientierung schulen und sie in diesem Prozess begleiten und unterstützen (vgl. OÖGKK 2017b).
- In den Alten- und Pflegeheimen werden für an Demenz erkrankte Personen hausinterne Gruppenangebote in Form von Ressourcentrainings geschaffen. Die Durchführung des einmal in der Woche stattfindenden Ressourcentrainings übernehmen die MitarbeiterInnen der Pflege und Betreuung (vgl. OÖGKK 2017b).

Um dieses vom Konzept vorgesehene Angebot umzusetzen, finanzieren die KooperationspartnerInnen der IVDOÖ 0,5 Personaleinheiten Betreuungspersonal, einen/eine Facharzt/Fachärztin für 8,6 Stunden und 17,6 Stunden Psychologie aufgerechnet für ein Monat mit der Voraussetzung von 100 Langzeitpflegeplätzen (vgl. OÖGKK 2017b).

Berufsgruppen

Daraus ergeben sich die vom Konzept überlegten Berufsgruppen, welche die Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen anbieten sollten. Wie schon im vorigen Punkt beschrieben, sollten den Alten- und Pflegeheimen PsychologInnen und FachärztInnen für Neurologie bzw. Psychiatrie mit dem Schwerpunkt der Geriatrie zur Verfügung stehen. Weiters wird durch das IVDOÖ Konzept verlangt, einen/eine DemenzkoordinatorIn zu implementieren. Die Anforderung, um diesen Job zu übernehmen, ist eine Ausbildung zum/zur DiplomsozialbetreuerIn für Altenarbeit. Die Aufgaben setzen sich aus der Koordination und Umsetzung der spezifischen Demenzangebote zusammen (vgl. OÖGKK 2017b).

5 Resümee

Diese Bachelorarbeit verfolgt das Ziel, das Projekt Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich zu untersuchen. Das Projekt gilt als Versuch der OÖ Landesregierung und Gebietskrankenkasse die herausfordernden Aufgaben, welche mit einer demenziellen Erkrankung einhergehen, zu bewältigen und eine adäquate Versorgungslandschaft bereitzustellen. Die durch das Projekt zur Verfügung stehenden Informations- und Beratungsangebote für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige standen im Zentrum dieser Forschung. Um den Projektverlauf ganzheitlich zu betrachten, wurde in den Ergebnissen zuerst auf die ausgehende Problemstellung,

durch welche es zur Initiierung des Projekts kam, eingegangen. Anschließend wurde der Entwicklungsverlauf seit dem Projektstart 2010 in Verbindung mit den relevanten PlayerInnen kurz umrissen. Weiters folgte eine Beschreibung der Konzeptgestaltung mit dem Schwerpunkt auf die Säule der Demenzberatungsstellen als Unterstützungs- und Informationsstruktur für Betroffene.

In diesem Teil der Forschungsarbeit werden nun methodische Leitlinien und Prinzipien des Projekts IVDOÖ dargestellt, die sich sowohl durch die konzeptuellen Schwerpunkte als auch die professionelle Haltung widerspiegeln und einen zusammenfassenden Überblick über zentrale Aussagen bieten.

Prinzip der Integration bzw. Inklusion

Die Betitelung als eine „integrative Versorgung“ zeigt bereits die Zielsetzung, welche durch das Projekt erreicht werden sollte und die Haltung, welche eingenommen wird. Es werden unterschiedliche DienstleistungsanbieterInnen und Berufsgruppen verbunden mit deren Ressourcen und Kompetenzen in die Umsetzung der IVDOÖ miteinbezogen. Zusätzlich wurde das Projekt so konzipiert, dass es sich sowohl gut in die derzeit bestehende Versorgungsstruktur im niedergelassenen Bereich einfügt, aber auch eine Einbettung in zukünftige Versorgungsideen denkbar wäre. Individuelle Entlastungsangebote sollen die Möglichkeit bieten, die Pflege und Begleitung des/der Erkrankten in den Lebensalltag der Angehörigen zu integrieren.

Das Konzept verfolgt das Ziel einer besseren Integration der Krankheit Demenz in die Gesellschaft verbunden mit dem Aufbau einer akzeptierenden, entstigmatisierenden Haltung der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang kann eine Querverbindung zum Auftrag der Sozialen Arbeit hergestellt werden, da auch hier die Mission in einer Förderung des sozialen Wandels und der sozialen Gerechtigkeit gesehen wird. Unterstützt wird dieser durch das Projekt IVDOÖ, indem versucht wird, Diskriminierung auf Grund von Fähigkeiten und körperlichen Merkmalen zu verringern und eine Verschiedenheit der Bevölkerung anzuerkennen.

