

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW  
Hochschule für Soziale Arbeit HSA  
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit  
Olten

# **Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Demenz**

## **Eine Abhandlung auf der Grundlage des Ansatzes der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit**

Bachelor-Thesis von  
Ivanka Basic  
Matrikelnummer: 14-476-527

Eingereicht bei  
Frau Barbara Schürch  
Olten, im Juni 2018

## **Abstract**

Das Thema Demenz ist ein gesellschaftlich medienpräsen-tes und wissenschaftlich aktuel-les Thema. Menschen mit Demenz sind mehrheitlich mit Defiziten und Ängsten konfrontiert und sie fühlen sich kaum zur Gemeinde zugehörig. In der Gesellschaft besteht eine Ten-denz, Parallelwelten aufzubauen, woraus ein Spannungsfeld zwischen Versorgungsarran-gements und Inklusion entsteht. Aus der Perspektive der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wird in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, *inwiefern Inklusion und gesellschaft-liche Teilhabe von Menschen mit Demenz unter Einbezug der lebensweltorientierten Sozi-alen Arbeit, sowohl auf der strukturellen Ebene, als auch auf der individuellen Ebene ge-fördert werden kann*. Auf der individuellen Ebene ist es von grosser Bedeutung, die Bedürfnisse der Betroffenen mit verschiedenen Methoden zu eruieren und sie durch Hilfe zur Selbsthilfe zu befähigen, partizipieren zu können. Auf der strukturellen Ebene sind die sozialpolitische Rolle der Sozialen Arbeit und die Rolle in Bezug auf die Planung der sozi-alräumlichen Infrastruktur wichtig, um adäquate und niederschwellige Wohnverhältnisse zu gewährleisten. Das heisst, im Sinne eines demenzfreundlichen Gemeinwesens wird eine Öffnung des Gemeinwesens angestrebt. Im Fokus steht die Durchlässigkeit der Insti-tutionen und der Unterstützungsangebote im Gemeinwesen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Diskussion	2
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Fragestellung	4
1.3 Begründung der Theoriewahl – Erkenntnisinteresse – Methodenwahl	7
1.4 Zwischenfazit	8
<b>2. Demenz</b>	<b>9</b>
2.1 Begriff und Diagnose	9
2.2 Formen der Demenz	10
2.3 Stadien und Verlauf	11
2.4 Herausforderung Demenz	13
2.5 Zwischenfazit	14
<b>3. Inklusion</b>	<b>15</b>
3.1 Begriffsklärung Teilhabe, Inklusion, Partizipation	16
3.2 Abgrenzung zur Integration	17
3.3 UN-Behindertenrechtskonvention	18
3.4 Zwischenfazit	19
<b>4. Lebensweltorientierung</b>	<b>20</b>
4.1 Begriffsklärung Lebenswelt und Lebenslage	20
4.2 Grundlagen der Lebensweltorientierung	21
4.3 Dimensionen der Lebensweltorientierung	24
4.4 Struktur- und Handlungsmaximen	26
4.5 Zwischenfazit	29
<b>5. Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Kontext von Demenz und Inklusion</b>	<b>30</b>
5.1 Dimensionen und Maximen – Ihre Bedeutung für die Rolle der Sozialen Arbeit	31
5.2 Individuelle Ebene	35
5.3 Strukturelle Ebene	41
<b>6. Schlussfolgerung</b>	<b>46</b>
6.1 Beantwortung der Fragestellung	46
6.2 Ausblick und Reflexion	49

<b>7. Quellenangaben .....</b>	<b>51</b>
7.1 Literaturverzeichnis .....	51
7.2 Tabellenverzeichnis .....	57

# 1 Einleitung

*„Menschen mit Demenz ziehen sich oft zurück. Umfragen haben ergeben, dass es dafür vor allem zwei Gründe gibt: Bedenken, an der Gesellschaft teilhaben zu können, angesichts der fortschreitenden Krankheit, und das fehlende Verständnis im Umfeld.“ (Schweizerische Alzheimervereinigung 2015a: o.S.)*

Bezugnehmend auf das obengenannte Zitat lässt sich feststellen, dass Menschen mit Demenz oft mit Defiziten und Ängsten konfrontiert sind. Es herrscht immer noch ein einseitiges Demenzbild, in dem Demenz ausschliesslich als Abbauprozess und Verlust von Kompetenzen definiert wird. Diese negativ behaftete Haltung beeinflusst erheblich die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Wissmann et al. 2007: 15f.). Demenz beginnt schleichend. Im Verlauf nehmen nicht nur die Angehörigen, sondern auch die Betroffenen Defizite im Alltag wahr (vgl. Bopp-Kistler 2016: 16). Menschen mit Demenz haben Angst vor Fehlleistungen und fürchten sich deswegen vor den Reaktionen ihrer Mitmenschen. Wegen dieser immer steigenden Angst vor potenziellen Fehlern fällt es ihnen schwer, darüber zu reden und sie fühlen sich einsam und unverstanden (vgl. Bopp-Kistler 2016: 14). Eine Auseinandersetzung mit der Inklusion von Menschen mit Demenz ist notwendig, weil alle Menschen, unabhängig davon ob sie Demenz haben oder nicht, auf emotionales Erleben angewiesen sind und dafür soziale Beziehungen benötigen (vgl. Hartogh 2015: 71). Menschen mit Demenz haben genauso das Bedürfnis, wie alle anderen Menschen auch, in die Gesellschaft inkludiert zu werden (vgl. Schulze 2013: 2).

Das persönliche Interesse der Verfasserin an diesem Thema geht aus dem absolvierten Praktikum im Praxisfeld der Klinischen Sozialarbeit hervor, in dem Personen mit Demenz zur Klientel gehörten. Die Arbeit in der Praxis fokussierte die Interventionen im Bereich der Unterstützungshilfeleistung, um die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten und um Betroffenen zu gesellschaftlichen Ressourcen zu verhelfen, sowie die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen oder zu gewährleisten. Diese Arbeit befasst sich mit der Inklusionsfrage in Bezug auf Personen mit einer Demenz und ihr Umfeld, Familiensystem und soziales Netzwerk sowie in Bezug auf die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen. Basierend auf den oben genannten Erfahrungen der Verfasserin geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, welchen Bedarf an vielfältiger Unterstützung die Demenz in Bezug auf die Inklusion mit sich bringt und welches die Rolle der Sozialen Arbeit darin ist.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit wird so gestaltet, dass im vorliegenden Kapitel 1 *Einleitung* zuerst die Ausgangslage und die aktuelle Diskussion in Bezug auf Demenz und

Inklusion erläutert werden. Dazu wird der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt, indem die Fragestellung konkretisiert wird. Zusätzlich werden die Theoriewahl, Methodenwahl und das Erkenntnisinteresse begründet.

Im Kapitel 2 *Demenz* wird in das Thema Demenz eingeführt. Der Begriff Demenz wird ausführlich erläutert. Diagnostik, Symptomatik, Formen, Stadien, Verlauf der Krankheit sowie die Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen werden dargestellt. Ebenso werden die gesellschaftliche und die individuelle Herausforderung im Zusammenhang mit der Demenz beschrieben.

Das Kapitel 3 *Inklusion* befasst sich mit der begrifflichen Klärung von Inklusion und Teilhabe und deren Zusammenhang mit der UN-Behindertenrechtskonvention.

Im Kapitel 4 *Lebensweltorientierung* erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Ansatz der Lebensweltorientierung. Die Begriffe Lebenswelt und Lebenslage werden beleuchtet. Die Dimensionen der Lebensweltorientierung wie Zeit, Raum, soziale Beziehungen, Alltagsbewältigung, Hilfe zur Selbsthilfe und gesellschaftliche Bedingungen werden erläutert. Danach werden die Struktur- und Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit beschrieben. Darauf folgend werden im Kapitel 5 *Aufgaben und Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Kontext von Demenz und Inklusion* erläutert. Zuerst werden die Bedeutung und der Beitrag der Dimensionen und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung für die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz erläutert. Danach wird der Anspruch an die Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sowohl auf der individuellen Ebene, als auch auf der strukturellen Ebene dargestellt. Darüber hinaus wird der Bezug zur sozialräumlichen Infrastruktur im Gemeinwesen hergestellt, mit einer Erläuterung der demenzfreundlichen Kommune/Gemeinde. Darauf folgt die Überleitung in das Kapitel 6 *Schlussfolgerung* mit einer Reflexion und einem Ausblick.

## **1.1 Ausgangslage und Diskussion**

Meyer-Lentl (2015: 138f.) stellt kritisch dar, dass wenige empirische Studien mit Fokus auf die Bedürfniseruierung bei Menschen mit einer Demenz vorhanden sind. Weiter liegt der aktuelle Schwerpunkt der Forschung bei den Unterstützungsbedürfnissen der pflegenden Angehörigen und den Gütekriterien der Pflegeeinrichtungen, statt bei Menschen mit Demenz selber. Dies, weil die Betroffenen häufig bereits in ein pflegerisches Hilfesystem eingebunden und die Angehörigen grossen Belastungen ausgesetzt sind. Obwohl die Betroffenen im Frühstadium noch guten Zugang zu ihrer Gefühlswelt haben, existiert im deutschsprachigen Raum kaum Forschung über die lebensweltlichen Empfindungen von Menschen mit Demenz. Die Personen die sich in einem frühen Stadium einer demenziellen

Erkrankung befinden, erleben durch fehlende Aufgeklärtheit eine Stigmatisierung, die an ein Schamgefühl geknüpft ist.

In einem weiteren Diskussionspunkt hält es Wissmann (2015: 24f.) für bedenklich, dass die Öffentlichkeit der Auffassung ist, den Demenzkranken fehle es an nichts. Denn es gibt Versorgungsarrangements, wie Tagespflegeeinrichtungen, Betreuungsgruppen, spezielle Besuchsdienste, Gottesdienste, Konzerte etc., auf die man stolz sein kann. Damit wird jedoch eine Parallelwelt aufgebaut, welche die Kehrseite dieser Entwicklung darstellt. In den Medien findet ebenfalls eine Diskussion über unterschiedliche Entwicklungen und Strategien in Bezug auf den Umgang und die Betreuung von Menschen mit Demenz statt. In der Schweiz soll ein Demenzdorf nach niederländischem Vorbild *De Hogeweyk* gebaut werden (vgl. Tedeschi 2017: o.S.). In mancher Hinsicht sind Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen aus ganz Europa von dem Konzept Demenzdorf begeistert. Allerdings reden die Kritiker von einer Scheinwelt, beziehungsweise einem Ghetto, in welches die dementen Personen abgeschoben werden. Hier bleibt die Frage offen, ob damit eine Parallelwelt für Demenzkranke entsteht (vgl. Bassani 2017: o.S.). Mit Parallelwelt ist die Betreuung von Menschen mit Demenz gemeint, welche nicht auf Beziehung, sondern auf Täuschung setzt. Ein fiktives Dorf mit Scheinbushaltestellen oder Zugabteilen verbreitet die Illusion, dass die Bewohner und Bewohnerinnen auf eine Reise gehen. Diese Versorgungssysteme, die eine Scheinwelt darstellen, werden oft damit gerechtfertigt, dass damit das Wohlbefinden der Betroffenen, in Form eines Schutzraums, gesteigert wird (vgl. Camenzind/Glauser 2018: 13). Insofern werden, gemäss Wissmann (2015: 27f.), die Begriffe Teilhabe und Inklusion als Worthülsen gebraucht, ohne zu hinterfragen, was diese Begriffe in der Tiefe bedeuten. Menschen mit Demenz bleiben häufig in den Augen der Mitbürger Menschen mit Defiziten und werden nicht als ebenbürtig wertgeschätzt. Folglich setzen sich die Mitmenschen mit ihnen im Alltag nicht auseinander, wodurch die Akzeptanz der demenziell erkrankten Menschen nicht gefördert wird. Es findet weder ein Bewusstseinswandel noch ein gesellschaftliches Lernen statt, welches die Inklusion und Teilhabe zwingend benötigen (vgl. ebd.: 27f.). Wissmann und Gronemeyer (2008: 85) verweisen darauf, dass sich die Demenzfrage zu einer sozialen Frage entwickelt hat, weil Pflegeinstitutionen, in denen Menschen mit Demenz leben, wenig Verbindung zu Gemeinden haben. Zusammenfassend dargelegt vertreten Wissmann und Gronemeyer (2008:158) die These, dass „Soziale Teilhabe und die Inklusion (...) immer die gemeinsame Aktivität und Auseinandersetzung unterschiedlicher Gruppen und nicht das unverbundene Nebeneinander separierter Erlebnisswelten bedeuten“.

Eine weitere Auseinandersetzung findet auf der Ebene der Deutungsmacht statt. Kleiner (2012: 45) ist der Ansicht, dass die soziale Dimension der kognitiven Veränderungsprozesse gegenüber den biomedizinischen und pharmakologischen Fragestellungen an Be-

deutung gewinnen soll. Hartogh (2015: 70) schliesst sich dieser Ansicht an, indem er bezugnehmend auf viele Wissenschaftler darstellt, dass in Richtung nicht medikamentöser und nicht medizinischer Behandlung wenig geforscht wurde und dass Demenz nicht als Krankheit, sondern als Teil des Lebens und als Begleiterscheinung des Alters zu betrachten ist. Damit fordert er mehr soziale und nicht nur medizinische Antworten auf das Phänomen Demenz (vgl. Radvanszky 2013: 123).

Dies sind Aspekte, die wieder aufgenommen werden können.

- Das Thema Demenz ist ein gesellschaftlich und wissenschaftlich aktuelles, medienpräsen-tes Thema. Es ist eher eine Defizitorientierung vorhanden.
- Die Forschung setzt sich wenig mit den Sichtweisen der Betroffenen auseinander.
- Es besteht eine Tendenz in der Gesellschaft, Parallelwelten aufzubauen, wodurch ein Spannungsfeld zwischen Versorgungsarrangements und Inklusion entsteht. Die Betroffenen, die in stationären Institutionen leben, haben wenig Verbindung zur Gemeinde.
- Demenz gehört zum Alterungsprozess. Neben der medizinischen sollte die soziale Dimension mehr gewichtet werden.

## **1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Fragestellung**

Wie oben bereits angedeutet, wird Demenz im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs eher aus einer medizinischen Perspektive diskutiert. Weil Gesundheit und Krankheit soziale Konstruktionen sind, die sich im Laufe der Zeit verändern können, unterliegen ihre Definitionen immer auch Herrschafts- und Machtverhältnissen. Daher hat die Medizin aufgrund der Definition, dass Demenz eine Krankheit ist, eine Deutungsmacht. Dennoch konnte bisher weder der Ablauf der Demenz noch ihre Ursache vollständig von der Medizin erklärt werden (vgl. Frewer-Graumann 2014: 21). In Bezug auf die Ursachen und den Umgang mit betroffenen Menschen vertritt Frewer-Graumann (2014: 21f.) die Ansicht, dass neben den biologischen auch andere Faktoren berücksichtigt werden sollen. Sie spricht von einem ganzheitlichen Demenzmodell, in dem Menschen als Subjekte mit eigener Geschichte wahrgenommen werden und neben biologischen Faktoren auch die sozialpsychologische Perspektive eine wichtige Ebene darstellt. Als weitere Faktoren werden die Persönlichkeit, biografische Erlebnisse und der Gesundheitszustand angeführt. Auch Bopp-Kistler (2016: 18) ist der Auffassung, dass die kognitive Problematik bei Ärzten und Ärztinnen oft bagatellisiert wird, weil sie sich vor der Komplexität der Situation, die eine Demenzdiagnose mit sich bringt, fürchten. Sie haben Angst, dass sich nach der Diagnosestellung ein grosses Case-Management als notwendig erweist, welches sie als Mediziner nicht angemessen bewältigen können, und wobei sie für diese zeitintensive sozialmedizinische Betreuung nicht



entsprechend entlohnt werden. Bopp-Kistler (ebd.: 18) kritisiert das schweizerische Gesundheitssystem, das stark auf die Behandlung der körperlichen Beschwerden ausgerichtet ist. Sie plädiert für ein Gesundheitssystem, das Ärzte und Ärztinnen unterstützt, Menschen mit Demenz ganzheitlich zu betreuen und sie bei Krisensituationen zu unterstützen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass gesellschaftspolitisch gesehen ein allein medizinischer Blick auf das Phänomen Demenz unzureichend ist (vgl. Hartogh 2015: 69f.). Demenz bedeutet nicht ausschliesslich das beeinträchtigte Gehirn, sondern der ganze Mensch mit seiner Geschichte, seinen Erfahrungen und Bedürfnissen (vgl. ebd.: 72).