Prinzip der Niederschwelligkeit

Das Angebot der IVDOÖ sollte mit geringstem Aufwand der Betroffenen in Anspruch genommen werden können. Dazu setzt sich das Projekt die Zielsetzung, flächendeckend im ganzen Bundesland eine Versorgungsstruktur zu implementieren, die von jedem/jeder Betroffenen innerhalb einer halben Stunde erreicht werden kann. Die angedachte Versorgungsstruktur des Projekts setzt sich aus den Demenzberatungsstellen, welche Beratungs- und Testungsgespräch, Angehörigenschulungen und –treffen, sowie Ressourcentrainings für Demenzerkrankte

anbieten, und den Alten- und Pflegeheimen, welche Menschen mit Demenz betreuen, zusammen. Der Kontakt zur Demenzberatungsstelle kann persönlich, aber auch telefonisch von jeder Person, die in Berührung mit einer Demenzerkrankung kommt, aufgenommen werden. Da die Angebote kostenfrei sind, ist der Zugang für jeden/jede sichergestellt. Als positiver Aspekt der DBS ist hervorzuheben, dass die erkrankten Personen ohne lange Wartezeiten und Terminvereinbarungen bei den FachärztInnen eine Testung durchführen lassen können und eine Diagnose gestellt werden kann.

Prinzip der Multiprofessionalität

Dem im Projekt verankerten Prinzip der Multiprofessionalität wird nachgekommen, indem bereits bei der Konzepterstellung auf das Wissen und die Erkenntnisse verschiedener ExpertInnen zurückgegriffen wurde. Das Einbeziehen verschiedener Perspektiven und Sichtweisen wird in den DBS genutzt, indem Teams bestehend aus DemenzberaterInnen, PsychologInnen und FachärztInnen der Neurologie bzw. Psychiatrie die Beratungs- und Testgespräche durchführen. Im Konzept der Alten- und Pflegeheime ist der fachliche Austausch verschiedener Professionen auf Augenhöhe verankert, womit dem dritten Wirkungsziel der Bundes-Demenzstrategie „Wissen und Kompetenz stärken“ Rechnung getragen wird. Diese methodische Ausrichtung wird als eine der Stärken des Konzepts sowohl von mir als auch den verschiedenen PlayerInnen gesehen. Als Veränderungspotential könnte die Inklusion der HausärztInnen bzw. Ergänzung des DBS-Teams um weitere Professionen angedacht werden.

Prinzip der Ganzheitlichkeit

Die methodische Ausrichtung auf einen ganzheitlichen Versorgungsansatz zeigt sich bereits durch die Zielgruppe, welche mit der IVDOÖ angesprochen wird. Sowohl an Demenz erkrankte Personen als auch deren Angehörige können das Angebot der Demenzberatungsstellen nutzen. In den Alten- und Pflegeheimen umfasst das Konzept Leistungen für Demenzbetroffene und MitarbeiterInnen des Heims. Die Orientierung erfolgt somit an der erkrankten Person in / und ihrer Lebensumwelt. Da die Lebensweltorientierung einen Schwerpunkt der Haltung der Sozialen Arbeit darstellt, bestätigt dies wiederum die Eignung dieser Profession als DemenzberaterIn bzw. Mitglied des Teams der IVDOÖ. Der Vorteil der DBS zeigt sich unter anderem durch die vielfältigen Vernetzungen mit weiteren Gesundheits- und SozialleistungsanbieterInnen, welche den Betroffenen als Netzwerk und Ressource zur Verfügung gestellt werden kann.

Prinzip der Prävention

Die frühzeitige Erkennung der Demenzerkrankung beeinflusst sowohl die Behandlung als auch die Beratung positiv. So gehören zur Zielgruppe der Demenzberatungsstellen auch Personen, die verdächtige Symptome bei sich oder Angehörigen beobachten. Erfolgt eine alsbaldige professionelle Unterstützung können Eskalationen verhindert und Wünsche besser berücksichtigt werden. Durch die intensive Öffentlichkeitsarbeit des Projekts sollte die Bevölkerung im Bezug auf das Annehmen von Hilfe und der Tabuisierung der Erkrankung Demenz zum Umdenken angeregt werden. Als Aufforderung an das Projekt gilt in diesem Zusammenhang die Konzentration auf die Wissensvermittlung und Erkenntnisverbreitung für Berufsgruppen, welche mit Demenzerkrankten in Kontakt treten. Durch die Verbreitung von adäquaten Umgangsformen und Bewältigungsstrategien kann eine bedürfnisgerechtere Versorgung in allen Lebenssituationen erfolgen.