In der Auseinandersetzung mit Demenz kann hier die Soziale Arbeit ergänzend zur Medizin eine wichtige Rolle übernehmen. Sie organisiert neben der Hilfe zur Lebensbewältigung und neben der Förderung von sozialer Gerechtigkeit die Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen. Menschen mit einer Demenz sind in die sozialen und kulturellen Strukturen eingebunden, wo sie als Subjekte, die ihr Leben und ihren Alltag selbst gestalten können, gestärkt werden sollen und können. Sonach betrachtet die Soziale Arbeit die Menschen nicht isoliert als für sich lebende Wesen, sondern als Subjekte, die in Systeme eingebunden sind (vgl. Bartjes et al. 2011: 11-12). Die Soziale Arbeit erhält hier die zentrale Aufgabe, die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz zu sichern und einen ganzheitlichen Blick auf den betroffenen Menschen zu fördern (vgl. Frewer-Graumann 2014: 22). Es lässt sich folgern, dass die Soziale Arbeit in Bezug auf Inklusion der Menschen mit Demenz die Kompetenz hat, zusätzlich zur medizinischen und psychiatrischen Arbeit, ergänzende Unterstützung zu leisten und damit einen ganzheitlichen Blick zu ermöglichen, der die lebensweltliche Perspektive der Betroffenen berücksichtigt.

Die Soziale Arbeit fordert eine kritisch-reflexive Anerkennung von Unterschieden und die Institutionalisierung von ihren Machtwirkungen. Die Unterschiede sollen eine Komponente der Organisationskultur darstellen, damit die lebensweltliche Vielfalt auch organisational gestaltet bzw. weitergeführt werden kann. Es lässt sich festhalten, dass diese Auseinandersetzung mit der Akzeptanz von Vielfalt und Unterschieden eine Querschnittsaufgabe der Sozialen Arbeit ist (vgl. Mecheril/Plösser 2015: 328). AvenirSocial Schweiz (2010: 9) verweist im Berufskodex der Sozialen Arbeit auf folgende Grundsätze:

*Grundsatz Partizipation* – das Anrecht aller Menschen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und bei Entscheidungen und Handlungen beteiligt zu werden.

*Grundsatz Ermächtigung* – Individuen, Gruppen und Gemeinwesen entwickeln ihre Stärken und werden zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt.

Im Allgemeinen und bezugnehmend auf die oben genannten Grundsätze der Sozialen Arbeit lässt sich sagen, dass der gesellschaftliche und professionelle Auftrag der Sozialen Arbeit darin besteht, sowohl auf individueller Ebene (Fallarbeit, Prozessgestaltung mit Kli-

enten/Klientinnen und Familien) als auch auf struktureller Ebene (Sozialpolitik, sozialräumliche Infrastruktur, ökonomische Aspekte) die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alle Menschen, so wie sie sind, mit all ihren Beeinträchtigungen, an der Gesellschaft teilhaben können.

Somit ist die Soziale Arbeit in der Unterstützung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz eine wichtige und notwendige Akteurin bei der Umsetzung der strukturellen Grundlagen beziehungsweise für die praktische Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, auf die im Kapitel drei dieser Arbeit näher eingegangen wird. Für diese Aufgabe wird der Ansatz lebensweltorientierter Sozialer Arbeit empfohlen (vgl. Franken 2014: 15). Dies weil nicht nur der Alltag der Betroffenen, sondern auch der Alltag ihrer Angehörigen und professionellen bzw. betreuenden Personen im Fokus der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit steht. Die Betroffenen sollen nicht ausschliesslich einer isolierten und nur auf Pflegebedürfnisse ausgerichteten Lebenswelt ausgeliefert sein. Sie haben Anspruch darauf, in einer Lebenswelt zu sein, in der sie sich zugehörig, als eigene Person, brauchbar, wertgeschätzt und akzeptiert erfahren können (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 352).

Wie bereits im Kapitel 1.1 *Ausgangslage und Diskussion* erwähnt und bezogen auf die oben genannten Argumente lässt sich feststellen, dass Menschen mit Demenz in die Gemeinde und die Gesellschaft inkludiert werden sollen und das Bedürfnis nach Zugehörigkeit gross ist. Aus oben genannten Darlegungen lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

- *Inwiefern kann Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz unter Einbezug der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, sowohl auf der strukturellen als auch auf der individuellen Ebene, gefördert werden?*

Unterfragen:

- *Wie können die Klienten und Klientinnen sowie das Familiensystem unterstützt werden, um Inklusion und die Zugangschancen zur Teilhabe zu ermöglichen?*
- *Inwiefern ist die sozialräumliche Infrastruktur für die Inklusion von Bedeutung?*
- *Wie kann das Gemeinwesen die Inklusion von Menschen mit Demenz fördern?*

### **1.3 Begründung der Theoriewahl – Erkenntnisinteresse – Methodenwahl**

Im Kontext der reflexiven Moderne ist die heutige Altenarbeit einer Pluralisierung der Altenpopulation ausgesetzt, in der Entstandardisierungsprozesse stattfinden und die Handlungs- und Gestaltungsspielräume grösser werden. Das heisst, ältere Menschen sind heute gefordert, Eigenverantwortung für den eigenen Lebensentwurf und die eigene Lebensführung zu übernehmen. In diesem Zusammenhang entstehen Unsicherheiten und Risiken, sowie viele Möglichkeiten der Lebensführung bzw. der Lebensautonomie, weil die traditionellen Wohngemeinschaften sich auflösen und eine traditionelle Orientierung fehlt. Ein verändertes Altern ist mit dem komplexen Alltag und mit der Frage nach Sinnfindung und der Bildung neuer Netzwerke verknüpft. Die klassischen Altersrisiken wie Armut, Einsamkeit und Abnahme der physischen, psychischen und geistigen Fähigkeiten bleiben trotz dieser Pluralisierung bestehen und gefährden gleichzeitig die Realisierung der sozialen Gerechtigkeit (vgl. Schweppe 2010: 505). Gemäss Lebensweltorientierung realisiert sich soziale Gerechtigkeit im Verständnis und im Respekt vor Andersartigkeit, Eigensinnigkeit und vor Lebensvoraussetzungen und Lebenssituationen. Sie muss in Bezug auf die Vielfalt von Individuen und ihren konkreten Lebenslagen definiert werden. Damit ist der Respekt vor den Menschen gemeint, die in ihren Lebensverhältnissen nicht zurechtkommen und aus diesen ohne Unterstützung nicht herauskommen. Folglich kann die soziale Gerechtigkeit mit sogenannter moralisch inspirierten Kasuistik erreicht werden, die sich sowohl auf spezifische Lebenslagen oder Lebensbedingungen und Aufgabenzusammenstellungen als auch auf Individuen und ihre Lebenswelt (konkrete subjektiv wahrgenommene Situationen) ausrichtet, um bessere Lebensverhältnisse und Kompetenzen zu generieren (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 334). Die Soziale Arbeit verpflichtet sich beziehend auf oben erwähnten Berufskodex, die gesellschaftlichen Barrieren in Bezug auf die Teilhabe abzubauen und die Menschen zu befähigen, an der Gesellschaft teilnehmen zu können. Darüber hinaus ist bekannt, dass sich Menschen nicht ohne Unterstützung aus bestimmten Problemlagen befreien können, weil sie sie als nicht veränderbar einschätzen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 18). Auf dem Hintergrund der oben erwähnten Argumente erweist sich der Ansatz der Lebensweltorientierung als relevant für die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz und wird zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen, weil sich dieser Ansatz sowohl auf die individuellen als auch auf die strukturellen Bedingungen in der Gesellschaft bezieht (vgl. Bartjes et al. 2011: 12).

Durch Aufbereitung entsprechender Literatur und empirischen Forschungsergebnissen soll in dieser literaturbasierten Arbeit eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Ansatz

der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Bezug auf die Inklusion demenziell erkrankter Menschen erfolgen. Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt darin, Bedingungen zu finden, welche die Inklusion von Menschen mit Demenz begünstigen oder fördern. Diese Arbeit soll zeigen, wie diese Bedingungen in der Gesellschaft beziehungsweise in Versorgungssystemen zusammenhängen und wie sie optimiert werden können und welche Aufgaben die Soziale Arbeit darin hat.

## **1.4 Zwischenfazit**

Von der Bearbeitung her ist Demenz eher eine medizinische Domäne. Im Forschungsstand spiegeln sich die Bedeutung der sozialen Dimension und die Wichtigkeit der Bedürfnisorientierung. Es besteht die Notwendigkeit, den ganzheitlichen Ansatz sowohl auf der individuellen Ebene in der Prozessbegleitung als auch auf der Ebene der Politik und des Gemeinwesens zu vertreten, um Inklusion in der Gesellschaft fördern zu können. Demgemäss taucht eine Perspektive der Lebensweltorientierung auf, die ergänzend zur Medizin wichtig für die Unterstützung von Menschen mit Demenz und für die Realisierung der Inklusion relevant ist.

Um zu erläutern, warum Demenz in der Gesellschaft eine wichtige Rolle spielt, wird sie im folgenden Kapitel in ihren verschiedenen Facetten vorgestellt.

## 2 Demenz

Demenz stellt einen Oberbegriff für alle Demenzerkrankungen dar, die als Gemeinsamkeit eine Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit und Gedächtnisleistung haben (vgl. Radman 2010: 19). In der vorliegenden Arbeit findet eine Auseinandersetzung mit der Inklusionsfrage und dem Phänomen Demenz im Allgemeinen statt. Das heisst, die Auseinandersetzung ist nicht an eine bestimmte Form von Demenz gebunden. Dennoch werden in diesem Kapitel die häufigsten Formen der Demenz erklärt, um sich darüber ein vollständiges Bild machen zu können. Demenz ist eine Erkrankung des menschlichen Hirnes, bei der mehrere Hirnfunktionen eingeschränkt sind. Die Krankheit führt dazu, dass zu Beginn der Selbstwert der Betroffenen beeinträchtigt wird und diese Menschen Schwierigkeiten haben, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen (vgl. Bopp-Kistler 2016: 14). Weil die kognitive Leistung im Verlauf der Krankheit immer weiter abnimmt und die Kommunikation mit Betroffenen erschwert wird, ist eine selbstständige Lebensführung im fortgeschrittenen Stadium nur begrenzt oder gar nicht mehr möglich. Somit können die Betroffenen den Alltag nur mit Unterstützung von aussen bewältigen (vgl. Hartogh 2015: 63). Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass eine demenzielle Erkrankung eine Abnahme der Leistungsfähigkeit des Gehirns darstellt und dass die selbstständige Lebensführung beeinträchtigt sein kann.

### 2.1 Begriff und Diagnose

Für die Diagnosestellung einer demenziellen Erkrankung ist sowohl ein subjektiver kognitiver Leistungsabfall, wie die Wahrnehmung und Besorgnis der Betroffenen oder Angehörigen, als auch eine objektive Leistungsabnahme erforderlich. Die objektivierbare neurokognitive Beeinträchtigung wird durch standardisierte neuropsychologische Tests festgestellt (vgl. Maier/Barnikol 2014: 565f.). Der Begriff Demenz hat seine Wurzeln im lateinischen Wort *de mente*, was Abwesenheit oder Verlust des Geistes (Gedächtnisses) bedeutet. Dieser Begriff hat sich im Sprachgebrauch vollständig etabliert, obwohl inzwischen im Klassifikationssystem der psychischen Störungen nach DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) die Demenz durch den Begriff *neurocognitive disorder (NCD)* beziehungsweise *neurokognitive Störung* ersetzt wurde. Trotzdem bleibt diese abwertende, wenn nicht schon stigmatisierende Kennzeichnung in der Gesellschaft bestehen. Damit ist der sprachliche Gebrauch des Begriffs Demenz immer noch sehr verbreitet, nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch in der Fachwelt (vgl. Bopp-Kistler 2016: 31). In der internationalen Klassifikation der Krankheiten der ICD-10 ([http://www.icd-code.de/icd/code/F00.\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.*.html) o.J.) die alle somatischen Krankheiten und psychische Störungen erfasst, wird Demenz folgend definiert:

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Generell werden die sogenannten primären und sekundären demenziellen Erkrankungen unterschieden. Die primären demenziellen Erkrankungen stellen einen pathologischen Vorgang des Gehirns dar, wie beispielsweise die Demenz vom Alzheimer-Typ. Die sekundären demenziellen Erkrankungen sind Ergebnisse von Ereignissen und Erkrankungen wie Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Tumorerkrankungen im Gehirn etc. (vgl. Matolytz (2011: 55f.)). Aktuell sind über hundert Demenzformen bekannt. Die meisten treten sehr selten auf (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung 2015b o.S.). Im folgenden Kapitel werden die häufigsten Formen der Demenz dargestellt.

## **2.2 Formen der Demenz**

### **Alzheimerdemenz**

Die Alzheimerdemenz stellt mit 50% aller diagnostizierten Fälle die häufigste Demenzform dar. Ursache für diese Demenzform sind Ablagerungen im Hirn, die aus Eiweissbruchstückchen (Beta-Amyloid-Peptid) zusammengesetzt sind. Der Beginn der Krankheit geht fast immer mit Gedächtnisstörungen einher, weil am Anfang der Bereich des Gehirns betroffen ist, der für das Gedächtnis zuständig ist. Die Hirnsubstanz wird im Verlauf der Krankheit, als Folge des Verlusts der Nervenzellen, abgebaut. Als Symptome auf die ursprüngliche Gedächtnisstörung folgen Orientierungsstörungen, Sprachstörungen und Störungen der Geschicklichkeit (vgl. Bopp-Kistler 2016: 31).

### **Vaskuläre Demenz**

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Form der demenziellen Erkrankungen. Sie entsteht durch Durchblutungsstörungen in Gefäßen. Im Gegensatz zur Alzheimerdemenz steht hier die Erkrankung der Gefäße im Vordergrund und nicht die Erkrankung des Nervensystems bzw. der Verlust von Nervenzellen. Grundsätzlich wird die Erkrankung durch die selben Risikofaktoren wie die der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hoher Blutdruck, Übergewicht, Rauchen, mangelnde Bewegung etc.) verursacht (vgl. Bopp-Kistler 2016: 32). Im Anfangsstadium der vaskulären Demenz bleibt das Gedächtnis oftmals erhalten. Erst im Verlauf entwickeln sich Störungen der Denk- und Merkfähigkeiten, sowie die Veränderungen der Persönlichkeit (vgl. Matolytz 2011: 59).

### **Frontotemporale Demenz**

Die frontotemporale Demenz ist die herausforderndste Form der demenziellen Erkrankungen. Das Verhalten und die Persönlichkeit der Betroffenen werden stark verändert (vgl. Bopp-Kistler 2016: 34). Am Anfang manifestiert sich die Erkrankung durch Symptome wie Oberflächlichkeit, Vernachlässigung der Pflichten und Unkonzentriertheit. Die kognitiven Störungen treten erst später auf. Manche Menschen entwickeln geringes Interesse an der Umgebung, mit der Folge, dass sie sich zurückziehen. Einige agieren enthemmt, verletzen manchmal soziale Normen und begehen Delikte (vgl. Baumgartner/Bopp-Kistler 2016: 200).

### **Lewy-Body-Demenz**

Lewy-Body-Demenz hängt mit dem Verlust der Nervenzellen zusammen. Somit handelt es sich um eine neurodegenerative Demenzform. Ursachen sind die sogenannten Lewy-Körper bzw. Eiweissablagerungen im Hirn. Diese Ablagerungen beeinflussen die Hirnfunktion. Diese Form der Demenz manifestiert sich in Form von Problemen mit räumlicher Orientierung und der Abnahme der Konzentrationsfähigkeit bzw. der Aufmerksamkeit. Oft treten Halluzinationen auf, wobei das Erinnerungsvermögen lange erhalten bleibt (vgl. Bopp-Kistler 2016: 34).

## **2.3 Stadien und Verlauf**

Demenz wird nach dem Clinical Dementia Rating (CDR) in 5 Stadien unterteilt:

CDR 0 – gesunde Person, keine Demenz

CDR 0.5 – mögliche Demenz, erste Gedächtnisschwäche

CDR 1 – leichte Demenz, kognitive Leistungsabnahme bei Routinealltagstätigkeiten

CDR 2 – mittelschwere Demenz, neue Informationen können nicht verarbeitet werden

CDR 3 – Schwere Demenz, komplette Hilfebedürftigkeit bei Alltagshandlungen (vgl. Philipp-Metzen 2015: 23f.).

Tabelle 1 veranschaulicht die Stadien der Demenz, indem für die verschiedenen Parameter beziehungsweise Funktionen die beeinträchtigten Aktivitäten der Betroffenen in der jeweiligen Phase dargestellt werden (vgl. Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau o.J.). Daraus ist ersichtlich, dass Menschen bei leichter Demenz ihre kognitiven Schwächen oft selber wahrnehmen. Die Symptome und Verhaltensstörungen führen häufig zu schweren Belastungen, die mit Ängsten und Scham verbunden sind und zu Depressionen oder sogar Suizidversuchen führen können. Daher gewinnen die Anpassung der Betroffenen und ihren Angehörigen an die neue Situation und die Erhaltung der Selbstständigkeit über einen möglichst langen Zeitraum an Bedeutung. Im Stadium der mittelschweren Demenz erweist sich die Unterstützung durch Fachpersonen als notwendig. Hingegen verlieren

Menschen mit einer schweren Demenz (CDR 3) ihre Urteilsfähigkeit vollständig, was mit dem Verlust der Fähigkeit einhergeht, sich im Gemeinwesen zurechtzufinden. Menschen die sich im Stadium einer schweren Demenz befinden, sind in allen Bereichen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen, weil nur noch eine minimale verbale Kommunikation möglich ist (vgl. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW 2017: 8).

Funktionen	Gesund CDR = 0	Fragliche Demenz CDR = 0,5	Leichte Demenz CDR = 1	Mittelschwere Demenz CDR = 2	Schwere Demenz CDR = 3
<b>Gedächtnis</b>	Kein Gedächtnisverlust oder leichte inkonstante Vergesslichkeit.	Leichte konstante Vergesslichkeit. Nur partielle Erinnerung. „benigne“ Vergesslichkeit.	Gedächtnisstörung mässig, Frischgedächtnis ausgeprägter. ADL-Funktionen beeinträchtigt.	Ausgeprägte Gedächtnisstörung. Nur intensiv Erlernetes bleibt erhalten, Neues geht rasch verloren.	Schwere Gedächtnisstörung. Nur Erinnerungsbruchstücke.
<b>Orientierung</b>	Voll orientiert.	Voll orientiert, abgesehen von leichten Schwierigkeiten bez. zeitlicher Zusammenhänge.	Mässige Schwierigkeiten bez. zeitlicher Zusammenhänge. Örtlich meist orientiert.	Starke Schwierigkeiten bez. zeitlicher Zusammenhänge. Meist zeitlich desorientiert, oft auch örtlich.	Nur noch autopsychisch orientiert (ein Wort).
<b>Problemlösung und Urteilsfähigkeit</b>	Gute Problemlösungsfähigkeit. Erledigt geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten gut. Gute Urteilsfähigkeit.	Nur fragliche Beeinträchtigung bezüglich Problemlösungsfähigkeit.	Mässige Schwierigkeiten bei Problemlösung. Meist erhaltene Urteilsfähigkeit.	Schwere Beeinträchtigung der Problemlösungsfähigkeit. Urteilsfähigkeit normalerweise beeinträchtigt.	Unfähigkeit zur Problemlösung. Keine Urteilsfähigkeit.
<b>Angelegenheiten des Gemeinwesens</b>	Unabhängige Funktion in gewohnter beruflicher Position, beim Einkaufen und in der Gesellschaft.	Nur fragliche Beeinträchtigung.	Unfähig, selbstständig sinnvoll zu wirken, obwohl z. T. noch engagiert. Gute Fassade.	Keine unabhängige Funktion ausserhalb des Zuhauses. Kann zu Anlässen auswärts mitgenommen werden.	Keine unabhängige Funktion ausserhalb des Zuhauses. Kann nicht mehr zu Anlässen auswärts mitgenommen werden.
<b>Haus/Hobby</b>	Leben zu Hause, Hobbys u. intellektuelle Interessen nicht beeinträchtigt.	Leben zu Hause, Hobbys u. intellektuelle Interessen leicht beeinträchtigt.	Milde, definitive Funktionsbeeinträchtigung zu Hause. Komplexe Arbeiten/Hobbys/Interessen aufgegeben.	Nur einfache Hausarbeiten. Stark eingeschränkte Interessen; diese werden kaum aufrechterhalten.	Keine signifikante Funktion zu Hause.
<b>Persönliche Pflege</b>	Völlig selbstständig.	Völlig selbstständig.	Aufforderung nötig.	Hilfe nötig beim Anziehen, bei der Hygiene, beim Umgang mit persönlichen Effekten.	Braucht viel Hilfe. Häufig inkontinent.

Tab. 1: Merkblatt, Skala zur Beurteilung der Demenz - CDR (in: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau o.J.: 3).



## 2.4 Herausforderung Demenz

Aktuell wird Demenz auf verschiedenen Ebenen diskutiert. Die Auseinandersetzung findet genauso im Alltag, wie auch in den Medien, der Wissenschaft, der Politik und in Interessengruppen statt. Einerseits begründet eine besondere Symptomatik der Demenz, andererseits die zunehmende Anzahl der Neuerkrankungen die Aktualität des Themas (vgl. Zentrum für Gerontologie 2016: o.S.). Die Ergebnisse der Schweizerischen Alzheimervereinigung aus dem Jahr 2017 zeigen, dass die Anzahl der Neuerkrankungen in der Schweiz aktuell rund 28'100 beträgt und dass das Risiko einer Demenzerkrankung mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Aufgrund des demografischen Wandels werden im Jahr 2040 in der Schweiz 300'000 Menschen von einer demenziellen Erkrankung betroffen sein. Aktuell sind es rund 148'000 Menschen. Davon sind 9% über 65-Jährig und mehr als 40% sind über 90-Jährig. Ausserdem stellt Demenz die häufigste Todesursache dar und ist zudem der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Daraus lässt sich erschliessen, dass die Anzahl älterer Menschen und somit Menschen mit Demenz ansteigen wird, was einen wirtschaftlichen Einfluss auf die Gesellschaft und auf das Individuum in Form von Mehrkosten haben wird. Eine Untersuchung vom Institut Ecoplan, welche die Alzheimervereinigung der Schweiz in Auftrag gegeben hat, ergab, dass die wirtschaftlichen Kosten, die Demenz verursacht hat, vom Jahr 2007 bis 2009 um 10.9% gestiegen sind. Die Studie zeigt, dass die medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz im Vergleich zu den Betreuungskosten niedriger ausfällt, da die Leistung der Angehörigen meist nicht entlohnt wird. Wiederum sind die Kosten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz für die Betreuung zu Hause grösser als in den Institutionen (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung o.J.). Weil die Anzahl der Neuerkrankungen steigend ist und die Prävalenzrate beziehungsweise Häufigkeit der Demenz ab dem 65. Lebensjahr steil ansteigt, ist die Versorgung von Personen mit einer Demenz auf der häuslichen und nähräumlichen Ebene neuen Herausforderungen ausgesetzt. Menschen wählen mehrheitlich eine stationäre Wohnform, weil offenbar Versorgungsalternativen fehlen und gleichzeitig die familiäre Betreuung abnimmt (vgl. Meyer-Lentl 2015: 137). Die Versorgungslandschaft und ihre Leistungen werden in Zukunft unter Einbezug der psychosozialen, kulturbezogenen und pädagogischen Professionen sowie aus ökonomischer Sicht optimiert werden müssen (vgl. Philipp-Metzen 2015: 15).

Weiter stellt der dynamische Verlauf der Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen, die die Betroffenen aufweisen, ebenso eine Herausforderung dar. Die Erkrankung führt zu Veränderungen der Lebensführung innerhalb des Familiensystems, was wiederum fast tägliche Anpassungen an neue Situationen erfordert. Daher ist

der Grossteil des Familiensystems und des sozialen Umfelds von den Auswirkungen betroffen, welche die Demenz auf das Leben hat. Die Betroffenen sind nicht nur mit Versorgungsherausforderungen konfrontiert, sondern auch finanziellen Belastungen ausgesetzt. All dies verlangt von allen Beteiligten Anpassungsleistungen. Dementsprechend stellt eine Demenzerkrankung nicht nur die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch Professionelle vor grosse Herausforderungen (vgl. Obrist 2007: 1). Weil die Problematik so vielschichtig und komplex ist, stellt Demenz eines der bedeutsamsten gesellschaftlichen und ökonomischen Risiken des 21. Jahrhunderts sowie eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Sie ist nicht nur eine Angelegenheit der Betroffenen und ihren Angehörigen (vgl. Hartogh 2015: 63). Folglich lässt sich feststellen, dass die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Demenz wegen fehlenden Heilungschancen und wachsender Pflegebedürftigkeit eine gewisse Brisanz in der Gesellschaft erzeugt, die mit dem Fortschreiten der demenziellen Erkrankung einhergeht (vgl. Wetzstein 2010: 54).

## **2.5 Zwischenfazit**

Aufgrund des demografischen Wandels ist Demenz ein zunehmendes Phänomen. Es ist ersichtlich, dass der Begriff Demenz schon negativ besetzt ist. Diese Verknüpfung mit den negativen Seiten der Demenz führt dazu, dass eine Tendenz zum Rückzug bei den Betroffenen vorhanden ist. Es gibt viele verschiedene Arten von Demenz, die sich vor allem in der Ursache unterscheiden. Alle haben gemeinsam, dass es irgendwann einmal zu Persönlichkeitsveränderungen kommt. Menschen durchlaufen während der Erkrankung verschiedene Stadien. Die Möglichkeit an der Gesellschaft teilzunehmen ist je nach Stadium unterschiedlich. Zentraler Faktor dabei ist, dass man der Demenz in Anbetracht der verschiedenen Stadien Rechnung tragen muss. Jedes Stadium verlangt andere Aufmerksamkeit. Ferner ist Demenz eine individuelle Herausforderung, wie auch eine Herausforderung für die Gesellschaft. Im nächsten Kapitel findet eine begriffliche Klärung der Inklusion und Teilhabe statt. Die UN-Behindertenrechtskonvention wird aufgezeigt und ihr Bezug zur Demenz wird dargestellt.

### 3 Inklusion

Zu den Grundrechten jedes Menschen gehört, die gesellschaftliche Vielfalt zu geniessen und mit der Teilhabe diese Vielfalt auf eigene Weise zu nutzen (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008: 157). Das Wort Inklusion stammt vom Lateinischen *Inclusio* ab und bedeutet Einschluss, Einbeziehung und Zugehörigkeit. Inklusion strebt eine heterogene Gesellschaft an, in der sich Menschen in vielen Aspekten (Alter, Nationalität, sexuelle Orientierung, Intelligenz, körperliche Verfassung etc.) unterscheiden. Diese Persönlichkeitsmerkmale können dazu führen, dass bestimmte Menschen marginalisiert oder exkludiert werden. In einer inklusiven Gesellschaft muss jeder Mensch aus allen Lebensbereichen in derselben Weise einen Nutzen daraus ziehen können (vgl. Fachlexikon der Sozialen Arbeit 2017: 435). Insofern bedeuten Teilhabe und Inklusion Eingebundenheit in die moderne Gesellschaft (vgl. Franken 2014: 1).

Nach Kronauer (2010: 32) soll der Begriff Inklusion mehrdimensional verstanden werden. Inklusion wird auf drei Ebenen vermittelt:

- Auf politischer Ebene durch die Teilhabe und Zugehörigkeit in Bezug auf persönliche, politische und soziale Rechte.
- Durch Einbindung in die gesellschaftliche Arbeitsstellung wobei die Erwerbsarbeit Anerkennung gewährt. Das heisst, das Bedürfnis des Menschen, anerkannt zu werden, wird durch Erwerbsarbeit und darauffolgende soziale Position befriedigt.
- Durch unmittelbare Solidarität beziehungsweise Einbindung in soziale Nahbeziehungen.

Die Exklusionsprozesse erfolgen auf diesen drei Ebenen, wobei die Tendenz vorhanden ist, von einer zur anderen Dimension zu wechseln und diese zu kumulieren. Dadurch entsteht eine gegenseitige Verstärkung zwischen den Dimensionen (vgl. ebd.: 47). Wenn sich dann die Exklusionsprozesse in den verschiedenen Dimensionen verflechten und verstärken, sowie, wenn Menschen versuchen ihr Denken und Handeln auf ihre Lage einzustellen und keine Möglichkeit sehen, sich dem zu widersetzen, droht die Exklusion. Insofern lässt sich feststellen, dass die Kumulation der oben genannten Dimensionen zur Benachteiligung führt (vgl. ebd.: 51).

Obwohl Menschen nicht aus den Funktionssystemen wie Politik oder Sozialfürsorge exkludiert sind, sind sie nicht immer in die Gesellschaft inkludiert. Es kommt darauf an, ob es den Menschen möglich ist, an gesellschaftlicher Vielfalt teilzunehmen und ein Leben gemäss den Normen zu leben, die in der Gesellschaft herrschen. Damit bedeutet Exklusion heute weniger die Ausgrenzung aus der Gesellschaft, sondern eher die Ausgrenzung innerhalb der Gesellschaft. Daraus ist ersichtlich, dass die Inklusion nicht das Resultat des

Einbezugs in die Institutionen ist, sondern sich aus der Qualität möglicher Teilhabe in der sozialen und materiellen Hinsicht der Lebensführung ergibt (vgl. ebd.: 41-44).

Zusammenfassend bedeutet Inklusion, dass niemand aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden sollte, weil er oder sie den Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft nicht entspricht. Alle Menschen, unabhängig ihres Aussehens und wie sie ihr Leben führen, oder ob sie mit einer geistigen oder körperlichen Beeinträchtigung leben, stellen den Reichtum einer Gesellschaft dar (vgl. Wissmann 2015: 24). Eine Vielfalt von Unterschieden, Identitäten und Zugehörigkeiten, die anzuerkennen, zu akzeptieren und zu respektieren sind, wird unter dem Begriff Diversity zusammengefasst. Einerseits stellt Diversity eine Aussage über die Macht von Unterschieden dar, andererseits beinhaltet der Diversity-Ansatz die Suche nach Möglichkeiten, um die Anerkennung von Unterschieden, Identitäten und Zugehörigkeiten zu verwirklichen (vgl. Mecheril/Plösser 2015: 322).