Prinzip der Individualität und Bedürfnisorientierung

Der Projektstart der IVDOÖ ergab sich auf Basis einer Evaluierung der SeniorInnengesundheit in Oberösterreich. Auf den resultierenden Bedürfnissen mit Schwerpunkt auf die Demenzerkrankung baut die Konzepterstellung auf. Auch in der Pilotierungsphase mit der verbundenen Konzeptweiterentwicklung wird versucht, den Regionen und den MitarbeiterInnen der DBS nicht ein Projektkonzept ‚überzustülpen‘, sondern die unterschiedlichen Dienstleistungen zu testen und dementsprechend anzupassen. Zu erkennen ist das Prinzip der Individualität auch bei den Herangehensweisen der Beratung und Betreuung mit Fokussierung auf die Bedürfnisse und der Situation der Betroffenen. Das zur Verfügung stehende Angebot, wie das Training, die Beratung, Information oder Diagnosestellung wird maßgeschneidert an die benötigte Versorgung angepasst. Die Vorgaben in den DBS sind so ausgelegt, dass in der Durchführung der verschiedenen Leistungen individuell auf die Betroffenen eingegangen werden kann.

Qualität durch Wissenschaftlichkeit

Durch die wissenschaftliche Basis der Erkenntnisse und Forschung der MAS-Alzheimerhilfe ist die Qualität des Konzepts abgesichert. Zudem wird die Implementierung der Versorgungsstruktur erst nach Pilotierungsphasen verbunden mit mehreren Evaluierungen erfolgen.

Wie durch die Grafik im Anhang ersichtlich, bietet die Integrierte Versorgung Demenz OÖ eine Versorgungsstruktur, welche bereits einen Großteil der Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen der Bundes-Demenzstrategie erfüllt. Daraus erschließt sich,

dass einige Konzeptideen, wie die multiprofessionelle Ausrichtung oder der niederschwellige Zugang, beispielgebend sein können für andere Bundesländer. Die Ergebnisse bzw. das Konzept IVDOÖ ist jedoch nur unter Vorbehalt verallgemeinerbar und anwendbar für andere Regionen, da sich sowohl die Entwicklung als auch die Umsetzung eines Versorgungskonzepts an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen orientieren muss.

6 Rück- und Ausblick

Reflektierend auf den Forschungsprozess zurückblickend war die Zirkularität des Forschungsprozesses von großem Vorteil für diese Bachelorarbeit. Dadurch konnten noch benötigte Informationen und Inputs anderer MitstudentInnen in die Fragestellung der folgenden Interviews bzw. Emailkontakte einbezogen werden. Durch die Betrachtung der Integrierten Versorgung Demenz Oberösterreich aus unterschiedlichen Perspektiven konnte das Projekt erfasst und unter verschiedenen Aspekten thematisiert werden.

Da das Konzept bisher noch in einer Pilotierungsphase ist und regelmäßig mit neuen Erkenntnissen weiterentwickelt wird, erscheint eine weiterführende Forschung und Überprüfung der Ergebnisse als notwendig. Besonders die Untersuchung der Umsetzung des Konzepts in den Alten- und Pflegeheimen wäre interessant zu erforschen. Unter anderem würde ein Vergleich zu Versorgungsstrukturen in anderen Bundesländern oder auch anderen Ländern weitere Anhaltspunkte und Inputs bringen. Da der Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit auf den Informations- und Beratungsangeboten lag, wäre eine nachfolgende Beschäftigung mit den Diagnose- und Behandlungsmethoden interessant.