### **3.1 Begriffsklärung Teilhabe, Inklusion, Partizipation**

Inklusion und Teilhabe werden in verschiedenen theoretischen Diskursen unterschiedlich verstanden. Die Theorie der sozialen Ungleichheit versteht die Exklusion als einen strukturellen Prozess, in dem Teilhabechancen vermindert sind. Zusätzlich zur Einschränkung der Teilnahmechancen leidet die Wechselseitigkeit im sozialen Umfeld der Betroffenen, wo sie oft auf machtlose Objekte der Fürsorge reduziert werden. Diese Entwicklung ist sowohl bei Menschen mit Demenz, als auch bei ihren Angehörigen in sozialer, materieller, politischer und kultureller Hinsicht der Teilhabe zu beobachten (vgl. Franken 2014: 20). Die inklusive Gesellschaft wertschätzt und anerkennt ihre Mitglieder so wie sie sind, mit der Absicht, eine Gesellschaft der Vielfalt herzustellen. Der Begriff Inklusion nimmt eher die Strukturen ins Blickfeld, die die Gesellschaft zur Verfügung stellen soll, damit alle Menschen an ihr teilnehmen können. Die Teilhabe fokussiert eher das Individuum und fragt, was getan werden muss, damit das Individuum aktiv an Entscheidungsprozessen teilnehmen und mitwirken kann sowie den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen hat. Demnach wird der Begriff Partizipation oft als Synonym für Teilhabe gebraucht (vgl. Wissmann 2016: 10f.). Das Wort Partizipation entstammt den lateinischen Wörtern *pars* und *capere*, was *Teil nehmen* und *Teil fassen* bedeutet (vgl. Merten 2016: 202). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) definiert Partizipation als Einfluss auf eigene Lebensgestaltung, sowie Eingebundensein in wichtige Lebensbereiche und Teilhabe am kulturellen, gesellschaftlichen und sozialen Leben. Demzufolge ist das Prinzip der Partizipation für Menschen mit Demenz von Bedeutung, damit sie im frühen Stadium der Krankheit ihre Anliegen und Bedürfnisse selber formulieren können. In der Umsetzung der Partizipation benötigen die Betroffenen Unterstützung von aussen (vgl. SAMW 2017: 11).

Folglich können die Begriffe *Teilhabe* und *Beteiligung* in der fachlichen Welt im Begriff Partizipation zusammenfasst werden (vgl. Merten 2016: 202). Damit ist der Begriff *Teilhabe* mit dem Begriff *Inklusion* eng verbunden und wird gewissermassen als Synonym verwendet (vgl. Wissmann 2016: 10). Beide Begriffe beziehen sich aufeinander, womit gesellschaftliche Vielfalt anerkannt, akzeptiert und wertgeschätzt wird und wobei Strukturen die Bürgerrechte sichern, damit alle Menschen ihren Platz in der Mitte der Gesellschaft finden können (vgl. Franken 2014: 23). In der vorliegenden Arbeit wird *Inklusion* als *Teilhabe* und *Partizipation* verstanden und auf diesem Hintergrund weiterverfolgt.

### **3.2 Abgrenzung zur Integration**

Die Konzepte *Integration* und *Inklusion* werden umstritten diskutiert. In mancher Hinsicht wird *Inklusion* als ein Ansatz verstanden, der sich gegen jede gesellschaftliche Ausgrenzung wendet und bei dem alle Menschen ein Recht auf soziale *Teilhabe* und individuelle Entwicklung haben. In anderer Hinsicht wird *Inklusion* auch als konsequent implementierte *Integration* verstanden (Kreft/Mielenz 2017: 487). Dagegen bedeutet *Integration*, in eine vorgegebene Gesellschaft eingegliedert zu werden, in der sich Menschen mit Besonderheiten der Mehrheit anpassen sollen (Kronauer 2010: 56). Woraus eine Einschränkung der Handlungsspielräume bei Menschen mit Behinderungen entstehen kann, weil sich die Betroffenen aus den Systemen, in denen sie integriert sind, nicht herauslösen können, um in andere Systeme inkludiert zu werden. Ein Beispiel dafür ist der Übergang von Sonderinstitutionen in den ersten Arbeitsmarkt, dessen Anforderungen für viele Menschen mit Behinderungen unerreichbar sind. Somit stellen die Begriffe *Integration* und *Inklusion* verschiedene Aspekte dar (vgl. Felder/Schneiders 2016: 33-35). Infolgedessen bedeutet *Inklusion*, gesellschaftliche Strukturen zu haben, in denen das Individuum nicht ausgeschlossen wird (vgl. ebd.: 33). Sie zielt auf die Veränderung der exkludierenden gesellschaftlichen Verhältnisse, weil diese Verhältnisse die individuellen Bemühungen, an der Gesellschaft teilzunehmen, behindern können (Kronauer 2010: 56). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *Integration* das Zusammenleben verschiedener und ungleicher Gruppen mit Mehrheiten oder Minderheiten bedeutet. *Inklusion* dagegen akzeptiert die Verschiedenheit von Gruppierungen und bewertet sie als Bereicherung für die Gesellschaft (vgl. Franken 2014: 13). Dieser Paradigmenwechsel von der individuellen *Integration* zur inklusiven Gesellschaft vollzieht sich in der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. ebd.: 7), auf welche im nächsten Kapitel eingegangen wird.

### **3.3 UN-Behindertenrechtskonvention**

Seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention hat der Begriff Inklusion an Aktualität gewonnen. Die Behinderung wird als Teil der menschlichen Vielfalt anerkannt (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern o.J.). Der Behinderungsbegriff nach UN-Behindertenrechtskonvention lautet: „Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (UN-Behindertenrechtskonvention o.J.) Insofern sind die Menschen mit einer demenziellen Erkrankung als Menschen mit einer Behinderung zu betrachten. Die Behindertenrechtskonvention fordert damit die Gesellschaft dazu auf, den Umgang mit Menschen mit Demenz zu überprüfen und anzupassen. Gefordert werden die Entwicklung und die Gestaltung der Assistenz zur Selbstbestimmung, um die Betroffenen in ihrer Lebensführung zu unterstützen (vgl. Bartjes et al. 2011: 14-16). Somit stellt die Behindertenrechtskonvention einen gesellschaftlichen Fortschritt dar, da genau das benannt wird, was sich die Menschen mit Beeinträchtigung wünschen. Nämlich an der Gesellschaft und Gemeinschaft teilnehmen zu können und respektvoll behandelt anstatt auf die Krankheit reduziert zu werden. Auszugehen, Sport zu treiben, Musik zu hören, ins Theater zu gehen und in Urlaub fahren zu können (vgl. Wissmann 2015: 25f.). In den vergangenen Jahrzehnten wurde die Integration der Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft durch die integrativen Konzepte, die Veränderung der stationären Einrichtungen und Wohn- und Versorgungsstrukturen gefördert. Ferner gehörte die Förderung der Selbstermächtigung und der Selbstbestimmung der betroffenen Personen dazu. Daraus entwickelte sich ein Perspektivenwechsel vom Individuum zur Gesellschaft. Das heisst, es bildete sich ein Verständnis von Behinderung aus, das durch einen wechselseitigen Respekt, durch Akzeptanz, Achtung von Verschiedenheit und Solidarität charakterisiert ist (vgl. Franken 2014: 17). Abschliessend lässt sich feststellen, dass sich mit der UN-Behindertenrechtskonvention ein Paradigmenwechsel vollzieht, in dem das Individuum nicht an die Umwelt angepasst werden soll, sondern die Umwelt, durch Abbau der Barrieren, auf das Individuum angepasst werden sollte (vgl. Keller 2018: 13f.).

### 3.4 Zwischenfazit

Der Begriff Inklusion wird aus verschiedenen Perspektiven diskutiert. Eine allgemein anerkannte Definition der Inklusion ist bis heute nicht vorhanden (vgl. Felder/Schneiders 2016: 8). Ein weites Verständnis der Inklusion kennt keinen Unterschied zwischen Inklusion und sozialer Integration. Ein enges Verständnis von Inklusion zielt auf die strukturellen Rahmenbedingungen beziehungsweise Systemveränderungen und grenzt sich damit von der Integration ab (vgl. ebd.: 20f.).

Ein mehrdimensionales Verständnis von Inklusion stellt Kronauer (2010: 32) vor, bei dem Inklusion die Teilhabe in Bezug auf Bürgerrechte und Einbindung in soziale Nahbeziehungen, sowie in gesellschaftliche Positionen der Erwerbsarbeit bedeutet. Die strukturelle Ebene soll so angepasst werden, dass alle an der gesellschaftlichen Vielfalt selbstbestimmt und gleichberechtigt teilnehmen können. Auf individueller Ebene soll das Wechselspiel mit sozialen Hürden und unterschiedlichen Ausgangssituationen von Teilhabe berücksichtigt werden (vgl. Franken 2014: 7). Aus der UN-Behindertenrechtskonvention geht hervor, dass Behinderung zwei Dimensionen hat. Einerseits kann das Individuum eine Beeinträchtigung haben und andererseits kann das Umfeld auf struktureller Ebene behindern. Somit stellt Behinderung ein Zusammenspiel einer körperlichen, geistigen, intellektuellen oder psychischen Beeinträchtigung und einer behindernden Umwelt dar (vgl. Schürch/Weiss 2017: 6). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die UN-Behindertenrechtskonvention eine Beeinträchtigung als Bestandteil menschlicher Vielfalt und als etwas Positives im Sinne des bereits erläuterten Diversity-Ansatzes betrachtet. Wobei es um die Anerkennung der Unterschiede geht und die Verschiedenheit als Normalzustand in einer solidarischen Gesellschaft angesehen wird (vgl. Franken 2014: 14).

Die UN-Behindertenrechtskonvention meint mit dem Begriff Inklusion volle und wirksame Teilhabe. Inklusion und Teilhabe sind daher Konzepte, die aufeinander bezogen sind, in denen Unterschiedlichkeit akzeptiert ist und die gesellschaftlichen Strukturen erlauben, dass sich alle Menschen durch Bürgerrechte innerhalb der Gesellschaft befinden müssen (vgl. ebd.: 23). Dieses Verständnis beziehungsweise die Definition von Inklusion, die sowohl die individuelle als auch die strukturelle Ebene verknüpft sowie die Teilhabe und Partizipation umsetzt, möchte in der vorliegenden Arbeit weiterverfolgt werden.

Um der Fragestellung der vorliegenden Arbeit betreffend Inklusionsförderung von Menschen mit Demenz nachgehen zu können, wird im nächsten Kapitel der Ansatz der Lebensweltorientierung vorgestellt.

## 4 Lebensweltorientierung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Wegen, wie Inklusion von Menschen mit Demenz auf der Grundlage der Lebensweltorientierung gefördert werden kann. Bereits im Kapitel 1.3 *Begründung der Theoriewahl - Erkenntnisinteresse - Methodenwahl*, wurde dargestellt, dass sich soziale Gerechtigkeit im Respekt vor Andersartigkeit und in der Akzeptanz von Vielfalt realisieren lässt und die Soziale Arbeit sich in ihrem Berufskodex verpflichtet, die gesellschaftlichen Barrieren abzubauen sowie die Menschen zu fördern, an der Gesellschaft teilzunehmen. In vorliegendem Kapitel wird zuerst die Begriffsklärung der Lebenswelt und Lebenslage vorgenommen sowie die Grundlagen der Lebensweltorientierung und ihre wissenschaftstheoretische Verortung erläutert. Danach werden die Dimensionen und die Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung vorgestellt.

### 4.1 Begriffsklärung Lebenswelt und Lebenslage

Aufgrund vorhandener Kritik, dass die Begriffsklärung von Lebenswelt und Lebenslage in der Sekundärliteratur unscharf benutzt wird, wird in dieser Arbeit eine subjektivistische Perspektive des Lebensweltbegriffs anknüpfend an eine systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Kraus (o.J.: 9) beleuchtet.

#### **Lebenswelt**

Der Begriff Lebenswelt bedeutet eine subjektive Wahrnehmung, die durch persönliche Erfahrungen geprägt ist. Diese subjektive Wahrnehmung wird durch Sozialisation, Kultur, persönliche Erfahrungen und durch die Wahrnehmung der individuellen körperlichen und psychischen Ausstattung des Menschen beeinflusst. Die Lebenswelt bedeutet demnach die subjektive Wahrnehmung der Umwelt durch ein Individuum. Das heisst, dass der Mensch auf dem Hintergrund seiner individuellen Persönlichkeit seine subjektive Lebenswelt konstruiert. Daher ist es wichtig zu erwähnen, dass sich Lebenswelten von Mensch zu Mensch unterscheiden, auch wenn sich verschiedene Menschen in gleichen Umweltbedingungen befinden. Die Subjektivität der Lebenswelt ergibt sich einerseits durch Lebensbedingungen, die sich von Mensch zu Mensch unterscheiden und andererseits durch die unterschiedliche physische und psychische Ausstattung der Menschen (vgl. Kraus o.J.: 3-7).

#### **Lebenslage**

Der Begriff Lebenslage legt den Fokus auf die Rahmenbedingungen, wie materielle, immaterielle Gegebenheiten oder Ressourcen, die Wohnsituation, das familiäre und soziale Umfeld beziehungsweise qualitative und quantitative Lebensgüter, Lebenschancen und Lebensbedingungen, die einem Menschen zur Verfügung stehen (vgl. ebd.: 11).



Folglich bedeutet die Lebenswelt aus der systemisch-konstruktivistischen Perspektive eine subjektiv wahrgenommene Welt, in der das Individuum seine Lebenswelt mit Einbezug der konkreten zur Verfügung stehenden Lebenslage, konstruiert. Um dies zu verdeutlichen, kann dargelegt werden, dass beispielsweise der Wohnraum oder die körperliche Verfassung eines Menschen zu seiner Lebenslage gehören. Die Lebenslage stellt somit die *Realität*, beziehungsweise eine physikalische Welt dar, die dem Menschen über seine Wahrnehmung zugänglich gemacht wird. Zur Lebenswelt gehört die Wahrnehmung der oben genannten körperlichen Ausstattung oder des Wohnraums als subjektiv wahrgenommene *Wirklichkeit*. Diese Wirklichkeit bzw. die Lebenswelt ist das Resultat der subjektiv wahrgenommenen Lebenslage beziehungsweise der Realität. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Lebenswelt (Wirklichkeit) eine subjektive Konstruktion unter Bedingung der Lebenslage (Realität) ist (vgl. ebd.: 9f.).

Auf diesem Hintergrund berücksichtigt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit Selbstdeutungen und Handlungsmuster in den Lebensbedingungen sowie das Erleben der Lebenslage, die individuell und gesellschaftlich determiniert sein kann. Es erscheint wichtig, zu betonen, dass das Wissen, welches die Professionellen der Sozialen Arbeit über die Lebenslage eines Menschen haben, keine Information über seine Lebenswelt ermöglicht. Für die Soziale Arbeit ist es daher von Bedeutung, nicht nur zu berücksichtigen in welchen Rahmenbedingungen der Mensch lebt, sondern zu hinterfragen, wie ein Mensch seine Rahmenbedingungen wahrnimmt. Insofern ist das Ausmass des professionellen Verständnisses fremder Lebenswelten beschränkt. Die Relevanz der subjektiven Perspektive wird häufig übersehen, wodurch der Fokus auf objektive Lebensbedingungen reduziert wird. Dessen sollte sich die Soziale Arbeit bewusst sein und daher der Subjektivität der Lebenswelt Rechnung tragen (vgl. ebd.: 11f.).

## **4.2 Grundlagen der Lebensweltorientierung**

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in der Lebenswelt der Adressaten und Adressatinnen, um in ihr und mit den Betroffenen einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 23). Der Grundsatz der Lebensweltorientierung liegt in den Alltagserfahrungen der Menschen, mit dem Ziel, soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft zu realisieren (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 328f.). Die soziale Gerechtigkeit definiert sich im Zusammenhang und bezogen auf die Vielfalt von Individuen und ihren konkreten Lebenslagen. Sie lässt sich im Respekt vor Andersartigkeit, Eigensinnigkeit sowie vor Lebensvoraussetzungen und Lebensentwürfen realisieren. Hier ist der Respekt vor den Menschen gemeint, die in ihren Lebensverhältnissen nicht zurechtkommen und aus welchen sie ohne Unterstützung nicht herauskommen. Soziale Gerechtigkeit kann durch Rekonstruktion der

Lebenswelt mit einer sogenannten moralisch inspirierten Kasuistik erreicht werden, die nicht nur auf Individuen und ihre konkret wahrgenommene Situation bezogen ist, sondern auch auf spezifische Lebenslagen und Aufgabenzusammenstellungen (vgl. ebd.: 334). Die moralisch inspirierte Kasuistik ist eine Auseinandersetzung mit dem Einzelfall ohne Handlungsdruck. Das heisst, sie transferiert das Theorie- und Erfahrungswissen in die Praxis und wendet dieses Wissen auf der Handlungsebene auf den Fall an (vgl. Thiersch 2014: 215). Sie zielt auf das Rekonstruieren des Falls, um ihn zu verstehen.