7 Literatur

- Amt der Oö. Landesregierung (2013): Information zur Pressekonferenz mit Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer, Landeshauptmann-Stellvertreter Josef Ackerl, OÖGKK Obmann Albert Maringer. Landeskorrespondenz Medieninfo. OÖ.
- Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Demenzberatungsstelle der Stadt Wels (o.A.): aktion. demenz leben. Broschüre. OÖ.
- Flick, Uwe (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methode, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4.Auflage, Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 1. Auflage, Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Höfler, Sabine / Bengough, Theresa / Winkler, Petra / Griebler, Robert (2014) (Hg.Innen): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium
- CompuGroup Medical CEE GmbH (o.A.): INTEGRI 2014 – Die Preisträger. <http://www.integri.at/preistraeger/> [07.04.2017].
- Juraszovich, Brigitte / Sax, Gabriele / Rappold, Elisabeth / Pfabigan, Doris / Stewig, Friederike (2015) (Hg.Innen): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Land OÖ / OÖGKK – Land Oberösterreich / Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (o.A.): Reformpoolprojekt, Integrierte Versorgung Demenz OÖ. Präsentation. OÖ: unveröffentlicht.
- Magistrat Stadt Wels (o.A.): Demenzberatungsstelle der Stadt Wels. <http://www.wels.gv.at/Leben-in-Wels/Soziales/Seniorenbetreuung-und-Pflege/Demenzberatungsstelle-der-Stadt-Wels.html?hp=3> [22.03.2017].
- MAS-Alzheimerhilfe (o.A.a): Alzheimerinfo. <http://www.alzheimerhilfe.at/alzheimer.html> [06.04.2017].
- MAS-Alzheimerhilfe (o.A.b): Demenzberatungsstelle Micheldorf. http://www.alzheimer-hilfe.at/demenzservicestelle_micheldorf.html#traifoer [22.03.2017].
- MAS-Alzheimerhilfe (o.A.c): Alzheimerakademie. Broschüre. Oberösterreich.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage, Deutschland: Beltz

- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef / Kraimer, Klaus (Hrg.)(1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 441-471
- OÖGKK – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2014): Österreichischer Preis für Integrierte Versorgung an OÖGKK. Ausgezeichnetes Projekt. INFO Service der OÖGKK. OÖ: unveröffentlicht.
- OÖGKK - Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2017a): aktion demenz leben. <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.705025&viewmode=content> [22.03.2017].
- OÖGKK – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2017b): Integrierte Versorgung Demenz OÖ: Alten- und Pflegeheime als Partner gesucht. <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.766404&portal:componentId=gtn4c06436d-a7b9-40e5-be1d-05cd6080ff4d&viewmode=content> [06.04.2017].
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft (o.A.): Risiken und Belastungen. <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=82> [07.04.2017].
- Reif, Martin/ Birgmann, Richard/ Palk, Daniela/ Peböck, Markus (2007) (Hg.Innen): Gesundheitsbericht Senioren in Oberösterreich. Detailbericht. Seniorengesundheit in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.

8 Daten

- TI1, Transkript Interview 1 geführt von Anna Auböck und Regina Schöndorfer mit Daniel Raus (Vertreter der OÖ Landesregierung) und Mag^a Martina Hofpointner (Demenzmanagerin der OÖGKK) in Linz am 2.12.2016, erstellt von Regina Schöndorfer, Dezember 2016, Zeilen durchgehend nummeriert.
- TI2, Transkript Interview 2 geführt von Anna Auböck und Regina Schöndorfer mit Mag^a (FH) Edith Span (Geschäftsführerin des Vereins MAS-Alzheimerhilfe) in Bad Ischl am 4.1.2017, erstellt von Anna Auböck, Jänner 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- TI3, Transkript Interview 3 geführt von Anna Auböck und Regina Schöndorfer mit Mag^a Monika Geck (Zuständige für die Pilotregion Wels) in Wels am 4.1.2017, erstellt von Regina Schöndorfer, Jänner 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- TI4, Transkript Interview 4 geführt von Anna Auböck und Regina Schöndorfer mit Hannelore Mair (Demenzberaterin DBS Wels) in Wels am 4.1.2017, erstellt von Anna Auböck, Jänner 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

- TI5, Transkript Interview 5 geführt von Anna Auböck mit Mag (Fh) Mag Roland Sperling (Demenzberater DBS Micheldorf) in Wels am 7.2.2017, erstellt von Anna Auböck, Februar 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- E1, E-Mail 1 an Daniel Raus zur Fragenabklärung, verfasst von Anna Auböck (5.04.2017)
- E2, E-Mail 2 Antwort von Daniel Raus auf Fragenabklärung, verfasst von Daniel Raus (7.04.2017)

9 Abkürzungen

Integri	Österreichische Preis für Integrierte Versorgung
IVDOÖ	Integrierte Versorgung Demenz Oberösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
DBS	Demenzberatungsstelle bzw. Demenzberatungsstellen
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
o.A.	ohne Angabe

10 Anhang

10.1 Interviewleitfäden

Leitfaden für KeystakeholderInnen

Einstiegsfrage:

Ich bitte Sie zunächst über die Hintergründe für die Entstehung des Projekts Integrierte Versorgung OÖ zu erzählen.