Das Konzept der Lebensweltorientierung greift auf folgende vier unterschiedliche wissenschaftstheoretische Konzepte zurück; hermeneutisch-pragmatische Pädagogik, phänomenologisch-interaktionistisches Paradigma, kritische Alltagstheorie und kritische Gesellschaftstheorie.

### **Hermeneutisch-pragmatische Pädagogik**

Die hermeneutisch-pragmatische Pädagogik beschäftigt sich mit dem Verstehen der Umsetzung der alltäglichen Praxis sowie mit der individuell interpretierten Welt der Menschen. Im Fokus steht eine vorgefundene, vorinterpretierte und veränderbare Lebenswirklichkeit, die subjektiv in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension erlebt wird.

Die erfahrene Wirklichkeit ist in Bezug auf die Lebenswelt in verschiedene Lebensräume und Lebensfelder (Familie, Arbeit, Öffentlichkeit) gegliedert. Die Menschen machen in diesen verschiedenen Lebensräumen unterschiedliche Erfahrungen, die unter Umständen blockieren, traumatisieren und sich verfestigen können. Daher liegt der Fokus des Konzepts der Lebensweltorientierung in der Rekonstruktion der Verhältnisse oder Lebenslagen in der jeweiligen Lebenswelt (vgl. Thiersch/Grunwald/Königter 2010: 185). Die Verhältnisse oder Lebensbedingungen sollen rekonstruiert werden, weil, wie oben erwähnt, die Lebenswelt des Individuums auch durch die verschiedenen Lebensräume oder Lebensbedingungen subjektiv konstruiert wird. Das heisst, die Verhältnisse können in der Lebenswelt des Individuums hindernd wirken. Darum sollen sie rekonstruiert werden. Mit einem hermeneutischen Zugang soll das Praxis- und Alltagswissen rekonstruiert werden, um der subjektiven Wirklichkeit der Menschen näherzukommen. Dies kann durch die Entlastung vom alltäglichen Handlungsdruck und durch Einbezug von wissenschaftlichem Wissen erreicht werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 17f.). Hier geht es im Rahmen einer Kasuistik ohne Handlungsdruck erst mal darum, den Fall zu verstehen und nicht um die Problemlösung.

### **Phänomenologisch-interaktionistisches Paradigma**

Das phänomenologisch-interaktionistische Paradigma beschäftigt sich mit der Wirklichkeit der Menschen, die aus dem Alltag hervorkommt. Der Fokus liegt hier auf der Analyse vom Alltag und von der Lebenswelt. Der Alltag stellt eine Wirklichkeit dar, die für die Lebenswelt

der Menschen bestimmend ist. Insofern ist die Wirklichkeit des Alltags immer schon vorgegeben und die alltägliche Lebenswelt strukturiert sich durch die Dimensionen der erlebten Zeit, des erlebten Raumes und der erlebten sozialen Bezüge. Darauf wird später in dieser Arbeit näher eingegangen. Die Rekonstruktion der alltäglichen Lebenswelt zeigt, dass der Mensch von seinen alltäglichen Verhältnissen geprägt wird, diese jedoch aktiv mitbestimmen und mitgestalten kann. Interpretationen und Handlungen des Alltags führen zu Alltagswissen und zu Routinen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 18). Dieses Alltagswissen und die Routinen können entlasten aber auch behindern, was im nächsten Abschnitt im Rahmen der kritischen Alltagstheorie beleuchtet wird.

### **Kritische Alltagstheorie**

Die kritische Alltagstheorie beruht auf der kritischen Analyse des Alltags der Menschen. Sie beschreibt den Alltag im Sinne einer Dialektik bzw. Pseudokonkretheit, die sich durch die gesellschaftliche Struktur abzeichnet. Die (alltäglichen) Routinen bieten einerseits Sicherheit und wirken dadurch entlastend, andererseits erzeugen sie Enge, Unbeweglichkeit und Borniertheit. Der Alltag wird von Menschen selbst oft als nicht veränderbar wahrgenommen, was die Lebensweltorientierung unter dem Begriff Pseudokonkretheit zusammenfasst. Die kritische Alltagstheorie beabsichtigt, im Alltag die Ressourcen zu sehen, Kompetenzen zu fördern, Borniertheiten abzubauen sowie die sogenannte Pseudokonkretheit aufzubrechen und dadurch neue Möglichkeiten zu entdecken, um einen gelingenderen Alltag zu entwickeln (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 18).

### **Kritische Gesellschaftstheorie**

Kritische Gesellschaftstheorie beruht auf der Analyse der gesellschaftlichen Strukturen. Alltäglich erfahrene Wirklichkeit ist immer durch die gesellschaftlichen Strukturen und Möglichkeiten bestimmt. Das heisst, in der Lebenswelt kommt das subjektive (Handlungsmuster) und das Objektive (Strukturen) zusammen. Daher ist die Lebenswelt eine Schnittstelle, die auch als Bühne bezeichnet wird, auf der Menschen in bestimmten Rollen und nach bestimmten Regeln in gegebenen Mustern miteinander agieren (vgl. Thiersch et al. 2010: 185). Um die Möglichkeiten und die Grenzen der lebensweltbestimmenden Muster zu rekonstruieren, bezieht sich das Konzept der Lebensweltorientierung auf die Analyse der gesellschaftlichen Entwicklungen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 18f.). Dazu gehören Analysen heutiger sozialer Verhältnisse und Lebenswelten, wie beispielsweise Analysen von Formen des Familienlebens, der Jugend, des Alters, von Arbeitslosigkeit etc (vgl. Thiersch et al. 2010: 183).

Um die oben dargestellten wissenschaftstheoretischen Konzepte zu verdeutlichen, kann dargestellt werden, dass sich Menschen oft in Situationen befinden, in denen sie verschiedene und schwere Aufgaben zu bewältigen haben. Die Betroffenen werden in der Bewältigung von Aufgaben einerseits durch Routinen entlastet, andererseits führen diese Routinen dazu, dass Lebensverhältnisse unhinterfragt und als selbstverständlich gelten. Die Rekonstruktion der alltäglichen Lebenswelt kann den Menschen helfen, diesen Kontext ihrer alltäglichen Verhältnisse, die hindernd wirken, zu identifizieren und diese als Experte oder Expertin in eigener Sache aktiv mitzugestalten oder zu verändern. Demzufolge sind aus der lebensweltorientierten Perspektive Menschen in der Lage, sich an Verhältnisse anzupassen, sich mit Strukturen auseinanderzusetzen und sie zu verändern (vgl. Thiersch et al. 2010: 183f.).

Anschliessend lässt sich sagen, dass nicht nur die Lebenslage, sondern auch die erfahrene Wirklichkeit (Lebenswelt) der Adressatinnen und Adressaten in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Rahmen einer sogenannten moralisch inspirierten Kasuistik verstanden werden soll. Aus der Analyse der Strukturen (Lebenslage) und der Lebenswelt (subjektive Wirklichkeit) soll eine Rekonstruktion des Alltags ohne Handlungsdruck stattfinden. Hier ist es wichtig, erneut zu betonen, dass das Verstehen der fremden subjektiven Wirklichkeit aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive nach Kraus (o.J.: 12) nur bedingt möglich ist. Es ist ausschliesslich möglich, sich der subjektiven Wirklichkeit eines Menschen zu nähern und zu hinterfragen, wie der Mensch die bestehenden Verhältnisse wahrnimmt. Aus systemisch-konstruktivistischen Sicht ist es nicht möglich, die fremde Wirklichkeit vollumfassend zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass zum Gegenstand der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit die Lebenswelt und die Lebensbewältigung der Adressatinnen und Adressaten gehören. Dazu gehören Probleme, die mit der Bewältigung verbunden sind sowie Handlungsoptionen, wie diese Schwierigkeiten zu überwinden sind.

Im Fokus des Konzepts steht die Rekonstruktion der Lebenswelt nach erfahrenen Dimensionen von Raum, Zeit, Deutungsmustern, Beziehungen und Routinen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 32), die im nächsten Kapitel beleuchtet werden.

### **4.3 Dimensionen der Lebensweltorientierung**

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit realisiert ihre Aufgaben in den unterschiedlichen Dimensionen von Zeit, Raum, sozialen Beziehungen sowie in der Bewältigungsarbeit und in Spannung von gegebenen Verhältnissen und Ressourcen die den Adressatinnen und Adressaten zur Verfügung stehen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 32).

### **Erfahrene Zeit**

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt in der Dimension von erfahrener Zeit. Das heisst, sie bezieht sich auf die Lebensphasen, Bewältigungsaufgaben, Kompetenzen und der damit verbundenen Unterschiedlichkeit der erfahrenen Zeit. Sie versucht, die Zeit in der heutigen widersprüchlichen und brüchigen Lebenswelt so zu strukturieren, dass die Perspektive erweitert und eine Entlastung geboten werden. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit fokussiert das Ziel, den Adressatinnen und Adressaten eine Orientierung in der Gegenwart zu geben, weil die Tatsache, dass die Zukunft durch Individualisierung und Pluralisierung der Lebenslagen unsicher geworden ist, an Aktualität gewinnt. Somit engagiert sich lebensweltorientierte Soziale Arbeit im Bereich der ungewissen Zukunft, was Kompetenzen und Mut erfordert, um sich darauf einlassen zu können (vgl. ebd.: 33).

### **Erfahrener Raum**

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht den Menschen in seinem erfahrenen Raum. Sie betrachtet ihn in seinen räumlichen Verhältnissen (ländliche Strukturen oder städtische Milieus), wo er sich als heranwachsende Person, als Frau oder als alter Mensch darstellt. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit sucht Strukturen eines verengten Lebensraumes und versucht, diesen für neue Optionen zu öffnen, indem Ressourcen zugänglich gemacht oder neu hergestellt werden. Sie zeigt, dass der unmittelbar erlebte Raum nicht der einzig relevante ist, und dass die Menschen ein Anrecht auf einen eigenen individuell gestaltbaren Lebensraum haben. Somit engagiert sich lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Umgestaltung der Heim- und Anstaltsstrukturen für behinderte und alte Menschen. Dadurch stellt Hilfe vor Ort oder die Einrichtung der ambulanten Dienste einen wichtigen Aspekt der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit dar, damit die Unterstützungshilfe in eigenen Wohnverhältnissen stattfinden kann (vgl. ebd.: 33f.).

### **Soziale Beziehungen**

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit betrachtet die Menschen im Zusammenhang mit ihren Ressourcen und sieht sie als soziale Wesen, die in soziale Beziehungen eingebunden sind. Die Menschen befinden sich im Kontext der Familien, Freundschaften und Mehrgenerationenverhältnissen. Die Arbeit mit Betroffenen knüpft an die Unterschiede in den sozialen Erfahrungen, an die Komplexität des sozialen Netzes und an die Brüche in den sozialen Beziehungen an. Grundsätzlich versucht lebensweltorientierte Soziale Arbeit kompensierend und entlastend zu wirken, verlässliche und belastbare Beziehungen anzubieten und besteht auf die Notwendigkeit der neuen sozialen Kompetenzen (vgl. ebd.: 34). Demnach und im Allgemeinen findet Alltäglichkeit in erfahrenen Beziehungen der Nachbarschaft, der Familie oder Freunden statt. Für Menschen in schwierigen Situationen ist aufgrund des Zerbrechens traditioneller Familien- oder Nachbarschaftsstrukturen Hilfe oft

schwer erreichbar. Deswegen ist die Stärkung von sozialen Ressourcen wichtig und eine besondere Aufgabe der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit (vgl. Thiersch 2014: 47).

### **Bewältigungsarbeit**

Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment sind bei der Unterstützung und Begleitung der Betroffenen bei der Bewältigung von Aufgaben zentral. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit nimmt die Betroffenen im Zusammenhang mit ihren Ressourcen und ihren Fähigkeiten wahr. Diese Ressourcen werden generiert durch die Zumutung von Bewältigungsaufgaben. Den Betroffenen wird zugetraut, Probleme aus eigener Kraft bewältigen zu können. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit mutet ihnen das Lernen zu, sich beteiligen zu können, sowie das Aneignen von Kompetenzen, um die Verhältnisse beziehungsweise ihre Lebenslage verändern zu können. Diese Entwicklung der Kompetenz zur Lebensbewältigung beabsichtigt die Herstellung einer Sicherheit, damit sich die Menschen gegen Probleme behaupten können (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 35).

Die obengenannten Dimensionen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit konkretisieren sich in den Struktur- und Handlungsmaximen (vgl. Thiersch et al. 2010: 188). Insofern werden im nächsten Kapitel die Struktur und Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit vorgestellt, deren Realisierung nur im gegenseitigen Zusammenspiel stattfinden kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26).

## **4.4 Struktur- und Handlungsmaximen**

Die Struktur- und Handlungsmaximen Prävention, Regionalisierung und die Alltagsnähe beziehen sich auf lebensweltliche Erfahrungen der Sozialen Arbeit. Integration und Partizipation beziehen sich auf die kritische und sozialetische Dimension im Zeichen der Realisierung der sozialen Gerechtigkeit (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26). Folgend werden die Maximen der Lebensweltorientierung erläutert.

### **Einmischung**

Das Prinzip der Einmischung ist mit der gesellschaftlichen und sozialpolitischen Positionierung der Sozialen Arbeit verknüpft (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 346). Das heisst, die Soziale Arbeit soll den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen gewähren, damit die Betroffenen ihr Leben angemessen gestalten können. Demzufolge braucht es gegenüber den Tendenzen der Dethematisierung des Sozialen eine politische Einmischung. Nicht nur als eine einmalige Intervention, sondern als kontinuierliche Beteiligung in den politischen Prozessen, auch Mitmischung genannt. Bezugnehmend auf die soziale Gerechtigkeit bedeutet Einmischung die Behauptung der Sozialen Arbeit bei Ungleichheiten, bei mangelnden Ressourcen, bei Exklusion, bei Familien und Kinderarmut, bei Bildungs- und Ausbildungsarmut,

bei Gesundheits- und Altersarmut, sowie bei Überforderungen in einer Gesellschaft, die von Konkurrenzdenken bestimmt ist. Insofern agiert die Soziale Arbeit in Alltagsverhältnissen, die gesellschaftlich bedingt sind (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 346).

### **Prävention**

Primäre Prävention als allgemeine Aufgabe der Sozialen Arbeit strebt die Herstellung und Aufrechterhaltung eines belastbaren Alltags und einer belastbaren Lebenswelt an, um normale Krisen im Leben meistern zu können. Die sekundäre Prävention agiert in Bezug auf vorhersehbare Belastungen. Sie versucht, die Problematik abzuwehren (vgl. ebd.: 347). Die Strukturmaxime der Prävention stellt ein rechtzeitiges und vorausschauendes Handeln dar. Sie wirkt proaktiv und legt den Fokus auf die Bildung und Erhaltung allgemeiner Kompetenzen zur Lebensbewältigung. Das heisst in Situationen, in denen Schwierigkeiten zu erwarten sind, schnell und vorausschauend zu sein (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26f.).

Prävention fokussiert auf Infrastrukturen, die unterstützend sind sowie auf Fähigkeiten und Kompetenzen in Bezug auf Lebensbewältigung und somit auf gerechte Lebensverhältnisse. Sie bietet in erster Linie keine Unterstützungshilfe und handelt vorausschauend, wenn Überforderungen zu erwarten sind (vgl. Thiersch et al. 2010: 188).

### **Alltagsnähe**

Alltag bedeutet, auf eine besondere Art die Wirklichkeit zu erfahren, sich in ihr zu bewegen und sie zu gestalten. Der Alltag ist ein Rahmenkonzept mit den Erfahrungen aus dem ökonomischen, politischen, sozialen und individuellen Raum, sozusagen ein Gerüst zur Koordination des Lebens. Die Alltäglichkeit bedeutet ein Modus des Verstehens in Bezug auf die Handlungsmuster und Routinen, die durch die erfahrene Zeit, den erfahrenen Raum und die erfahrenen sozialen Beziehungen bedingt sind (vgl. Thiersch 2014: 43-45). Alltagsnähe meint Orientierung der Unterstützungshilfe an niederschwelligen Angeboten in der Lebenswelt der Betroffenen. Damit sind offene Zugänge bei den Beratungsangeboten oder bei den Konzepten der Alltagsbegleitung gemeint. Alltagsnähe meint damit Hilfe, die den Lebenserfahrungen und Lebensdeutungen in der Lebenswelt gerecht werden. Sie darf nicht aus Spargründen zur Vermeidung aufwändiger Massnahmen dienen und somit zur Deprofessionalisierung der Unterstützung führen. Ebenso darf sie nicht etwas absolutes, festgefahrenes sein, weil die niederschwelligen Angebote nicht immer ausreichend entwickelt sind. Daher ist es notwendig die Hilfe nach dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit und daraus erfolgenden Ansprüchen, auszurichten (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26-28). Das heisst, die Soziale Arbeit richtet ihre Hilfe in Bezug auf die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit aus, mit der Pflicht, Diskriminierung zurückzuweisen. Sie setzt sich für die Anerkennung von Verschiedenheit und für gerechte Ressourcenverteilung ein und hat die Pflicht, Bedingungen, die sozialen Ausschluss und Stigmatisierung begünstigen, zurückzuweisen (vgl. AvenirSocial Schweiz 2006: 3).

### **Dezentralisierung, Regionalisierung**

Das Prinzip der Regionalisierung muss mit dem Anspruch auf soziale Gerechtigkeit in Verbindung gebracht werden, weil die Hilfe vor Ort von der Politik und von kommunalen Ressourcen abhängig ist. Mit der Regionalisierung können Ressourcen generiert werden und Zugänge dazu verbessert werden, um eine grundlegende Gleichheit zu ermöglichen (vgl. Thiersch et al. 2010: 189). Regionalisierung bezieht sich auf die Dimension des räumlichen Bezugs lebensweltlicher Erfahrungen. Sie wird auch unter dem Titel der Sozialraumorientierung in aktuelleren Diskussionen genannt. Der Fokus liegt auf der Prävention, um die Ressourcen in den Verhältnissen beziehungsweise in Stadtteilen oder Quartieren zu stärken, womit Unterstützungshilfe gewährleistet wird und die sozialen Probleme entschärft werden können. Weiter erfordert sie eine Gestaltung des Sozialraums durch die Institutionen der Sozialen Arbeit. Regionalisierung insistiert auf Dezentralisierung und Präsenz der Angebote im Sozialraum und auf Flexibilität der Hilfe und Integration. Zudem ist Kooperation und Verbindung zu anderen Institutionen und Infrastrukturen (wie Polizei, Medizin, Bildung) notwendig, um Ressourcen zu verbinden, sie adäquat zu verteilen und zu erschliessen (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 348f.).

### **Integration**

Integration hat das Augenmerk auf der Nichtausgrenzung, auf Gleichheit in den Grundansprüchen, auf Anerkennung und auf das Recht auf Vielfalt. Sie zielt auf Offenheit und Toleranz zwischen behaupteter Normalität und Andersartigkeit (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 28). Die Maxime der Integration wird in der neueren Diskussion als Inklusion fortgesetzt. Demzufolge ist es notwendig, auf der Verbesserung der Verhältnisse zu beharren, in welchen die Menschen Leben, weil in der heutigen Leistungs- und Konkurrenzdenkenden Gesellschaft oft kein Verständnis gegenüber denen herrscht, die nicht mithalten können. Durch den Anspruch auf das Recht auf Vielfalt sollen die Lebensverhältnisse so gestaltet werden, dass in ihnen die Vermittlung von Gerechtigkeit als Gleichwertigkeit stattfinden kann (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 349).

### **Partizipation**

Partizipation verwirklicht sich in der Beteiligung und Mitbestimmung der betroffenen Menschen. Sie schafft Voraussetzungen für gleichberechtigte und offene Handlungsprozesse in der Planung und Gestaltung sowohl von Hilfsprozessen als auch von regionalen Planungen. Die Verwirklichung der Partizipation muss als Teilhabe institutionalisiert stattfinden. In der Sozialen Arbeit fehlen immer noch die neutralen Ombudsleute bzw. Beschwerdestellen für Menschen, die Soziale Arbeit als negativ erfahren und erleiden (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 28). Partizipation zielt auf die gemeinsame Gestaltung von Hilfe, im Sinne einer Verhandlung, wodurch sich Menschen in ihrer Selbstständigkeit und Anerkennung erfahren



können. Sie soll aufgrund der strukturellen Asymmetrie von Hilfe, die in verschiedenen Formen der Sozialen Arbeit existieren, in Bezug auf Aufgabenstellungen, Zielgruppen und Arbeitsbereiche unterschiedlich gestaltet werden (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 350). Um der Partizipation gerecht zu werden, muss Gleichheit zwischen denen, die auf Hilfe angewiesen sind und zwischen Professionellen sowie Nichtprofessionellen hergestellt werden oder gegeben sein (vgl. Thiersch et al. 2010: 189).

## **4.5 Zwischenfazit**

Lebensweltorientierung strebt einen gelingenderen Alltag durch die Gestaltung von Verhältnissen und durch Kompetenzorientierung bei Betroffenen an. Die alltäglichen Lebensverhältnisse stellen eine zentrale Dimension dar, in der Menschen ihr Leben meistern und erfahren können. Der Bezug zum Alltag stellt die Struktur des Alltags mit damit verbundenen Problemen und Bewältigungsversuchen dar. Die Lebensweltorientierung nimmt zudem auch den aktuellen gesellschaftlichen Einfluss auf den Alltag in den Fokus (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 335). Sie richtet den Blick auf die eigenen Kompetenzen der Menschen und fokussiert deren Zugangschancen zu Ressourcen (vgl. Bartjes et al. 2011: 12). Folglich zielt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf die Fähigkeiten und die Mitwirkung der Betroffenen, um ihnen einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33).

Weiter präsentiert sich das Konzept der Lebenswelt- oder Alltagsorientierung als unhierarchischer, demokratischer und kommunikativer Ansatz. Es geht die Lebensfragen und Probleme mit den Adressatinnen und Adressaten in ihrer Lebenswelt und mit ihren Ressourcen gemeinsam an und richtet sich gegen eine vereinfachte Sicht des Alltags. Im Konzept der Lebensweltorientierung hat die Analyse der subjektiven Wirklichkeit beziehungsweise der Lebenswelt und die Analyse der Lebensbedingungen, sowie die Beschreibung der gesellschaftlichen Strukturen eine wichtige gesellschaftliche Funktion. Damit kann die lebensweltorientierte Soziale Arbeit bei Betroffenen die zementierten Routinen und Handlungsmuster aufdecken und die Betroffenen stärken, aus eigener Kraft ihre Lebenslage beziehungsweise die Lebensbedingungen zu verändern. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in Dimensionen der Zeit, des Raums, sozialen Bezügen und der Bewältigungsarbeit. Die Bedeutung der Dimensionen und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung für die Inklusion von Menschen mit Demenz wird im nächsten Kapitel dargelegt. Dabei werden die Rolle und die Aufgaben der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit dargestellt.

## **5 Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Kontext von Demenz und Inklusion**

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit im Kontext von Demenz und Inklusion hat die Aufgabe und Rolle, eingeschränkte Teilhabe innerhalb der Umwelt einer Person zu identifizieren, darin die Barrieren abzubauen und bei Betroffenen die Kompetenz zur Autonomie und zur Teilhabe zu fördern (vgl. Franken 2014: 15). Auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial Schweiz (2010: 6) schreibt vor, dass die Soziale Arbeit im Bereich der Verwirklichung des Lebens der Menschen, die eine illegitime Einschränkung zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen aufweisen, einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten hat. Ihr gesellschaftlicher Auftrag beinhaltet die Initiierung und Unterstützung der sozialpolitischen Interventionen sowie die Beteiligung an der sozialräumlichen Gestaltung der Lebensumfelder und an den Lösungen der strukturellen Probleme in der Gesellschaft.

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt auf ganzheitliche Zugänge. Dabei geht es um das Verstehen von biografischen Verläufen in sozialräumlichen Belangen mit einer lebenswelthermeneutischen Sensibilität (vgl. Galuske 2015: 1027). Ferner können im Kontext der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit folgende Aufgaben aufgezählt werden; Soziale Netzwerkarbeit, Entstigmatisierung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung bürgerschaftlich orientierter Aktivitäten und Schaffung von Möglichkeiten der sozialen Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen, wie der Nachbarschaft oder Vereinen (vgl. Wissmann 2010: 345). Daraus ist ersichtlich, dass lebensweltorientierte Soziale Arbeit sowohl auf der individuellen Ebene, als auch auf der strukturellen Ebene agiert. In diesem Kapitel wird zuerst ein Bezug auf die oben dargestellten Dimensionen und Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung genommen, weil sich aus ihrer Bedeutung für Inklusion die Aufgaben und die Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ableiten lassen. Danach wird erläutert, welche Rolle und Möglichkeiten die lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der individuellen Prozessgestaltung mit Betroffenen hat. Ebenso wird ihre intermediäre Rolle als Vermittlerin zwischen Systemen aufgeführt, die sowohl auf der strukturellen als auch auf der individuellen Ebene vorhanden sind. Darüber hinaus wird die Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der strukturellen Ebene dargestellt, als Akteurin, die ihren Beitrag bei der Erschließung von Ressourcen leistet und die die rechtlichen Grundlagen umsetzt.

## **5.1 Dimensionen und Maximen – Ihre Bedeutung für die Rolle der Sozialen Arbeit**

Bei der Unterstützung von Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass sie im gewohnten Raum, der gewohnten Zeit und gewohnten Beziehungen belastbare Verlässlichkeit in Routinen und strukturierter Lebenswelt erfahren (vgl. Thiersch/Grunwald 2015: 352). Dies aufgrund dessen, dass sie immer weniger den erfahrenen Raum, die erfahrene Zeit und die sozialen Bezüge mit anderen Menschen erleben. Insofern ist es notwendig, das Umfeld von Menschen mit Demenz und die Interaktionen mit ihnen adäquat zu gestalten. Es ist wichtig, ihre Routinen des Alltags im Raum, in der Zeit und in sozialen Bezügen aufrechtzuerhalten. Es geht darum, diese Menschen nicht zu isolieren, beziehungsweise sie nicht auf die Befriedigung der pflegerischen Bedürfnisse zu reduzieren. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt somit auf die Ermöglichung eines Umfelds, in dem die Betroffenen sich selbst als Gestalter oder Gestalterinnen ihres Lebens erfahren können (vgl. Karl 2016: 196). Im vorliegenden Beitrag wird die Bedeutung der Dimensionen der Lebensweltorientierung für die Inklusion von Menschen mit Demenz und daraus folgende Aufgaben und Rollen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit vorgestellt.

### **Erfahrene Zeit**

In Bezug auf die erfahrene Zeit wurde bereits im Kapitel 4.3 *Dimensionen der Lebensweltorientierung* die Unterstützung bei der Bewältigung der Übergänge in die verschiedenen Lebensphasen erwähnt (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33). Das heisst, die Kompetenzen und Ressourcen bei Betroffenen sollen von der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit gestärkt werden. In Bezug auf die Zeit ist es notwendig, dass die lebensweltorientierte Soziale Arbeit an die Biografie, die Erlebnisse und Erfahrungen der Betroffenen anknüpfen kann. So kann personenbezogen gehandelt werden, auch wenn sich das Verhalten einer Person aufgrund der demenziellen Symptomatik verändert hat. Die Methoden und Techniken im Umgang mit Menschen mit Demenz werden im nächsten Kapitel näher beschrieben, indem die Aufgaben und die Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der individuellen Ebene beleuchtet wird.

### **Erfahrener Raum**

In Bezug auf den Raum wurde schon erwähnt, dass die Gestaltung von räumlicher Infrastruktur von grosser Bedeutung ist, um den Menschen die Ressourcen zugänglich zu machen oder neu herzustellen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33f.). Menschen mit Demenz haben ein Anrecht darauf, bei der Gestaltung der räumlichen Infrastruktur beispielsweise ihres Wohnraums oder Quartiers mitzuwirken, und ihre Bedürfnisse sollen darin miteinbe-

zogen sein. Damit kann die Inklusion gefördert werden. Hier kristallisieren sich die Aufgaben der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der strukturellen Ebene im Bereich der Sozialraumplanung und Steuerung des Sozialraums heraus. Die Aufgaben und Rolle der Lebensweltorientierung auf der strukturellen Ebene bezogen auf die sozialräumliche Infrastruktur, sowie auf ein demenzfreundliches Gemeinwesen wird später in der vorliegenden Arbeit detaillierter ausgeführt.

### **Soziale Beziehungen**

Bezogen auf die sozialen Beziehungen und ihre Bedeutung für die Inklusion von Menschen mit Demenz ist eine Förderung der sozialen Beziehungen gemeint, die eine wichtige Ressource in der Bewältigung der Ausgrenzung ist (vgl. Thiersch 2014: 47). Hier kann der Bezug zu den Aufgaben der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Bereich der Netzwerkarbeit, beziehungsweise die Rolle in Bezug auf die Stärkung der sozialen Kompetenzen bei Betroffenen aber auch auf die Stärkung der Kompetenzen bei Angehörigen, Nachbarn, Freunden etc. im Umgang mit Personen mit Demenz stehen.

### **Bewältigungsarbeit**

Bezogen auf die Bewältigungsarbeit wurden oben Empowerment und Selbsthilfe erwähnt (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 35). Hier ist es wichtig, Menschen mit Demenz Partizipation zuzumuten und zu ermöglichen sowie bei ihnen die Kompetenzen zu stärken, um bei der Gestaltung ihres Lebens mitwirken und mitentscheiden zu können. Es ist vor allem wichtig, den Menschen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen solange ihnen dies, je nach Stadium der Krankheit, möglich ist und dies auch ihren Bedürfnissen entspricht.

### **Einmischung**

Die Aufgabe der professionellen Sozialen Arbeit als parteiliche Vertretung lebensweltlicher Erfahrungen und Probleme ist es, mit anderen Politik- und Gesellschaftsbereichen auf der Ebene von Bund, Stadtteilen und Kommunen zu kooperieren, weil die Verhältnisse in der Lebenswelt immer durch strukturelle Rahmenbedingungen geprägt sind und nicht aus sich selbst heraus verändert werden können (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 23). Dementsprechend muss die Soziale Arbeit die tabuisierten Verhältnisse in der Lebenswelt der Menschen mit kognitiven Einschränkungen erkennen, sich auf diese einlassen und sich einmischen (vgl. Kricheldorf 2014: 109). Hiermit ist die Soziale Arbeit als politische Akteurin gemeint. Bezogen auf die Inklusionsförderung der Menschen mit Demenz soll sich die Soziale Arbeit in Bereichen der Sozial-, Gesundheits-, Wohnungs-, Verkehrs-, und Wirtschaftspolitik positionieren und mitwirken (vgl. Philipp-Metzen 2015: 167). Sie sollte ihre Erfahrungen und ihr Fachwissen in die Prozesse der Politik einbringen, um mit anderen Akteuren an den Veränderungen von strukturellen Rahmenbedingungen zu arbeiten (vgl. Thiersch 2015b: o. S.).