Hauptteil:

- Welche **Struktur/ Strategie** liegt hinter den Überlegungen zur Demenzberatung und Informationsweitergabe in Oberösterreich?
 - Welche Leitgedanken bzw. Grundsätze befinden sich hinter der Demenzberatung?
 - In welcher Verbindung steht die Struktur im Land Oberösterreich mit der Demenzstrategie des Bundes?
 - Wie werden die Grundsätze der Bundesdemenzstrategie bei der Umsetzung im Land Oberösterreich eingebunden?
 - Inwieweit gab es Modelle an denen sich das Projekt orientiert?
 - Wie gestaltet sich die Finanzierung des Projekts?
- Welche **Angebote** zur Information und Beratung für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörigen gibt es in OÖ?

- Wie gestaltet sich die Vergabe an verschiedene TrägerInnen/ Einzelpersonen?
- Welche Freiräume und Vorgaben werden bei der Organisation der Angebote gegeben?
- Welche Überlegungen gibt es zur regionalen Aufteilung der Angebote?
- An welche Förderbedingungen sind die Angebote geknüpft?
- Wie werden diese geforderten Bedingungen überprüft?
- Welche **Berufsgruppen** sind an der Strategie/ dem Projekt zur Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und deren Angehörigen beteiligt?
 - Welche Überlegungen stehen hinter der Auswahl dieser Berufsgruppen?
 - Inwieweit hat die Soziale Arbeit einen Stellenwert in den Überlegungen zur Demenzberatung und Information?
 - Wie wird die Soziale Arbeit konkret in der Demenzberatung und Information eingesetzt?
- Welche **Stärken** erkennen Sie bei dem Projekt Integrierte Versorgung Demenz OÖ?
- Welche **Schwächen** erkennen Sie bei dem Projekt Integrierte Versorgung Demenz OÖ?
 - Wie hat sich das Projekt bisher etabliert?
 - Welche Entwicklungen konnten Sie beobachten?
 - Ausgehend vom derzeitigen Ist-Stand, welche Veränderungen im Bezug auf die Information und Beratung an Demenz erkrankter Personen und deren Angehörigen wären für Sie wünschenswert?
 - Gab/ Gibt es eine Evaluierung des Projekts Integrierte Versorgung Demenz OÖ?

Leitfaden für ausgewählte Organisationen

Einstiegsfrage:

Ich bitte Sie mir zu Beginn des Interviews zunächst einen Überblick über Ihr Handlungsfeld/ Ihre Tätigkeit im Bereich der Beratung für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige zu geben?

Wie gestalten Sie die Informationsweitergabe für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige?

Hauptteil:

- **Entstehung** des Organisationskonzepts

- Wie kam es dazu, dass Sie sich auf das Themenfeld Demenz spezialisierten?
- Durch welchen Auftrag arbeiten Sie in diesem Bereich?

- **Organisationskonzept**

- Wie ist in Ihrer Organisation die Information und Beratung von Demenz erkrankten Personen und ihren Angehörigen grundsätzlich organisiert? (Ablauf)

- Welches Konzept steht hinter den Angeboten in Ihrer Organisation? (Leitgedanken und Ziele)
- Wie ist dieses Konzept entstanden?
- Wer ist der Kostenträger für Ihre Angebote im Bereich Demenzberatung?
- An welche Förderbedingungen sind die Angebote geknüpft?
- In welcher Verbindung steht die Organisation Ihrer Angebote mit der Demenzstrategie vom Bund?

- Durchführung

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

- Berufsgruppen

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

- Soziale Arbeit

- Inwieweit werden SozialarbeiterInnen für die Arbeit im Bereich Demenzberatung und Information eingesetzt?
- Welche Kompetenzen bringen/könnten SozialarbeiterInnen in diesen Bereich ein/ mit einbringen?
- Gibt es Aufgaben die nur von der Sozialen Arbeit übernommen werden, wenn ja, welche sind das?

- Reflexion

- Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Organisation im Arbeitsbereich Demenzberatung und Information in Oberösterreich?
- Welche Schwächen sehen Sie bei dem Projekt Integrierte Versorgung Demenz OÖ?
- Welche Erwartungen haben Sie an die Soziale Arbeit in diesem Bereich?
- Ausgehend vom derzeitigen Ist-Stand, welche Veränderungen im Bezug auf die Information und Beratung Demenz erkrankter Personen und ihren Angehörigen wären für Sie wünschenswert?

10.2 Vergleich: Ziele der Bundes-Demenzstrategie und des Projekts IVDOÖ

(vgl. Land OÖ / OÖGKK o.A.:16)

Handlungsempfehlungen	Wirkungsziel 1 „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“		Erfüllung der Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen
	Bewusstseinsbildung forcieren und Sensibilisierungsmaßnahmen setzen	●	
	Partizipation/Teilhabe im Lebensumfeld sicherstellen	●	
	Selbstbestimmung der betroffenen Menschen ermöglichen	●	
	Partizipative Wissenschaft – Forschung mit allen umsetzen	●	
	Wirkungsziel 2 „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“		
	Entwicklung umfassender Informations- und Kommunikationskonzepte	●	
	Breite Öffentlichkeitsarbeit und (Medien-) Kampagnen	●	
	Zielgruppenspezifische Informationen	●	
	Niederschwellige Informationsangebote	●	
	Webbasierte Informationen und Angebote	●	
	Entwicklung eines Code of good practice für die Medienberichterstattung	●	
	Wirkungsziel 3 „Wissen und Kompetenz stärken“		
	Sensibilisierung, Kompetenzentwicklung, -stärkung und Qualifizierung von medizinischen und nicht medizinischen AkteurInnen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens	●	
	Kompetenzstärkung für An- und Zugehörige	●	
	Wirkungsziel 4 „Rahmenbedingungen einheitlich gestalten“		
	Schaffen einer abgestimmten integrierten Versorgung für Menschen mit Demenz und einer sektorenübergreifenden Struktur durch Zusammenarbeit der SystempartnerInnen im Gesundheits- und Sozialbereich	●	
	Entwicklung von Qualitätsstandards im Bereich Gesundheit, Soziales, Pflege und Betreuung	●	
	Einrichtung einer Plattform Demenzstrategie	●	
	Wirkungsziel 5 „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“		
Bestmögliche Langzeitbetreuung von Menschen mit Demenz	●		

Anpassung der Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz	●	
Wirkungsziel 6 „Betroffenenorientierte Koordination und Kooperation ausbauen“		
Flächendeckender Ausbau niederschwelliger Anlaufstellen für Menschen mit Demenz sowie für deren An- und Zugehörige und Integration in bestehende Systeme. Die Anlaufstellen agieren regional und bei Bedarf aufsuchend auf Basis eines abgestimmten Konzepts	●	
Wirkungsziel 7 „Qualitätssicherung und –verbesserung durch Forschung“		
Aufbau eines bundesweiten Datenpools zu Epidemiologie und Versorgungsangeboten, Evidenzbasierung des Versorgungsangebotes für Menschen mit Demenz und Evaluierung der vorhandenen Angebote als Basis für das Weiterentwickeln der Angebotsstruktur	●	
Entwicklung einer nationalen Forschungsagenda zur Versorgung von Menschen mit Demenz	●	
Forschungsergebnisse sollen schnell und umfassend allen relevanten Zielgruppen kommuniziert werden und Eingang in Gesellschaft, Politik und professionelle Praxis finden	●	

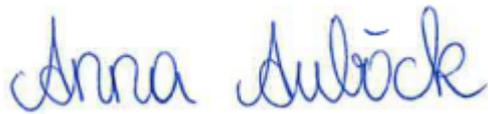
- Handlungsempfehlungen im IVDOÖ Piloten weitgehend umgesetzt
- Handlungsempfehlungen stellen Bundesaufgaben dar, die durch das Projekt teilweise unterstützt werden
- Handlungsempfehlungen wurden nicht als Projektziel definiert

11 Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Anna Auböck, geboren am 24.07.1991 in Vöcklabruck, erkläre,

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

Wien, am 24.04.2017



Unterschrift