## **Prävention**

In Bezug auf Prävention soll sich die Soziale Arbeit dafür einsetzen, die Prävention in Bezug auf soziale Isolation zu konkretisieren. Darüber hinaus muss sie die Normalisierung und Entstigmatisierung der Probleme bearbeiten (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 27). Damit ist eine Abwendung von der Defizitorientierung hin zu einer Ressourcenorientierung gemeint. Die konkrete Bedeutung der Prävention in Bezug auf Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz ist der Aufbau ambulanter Strukturen mit soziokulturellen Angeboten (vgl. Philipp-Metzen 2015: 166). Es ist wichtig zu erwähnen, dass Prävention nicht als ein Instrument frühzeitiger Kontrolle angewendet sein soll, weil möglicherweise Gefahren und Risiken vorausgesehen werden. Damit ist gemeint, dass die Menschen durch Prävention nicht in ihrer Selbstbestimmung beeinflusst werden sollen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 27). In dieser Hinsicht kann ein Bezug zur Diskussion von Parallelwelten und Demenzdörfern hergestellt werden, die im Kapitel 1.1 *Ausgangslage und Diskussion* dargelegt wurde. Damit ist die Täuschung der Menschen mit dem künstlich konstruierten Demenzdorf gemeint, um den Betroffenen Schutz zu bieten. Infolgedessen muss die Messlatte hoch angesetzt werden, wenn es darum geht, Menschen mit Demenz präventiv in eine Institution zu platzieren oder sie mit Demenzdörfern zu täuschen (vgl. Camenzind/Glauser 2018: 13). Hier ist es wichtig, die Interventionen abzuwägen und die Entscheidungen fachlich und ethisch zu begründen.

Abschliessend lässt sich sagen, dass ein gewisses Restrisiko erlassen und ausgehalten werden muss, weil „Leben bleibt, so viel auch Soziale Arbeit helfend und unterstützend eingreift, riskant“ (Grunwald und Thiersch 2004: 27).

## **Alltagsnähe**

Alltagsnähe legt Wert auf ganzheitliche Orientierung in der Hilfe, die den Lebenserfahrungen und Deutungen gerecht werden können (vgl. Thiersch et al. 2010: 189). Der Beitrag der Alltagsnähe in Bezug auf die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz kann durch den Abbau von Zugangsbarrieren hervorgerufen werden. Das Wohnumfeld stellt die zentrale Dimension für eine selbstbestimmte Lebensführung dar. Das heisst, die Angebote sollen für die Betroffenen erreichbar sein (vgl. Philipp-Metzen 2015: 166). Weiter ist Vernetzung sozialer Aktivitäten im Gemeinwesen sowie die Öffnung stationärer Angebote nach innen zu den Bewohnern und nach aussen zum Gemeinwesen hilfreich, um an die Bedürfnisse und Biografie der Menschen mit Demenz anzuknüpfen (vgl. Karl 2016: 197).

## **Dezentralisierung**

Bezogen auf die Altenhilfe und Inklusion sollen Wohnformen wie betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften flexibilisiert werden (vgl. Thiersch et al. 2010: 192). Diese flexible Hilfe mit dezentralen Lebens- und Wohnmodellen vor Ort kann Inklusion von Menschen mit Demenz fördern (vgl. Philipp-Metzen 2015: 166). Hier ist die Rolle der Sozialen Arbeit in

Bezug auf die Planung der sozialen Infrastruktur eines Quartiers oder Stadtteils angesprochen.

### **Integration**

In Bezug auf die Integration ist ein tragfähiges soziales Netz in der Gemeinde notwendig. Das kann sich positiv auf die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz auswirken. Hierzu sind Gestaltungsmöglichkeiten offen. Ein Beispiel dafür kann die Selbsthilfe zwischen den Generationen in Form von gemeinwesenorientierten Wohnformen sein (vgl. Thiersch 2014: 160). Hier bezieht sich die Rolle der Lebensweltorientierung auf die Sensibilisierung der Bevölkerung und Betroffenen in Bezug auf die Akzeptanz gegenüber der Vielfalt, sowie in Bezug auf die Stärkung der Kompetenzen bei Betroffenen, an der Gesellschaft teilnehmen zu können. Ferner ist hier die Rolle auf der strukturellen Ebene wichtig, wenn es darum geht, ausgrenzende Strukturen abzubauen.

### **Partizipation**

Partizipation stellt eine sehr wichtige Strukturmaxime dar, um Inklusion voranzutreiben. Die Betroffenen müssen einbezogen werden, damit die Prozesse optimal gestaltet werden können. Das heisst, Partizipation soll nicht für die Betroffenen, sondern mit Ihnen erfolgen (vgl. Philipp-Metzen 2015: 166). Wichtig zu erwähnen ist, dass die Partizipation demenzgerecht erfolgen soll, weil es notwendig ist, Rücksicht auf die Stadien der Demenz zu nehmen.

Aus oben dargestellter Argumentation kann Folgendes zusammengefasst werden. Bezogen auf die Dimensionen der erfahrenen Zeit, des Raums, sozialen Beziehungen und der Bewältigung benötigen betroffenen Menschen Fähigkeiten, um sich auf eine Zukunft einlassen zu können. Es ist ersichtlich, dass die Dimensionen der Lebensweltorientierung und die Struktur- und Handlungsmaximen miteinander verknüpft sind und sich aufeinander beziehen. Beispielsweise in der Unterstützung der Menschen mit Demenz beim Übergang in eine andere Wohnform ist es wichtig, sich mit der Biografie und den Ressourcen dieser Menschen auseinanderzusetzen. Ebenso müssen soziale Beziehungen gefördert und erhalten werden und diese Menschen müssen Kompetenzen entwickeln, um an Gestaltungsprozessen partizipieren zu können.

Aus den Dimensionen und Struktur- und Handlungsmaximen lässt sich die Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit und ihre Bedeutung für die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz in folgenden Punkten zusammenfassen.

- Einmischung in politische Prozesse mit anderen Akteuren.
- Gestaltung des Sozialraums.
- Zumutung von Bewältigungsaufgaben.

- Gemeinsame Gestaltung von Prozessen.
- Ganzheitliche Orientierung durch die Alltagsnähe.
- Orientierung an Erfahrungen in Zeit und Raum.
- Förderung des tragfähigen sozialen Netzes und der Selbsthilfe, sowie Menschen dazu zu befähigen, zu partizipieren.

In Bezug auf die Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz knüpft das nächste Kapitel an die Aufgaben der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der individuellen Ebene an.

## **5.2 Individuelle Ebene**

Bezüglich den Aufgaben und Rollen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der individuellen Ebene, die bereits im vorherigen Kapitel angedeutet wurden, lassen sich folgenden Themen bearbeiten.

### **Bedürfnisorientierung**

Für Betroffene ist es ebenso wichtig, neben der Versorgungslandschaft und Therapiemöglichkeiten ihre individuellen Bedürfnisse zu erkunden. Durch die Bedürfnisorientierung kann gesellschaftliche Teilhabe realisiert werden (vgl. Meyer-Lentl 2015: 150). Meyer-Lentl (2015: 140-147) bezieht sich auf eine Studie aus Stuttgart (2010), in der Menschen zu ihren Vorstellungen von Lebensqualität im Frühstadium der Demenz befragt worden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Sorge vor dem Umzug in eine Pflegeinstitution gross ist. Einige Betroffene, die bereits in Pflegeheimen wohnen, fühlen sich zu wenig in die Gemeinde eingebunden. Sie sehen die Heime abgekoppelt von Teilnahme und Integration. Ein gutes nachbarschaftliches Verhältnis ist bei allen Interviewten mit guter Lebensqualität verknüpft. Das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit, Freiheit, individueller und sinnbringender Alltags- und Freizeitgestaltung, sowie nach Verantwortungsübernahme für einen Tätigkeitsbereich ist gross. Ebenso ist die Angst vorhanden, als nicht eigenständige Person respektiert zu werden sowie Mündigkeit, Selbstbestimmung und Individuelle Lebensplanung zu verlieren (vgl. ebd.: 140-147). Aus diesen Ergebnissen kann hergeleitet werden, dass die Lebensqualität von Menschen mit Demenz durch eine Vermeidung des Eintritts in ein Pflegeheim verbessert werden kann. Das hängt mit sozialräumlichen Optimierungen zusammen. Folgende Faktoren können die Lebensqualität optimieren.

- Rechtzeitige Therapieanbindung
- Einbindung in soziale Netzwerke und Erweiterung der Wohnformen
- Die Selbstbestimmung zur eigenen Lebensführung
- Die Enttabuisierung sowie den Defiziten und Ängsten entgegenzuwirken
- Zugänge zu Freizeit- und Kulturangeboten erschliessen (vgl. ebd.: 149f.).

Es ist notwendig, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu eruieren, um die subjektiven Kriterien für die Lebensqualität in Erfahrung zu bringen. Weiter ist es wichtig, dem eher defizitären Krankheitsmodell Demenz entgegenzuwirken, um den Fokus auf die Ressourcen von Betroffenen richten zu können. Daher ist ein Zugang zu individuellen Lebenswelten von Menschen mit einer beginnenden Demenz durch die Bedürfnisorientierung angebracht. Weiter ist die Bedürfnisorientierung wichtig, um dem bereits in Kapitel 4.1 *Begriffsklärung Lebenswelt und Lebenslage* erwähnten Anspruch gerecht zu werden, sich der subjektiven Wirklichkeit der Betroffenen nähern zu können (vgl. ebd.: 137). Damit die Bedürfnisorientierung gelingen kann, ist eine Kultur des Zuhörens auf allen Ebenen der Begleitung erforderlich, sowohl bei der Pflege als auch bei der Betreuung. Um die Betroffenen ernst zu nehmen und um herauszufinden, was Menschen mit Demenz zu sagen haben, werden Beobachtungsverfahren wie *Dementia Care Mapping (DCM)*<sup>1</sup> eingesetzt. Die Professionellen oder anderen Beteiligten brauchen Kreativität und Empathie, um Menschen mit Demenz zuhören zu können und mit ihnen hinhören zu können (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008: 165). Darüber hinaus ist es möglich, auf der individuellen Ebene und auf dem Hintergrund des Konzepts einer interaktiven, wertschätzenden Kommunikation und *Validation*<sup>2</sup> sowie Biografiearbeit lebensweltorientiert zu handeln, damit gemeinsame Erfahrungen zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz geschaffen werden können (vgl. Karl 2016: 196). Es lässt sich feststellen, dass in der Arbeit auf der individuellen Ebene viele Zugangswege ausserhalb von Kognition und verbalem Austausch existieren. Hier gewinnt die nonverbale und körperorientierte Kommunikationsform an Bedeutung und stellt eine Art Brücke zwischen Menschen ohne Demenz und den Betroffenen dar. Der Verlust der kognitiven und sprachlichen Fähigkeit ermöglicht künstlerische und kreative Tätigkeiten, wie Musizieren oder Singen als neue Kommunikationsform bzw. Ausdrucksmittel (vgl. Wissmann et al. 2007: 30-33). Daraus erschliesst sich, dass es mit kreativen Wegen möglich und erforderlich ist, bei Menschen mit Demenz die Bedürfnisse zu erkunden.

### **Gemeinsame Erfahrungen fördern**

Die Inklusion von demenziell veränderten Menschen kann auch durch kulturelle Teilhabe gefördert werden. Menschen mit Demenz sind beispielsweise in der Lage, ein neues Musikinstrument und neue Musikstücke zu erlernen. Musik kann ein zentrales Medium für die

---

<sup>1</sup> Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein personenzentriertes Beobachtungsverfahren, das speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurde, bei denen Zufriedenheitsbefragungen nicht oder nur bedingt möglich sind. Mit Hilfe des DCMs ist es möglich, die Perspektive und das Wohlbefinden dieser Klienten einzuschätzen (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008: 165).

<sup>2</sup> „Es handelt sich bei Validation um eine Gesprächstechnik, die einen Zugang zum Erleben von Menschen mit Demenz ermöglicht.“ (Philipp-Metzten 2015: 63) Mit Validation ist eine Wertschätzende und deeskalierende Kommunikation gemeint, die auf die Akzeptanz der subjektiven Wirklichkeit der Menschen abzielt (vgl. Kitwood 2008: 135).



Kommunikation sein, um nonverbal als sozialer Aspekt des gemeinsamen Musizierens, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten (vgl. Hartogh 2015: 65). Gesellschaftliche Begegnungsräume (Nachbarschaft, Behörde, öffentliche Einrichtungen) als Räume, in denen Menschen mit und ohne Demenz aufeinandertreffen sind wichtig, weil sich aus der gemeinsamen Interaktion etwas Neues entwickeln kann. Personen, die einander beispielsweise durch gemeinsames Klavierspielen begegnen, erschaffen gemeinsam eine neue Situation. Folglich wird dieses gemeinsame Erschaffen als eine Bereicherung wahrgenommen (vgl. Wissmann et al. 2007: 11f.). Demzufolge sind die kulturellen Aktivitäten für Menschen mit Demenz sinnerfüllte Aktivitäten, welche die Lebensqualität steigern und eine normale Lebensführung stückweit ermöglichen. In Anbetracht dessen, dass Inklusion ein dynamischer Prozess und kein statischer Endzustand ist, zielt die individuelle Inklusionsförderung in Bezug auf Kreativität und künstlerische Gestaltung auf Normalität und gesellschaftliche Anerkennung (vgl. Hartogh 2015: 72). Zudem belegen wissenschaftliche Ergebnisse, dass auch spirituelle Orientierung, bzw. das Anknüpfen an spirituelle Bedürfnisse, die biografisch verankert sind, einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz hat (vgl. Wissmann et al. 2007: 34f.). Demnach können die sogenannten inklusiven Gottesdienste ein Ort für die gemeinsam gelebte Spiritualität sein und sind somit ein inklusionsförderndes Instrument. Die Menschen mit ihren vielfältigen Lebenserfahrungen und Lebenssituationen können damit angesprochen werden, mit dem Ziel, dass die Diagnose Demenz keinen Schrecken mehr hervorruft, sondern zur Menschlichkeit und Gemeinschaft gehört (vgl. Kunz 2016: 568f.). Soziale Kontakte mit gemeinsamen Aktivitäten vermitteln den Menschen mit Demenz Sicherheit und Wohlbefinden und wirken damit gegen die Einsamkeit (vgl. Wissmann 2010: 345). Hier können wieder Bezüge zu den oben beschriebenen Dimensionen der Lebensweltorientierung hergestellt werden, bei denen die Wichtigkeit der Gestaltung von sozialen Beziehungen, von Sozialraum und von der Bewältigung der Übergänge in verschiedene Lebensphasen, beziehungsweise Stadien der Demenz, in den Vordergrund rückt.

### **Das Gefühl der Akzeptanz bei Betroffenen fördern**

Die Teilhabe von Menschen mit Demenz manifestiert sich durch das Gefühl der Akzeptanz, welches sie konkret in ihrer Lebenswelt von einer solidarischen Gesellschaft vermittelt bekommen (vgl. Schulze 2013: 2). Folglich soll den Menschen mit Demenz eine Umgebung der Toleranz, Akzeptanz und Zuwendung gewährt werden, in der ihre Wünsche und Bedürfnisse befriedigt werden (vgl. Radman 2010: 44f.). Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Akzeptanz und sozialer Integrität kann im Verlauf der demenziellen Erkrankung verloren gehen oder bedroht sein. Es ist wichtig, den Alltag so zu organisieren, dass Menschen mit Demenz im Alltag gefördert werden, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und ihnen die Zugänge zur Teilhabe gewährt werden. In dieser Hinsicht tragen die Beziehungen zu

anderen Menschen einen grossen Teil dazu bei, damit Menschen mit Demenz das Gefühl erhalten, angenommen zu sein und damit sich ihre soziale Integrität entfalten kann (vgl. Kleiner 2012: 44-47).

Aus der Forschung ist bekannt, dass ältere Menschen eine höhere Lebensqualität aufweisen, je kommunikativer und engagierter sie sind. Durch dieses Aktivsein scheinen sie die geistigen Verluste durch neue Fähigkeiten zu kompensieren (vgl. Meyer-Lentl 2015: 138f.). Um diese Kommunikations- und Interaktionsprozesse mit Betroffenen zu realisieren, wird die *Person-Seins*<sup>3</sup> Stärkung nach Kitwood empfohlen (vgl. Karl 2016: 196). Auf der Basis des *personenzentrierten Ansatzes*<sup>4</sup> können die Bedürfnisse nach Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität, welche die Betroffenen nicht mehr verbal ausdrücken können, erkannt und befriedigt werden (vgl. Zwanzig 2012: 23). Somit kann der personenzentrierte Ansatz in der Betreuung von Menschen mit Demenz die soziale Teilhabe fördern, indem das Gefühl von Akzeptanz gefördert wird (vgl. Franken 2014: 20). Aus oben dargestellten Ausführungen wird ersichtlich, dass die Aufgabe der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit darin besteht, das Gefühl der Akzeptanz auf beiden Ebenen, sowohl individuell als auch strukturell zu fördern, um die Inklusion zu ermöglichen.

### **Psychosoziale Beratung**

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sind mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, die bereits im Kapitel 2.4 *Herausforderung Demenz* beschrieben sind. Die finanzielle Belastung (bis zu CHF 300'000 pro Person pro Jahr) und der Pflegeaufwand (bis zu 5,7 Stunden pro Tag) können zu körperlichen und seelischen Belastungen und Depressionen führen. Nicht nur bei Betroffenen, sondern auch bei Angehörigen. Die wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass durch proaktive Interventionen wie psychosoziale Beratung, Psychoedukation bzw. Schulung zur Kompetenzsteigerung (Empowerment), Case-Management und Selbsthilfe-Angebote diese negative Entwicklung abgewendet werden kann. Damit können Übertritte ins Pflegeheim deutlich verzögert werden (vgl. Radman 2010: 49f.). Daraus ist ersichtlich, dass psychosoziale Beratung eine bedeutende Handlungsmethode in der Lebensweltorientierung ist und die Menschen darin unterstützt, alltägliche Probleme zu bewältigen (vgl. Bauer 2016: 382). Infolgedessen können die Betroffenen durch die psychosoziale Beratung, in der Klärung des Verhältnisses von Belastungen und

---

<sup>3</sup> Definition von Person-Sein: „Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt, und Vertrauen. Ob jemandem Personsein zuerkannt wird oder nicht: Beides hat empirisch überprüfbare Folgen.“ (Kitwood 2008: 27)

<sup>4</sup> Personenzentrierter Ansatz nach Carl Rogers stammt aus der humanistischen Psychologie mit der Grundhaltung, die durch Empathie, Wertschätzung (Akzeptanz) und Kongruenz (Echtheit) geprägt ist (vgl. Widulle 2015: o.S.).

Ressourcen, in der Stressbewältigung, in Belangen der Sozialversicherungen mit Erschließung finanzieller Unterstützung und in der Erarbeitung von Perspektiven und tragfähigen Lösungen für das persönliche und soziale Leben, unterstützt werden (vgl. Benz-Fragnière 2017: 40).

### **Ressourcenorientierung**

Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Phänomens Demenz ist durch individuelle und gesellschaftliche Haltungen geformt und hat einen Einfluss auf die konkrete Praxis im Umgang mit dementen Menschen. Um Menschen mit Demenz nicht auf ihre Defizite zu reduzieren, sondern sie als Menschen mit Ressourcen und Fähigkeiten wahrzunehmen, muss die Gestaltung des Umgangs und der Arbeit mit Betroffenen entsprechend realisiert werden (vgl. Wissmann et al. 2007: 51f.). In den Kapiteln 1 *Einleitung* und 1.1 *Ausgangslage und Diskussion* ist bereits angesprochen worden, dass ein vorwiegend negatives Demenzbild in der Gesellschaft vorherrscht, welches mit Angst und Ablehnung verbunden ist. Als konkrete Ideen für Aktivitäten, die ein positives Bild in der Gesellschaft vermitteln können, wird Folgendes aufgezählt; Ideenwerkstatt im Bereich Kultur- und Kunstschaffen, Begegnung zwischen Jung und Alt, Veranstaltungen und Kampagnen, in denen Betroffene und ihre Angehörigen zu Wort kommen, Medienarbeit und anderes (vgl. ebd.: 51-54). Es ist besonders wichtig, die Menschen, die sich im frühen Stadium der Demenz befinden, nicht mit einer defizitären Etikettierung zu versehen. Sie sollen wahrnehmen, dass sie als Bürger und Bürgerinnen Teil der Gemeinschaft sind und sie es immer bleiben werden (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008:159).

In der Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der individuellen Ebene ist es wichtig, sich bei Menschen mit Demenz an ihrer Individualität zu orientieren und ihre individuellen Stärken hervorzuheben. Es ist erstrebenswert, dass sich Menschen mit Demenz positiv und als handlungsfähig erleben können. Die Angebote, die in diesem Zusammenhang aufgezählt werden können sind Stammtisch-Begegnungen mit freiwilligen Helfern und Helferinnen oder Nähstübchen und Ähnliches (vgl. Wissmann et al. 2007: 29). Viele Menschen mit Demenz können in ihrer Gemeinde kleine Aufgaben übernehmen. Sie können Gottesdienst-Funktionen übernehmen, Kindergartenkinder besuchen, ihnen vorlesen und mit ihnen zusammen kochen. Dennoch ist es wichtig, dass die Betroffenen partizipativ in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden und selbst bestimmen können, welche Angebote ihnen erschlossen werden sollen (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008:160f.). Durch ein positives Demenzbild, eine Fokussierung auf die Ressourcen und durch die Begegnungen mit Betroffenen kann das gesellschaftliche Lernen in Bezug auf Diversität stattfinden, welches für die Inklusion förderlich ist (vgl. Wissmann 2010: 345).

Aus oben dargelegten Themen lässt sich zusammenfassen, dass Inklusion auf der individuellen Ebene gefördert wird, indem die Bedürfnisse der Betroffenen mit verschiedenen Methoden aus dem personenzentrierten Ansatz zu eruieren sind. Die Bedürfniseruierung ermöglicht, der Lebenswelt beziehungsweise der subjektiven Wirklichkeit ein Stück näher zu kommen, damit die Betroffenen daraus einen gelingenderen Alltag herstellen können. Ebenso wichtig für die Inklusionsförderung sind gemeinsame Erfahrungen zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz, die vor allem in kultureller Hinsicht ermöglicht werden können. Zudem hat die Soziale Arbeit zur Aufgabe, Erfahrungsräume in der Öffentlichkeit zu schaffen, damit das defizitäre Demenzbild abgeschwächt und die Akzeptanz von Menschen mit Demenz gefördert wird. Mit der Methode der psychosozialen Beratung hat die Soziale Arbeit die Aufgabe, Zugänge zu verschiedenen Ressourcen zu erschliessen.

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit hat die Aufgabe der Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft in Form von unterstützendem, erziehendem und bildendem Handeln. Wobei sie im Widerspruch zwischen Hilfe und Kontrolle steht. Sie bezieht die alltäglichen Lebenserfahrungen und Kompetenzen, sowohl bei Adressaten und Adressatinnen als auch bei Professionellen der Sozialen Arbeit mit ein (vgl. Grunwald/Thiersch 2015: 934). Auf diesem Hintergrund vermittelt sie zwischen Politik bzw. Verwaltung und dem Individuum bzw. der Lebenswelt der Betroffenen. Diese intermediäre Funktion der Sozialen Arbeit, die Ressourcen zu verbinden, bezieht sich sowohl auf die individuelle Ebene als auch auf die strukturelle Ebene. Das heisst, die Kooperation mit Institutionen oder mit der Kunstszene im Quartier zu koordinieren und zwischen Betroffenen und Stadtverwaltung zu vermitteln. In diesem Zusammenhang wird im nächsten Kapitel die strukturelle Ebene mit der sozial-räumlichen Infrastruktur, die Sozialraumorientierung und demenzfreundliches Gemeinwesen diskutiert.

### 5.3 Strukturelle Ebene

In diesem Kapitel werden Rolle und Aufgaben der Lebensweltorientierung in Bezug auf Inklusion von Menschen mit Demenz auf der strukturellen Ebene dargestellt. Zuerst wird die politische Rolle der Sozialen Arbeit abgebildet. Danach wird der Bezug zur Rolle und den Aufgaben bei der Gestaltung der sozialräumlichen Infrastruktur und demenzfreundlichem Gemeinwesen hergestellt.

#### Politische Akteurin

Wie oben bereits dargestellt, kann Ausgrenzung auf der individuellen Ebene vermindert und verhindert werden. Wenn die Ausgrenzung strukturell institutionalisiert ist, erfordert dies eine Politik der Inklusion, welche die Ausgrenzung in Frage stellt (vgl. Kronauer 2010: 56f.). Bezogen auf die kritische Gesellschaftstheorie, die im Kapitel 4.2 *Grundlagen der Lebensweltorientierung* erläutert wurde, heisst dies, dass die lebensweltlichen Verhältnisse nicht aus sich selbst heraus verändert oder bewältigt werden können, weil sie immer durch strukturelle Rahmenbedingungen geprägt sind. Insofern sollen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit in politische Prozesse einmischen und die Rahmenbedingungen durch Verhandeln, Aufklären und gezielte Skandalisierung verändern (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 23). Bezogen auf die Sozialraumpolitik zielt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf die Kooperation zwischen allen sozialen Organisationen in einem Quartier, den Betroffenen und der Verwaltung. Die Soziale Arbeit erhält somit die intermediäre Rolle auf der strukturellen Ebene und hat die Rolle einer politischen Akteurin, die sich einmischt und Mitsprache bei den sozialen und pädagogischen Aufgaben der Stadtteilgestaltung hat. Sie ist Vermittlerin zwischen Verwaltung und Betroffenen, beziehungsweise der Stadtteilbevölkerung (vgl. Thiersch/Thiersch 2015: 362).

Seit der Einführung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) wird Inklusion als Menschenrecht benannt. Bei der Verwirklichung der Inklusion erhält die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession und als Akteurin eine wichtige Rolle in der Inklusionsvermittlung sowie Exklusionsvermeidung (vgl. Felder/Schneiders 2016: 8). Die Schweiz ist der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2014 beigetreten. Dadurch verpflichtet sie sich, neben der Beseitigung der Hindernisse mit welchen die Betroffenen konfrontiert sind, Menschen mit Behinderung gegen Diskriminierungen zu schützen sowie ihre Inklusion und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern (vgl. Bartjes et al. 2011: 14). Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Schweiz besteht bereits eine strukturelle bzw. rechtliche Grundlage für die Realisierung der gesellschaftlichen Inklusion. Auf diesem Hintergrund kann abgeleitet werden, dass diese Strukturen einer solidarischen Gesellschaft umzusetzen sind, damit sich Personen mit Demenz im Alltag und in ihrer räumlichen und sozialen Umgebung als akzeptierte und ebenbürtige Menschen wahrgenommen

fühlen können (vgl. Franken 2014: 15). Aus dargestellten Argumenten kann der Bezug zur Struktur- und Handlungsmaxime Einmischung hergestellt werden, woraus sich die Rolle der Sozialen Arbeit als politische Akteurin ableiten lässt und als Akteurin, die rechtliche Grundlagen wie die UN-Behindertenrechtskonvention umsetzt und eine intermediäre Rolle zwischen Systemen wie Quartier, Bevölkerung und Verwaltung aufweist.

### **Sozialräumliche Infrastruktur und ambulante Angebote**

In Bezug auf den Sozialraum bedeutet Lebenswelt die Kooperation zwischen verschiedenen Angeboten bzw. Institutionen, die im Sozialraum existieren und da auch aktiv tätig sind (vgl. Thiersch et al. 2010: 193). Grunwald und Thiersch (2004: 22f.) plädieren für ein prinzipielles Misstrauen gegenüber Institutionen und professionellen Entwicklungen. Das heisst, die Philosophie der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit beinhaltet neben oben genannter Gestaltung der Beziehung auf der individuellen Ebene auch die Gestaltung von sozialen Orten und institutionellen Problemlösungskonzepten. Sie zielt nicht nur auf einen gelingenderen Alltag, sondern auch auf die Veränderung der Verhältnisse beziehungsweise der Strukturen, die den Alltag bestimmen. Deshalb ist es von Bedeutung, eine sozialraumbezogene Soziale Arbeit zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, welche die Unterstützungsnetzwerke im Gemeinwesen fördert (vgl. Karl 2016: 197).

Hieraus kann ein Bezug zum Konzept der Sozialraumorientierung, das aus der Lebensweltorientierung entstanden ist, gemacht werden. Die Strukturmaximen Alltagsnähe, Dezentralisierung und Integration werden im Konzept der Sozialraumorientierung weiterverfolgt. Die Sozialraumorientierung richtet einerseits das Augenmerk auf institutionelle Angebote im erfahrenen Raum der Adressaten und Adressatinnen mit ihren vorhandenen und fehlenden Ressourcen und andererseits auf Spannungen zwischen Gruppen oder Individuen in unterschiedlichen Kontexten, Lebensphasen und mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Sie bedeutet Förderung der zivilgesellschaftlichen Tätigkeiten der Vereine, Bürgerinitiativen oder Selbsthilfeinitiativen, wodurch Bereiche erreicht werden können, die seitens der Sozialen Arbeit schwieriger oder nicht zu erreichen sind. So entsteht eine Art Kooperation zwischen Professionellen und Bürgeraktivitäten, womit eine neue soziale Infrastruktur in neuen Formen der Kooperation und Koordination zwischen Betroffenen bzw. Laien und Professionellen entstehen kann. Die Ressourcen beziehungsweise die Kompetenzen sowohl von Bürgern als auch von Professionellen, sollen verbunden und genutzt werden, damit ein gelingenderer Alltag angestrebt werden kann (vgl. Thiersch et al. 2010: 193f.).

Bezogen auf Menschen mit Demenz, die aufgrund der psychischen und psychosozialen Belastung mit dem Rückzug reagieren, was zur Isolation führt, besteht der Bedarf, auf der Ebene der Versorgungssysteme die Betroffenen zu stützen und ihnen Entlastungsmöglichkeiten zu gewähren. Damit sind niederschwellige Angebote im Bereich der Infrastruktur der

Wohnverhältnisse gemeint (vgl. Wissmann et al. 2007: 48). Konkret kann hier die Wichtigkeit der ambulanten Unterstützungsangebote gegenüber den stationären Angeboten genannt werden, weil die Strukturmaxime der Regionalisierung eine Präsenz der Angebote im Sozialraum und die Flexibilität der Hilfe vor Ort fordert (vgl. Thiersch et al. 2010: 193). Die Rolle der Sozialen Arbeit, die sich aus der Dimension des erfahrenen Raums erschliesst, besteht darin, die bestehende Infrastruktur zu hinterfragen sowie die Planung des Sozialraums zu initiieren und zu gestalten und Ressourcen im Lebensraum zu erschliessen. Die ambulant betreuten Wohn- und Hausgemeinschaften haben in den letzten Jahren als Alternative zum Leben in Pflegeheimen an Bedeutung gewonnen. Die Gründe dafür liegen in der bereits angesprochenen Herausforderung der demografischen Entwicklung bzw. der Zunahme der Anzahl von Menschen mit Demenz. Weitere Gründe stellen der gesellschaftliche Strukturwandel und der Rückgang familiärer Betreuungsressourcen dar sowie die Erkenntnis, dass vorhandene stationäre Versorgungsarrangements nicht alle Bedürfnisse der Menschen mit einer Demenz berücksichtigen können. Die ambulant betreuten Wohn- und Hausgemeinschaften beabsichtigen die Sicherstellung des Selbstbestimmungsrechtes, des Rechtes auf Normalität, des Rechtes auf Teilhabe an den gesellschaftlichen Ressourcen sowie die Vertrautheit der Wohn- und Lebenssituation. Ebenfalls streben die betreuten Wohn- und Hausgemeinschaften die Reduktion von Spitalaufenthaltstendenzen, die Herstellung einer familiären Atmosphäre und die Entlastung der Angehörigen an (vgl. Kleiner 2012: 41-43). Weiter tragen die ambulant betreuten Wohngemeinschaften dazu bei, dass die trägerorientierten Versorgungssysteme in den Hintergrund gelangen, um ein nützliches Angebot zu entwickeln. Die Rede ist von demenzfreundlichen Kommunen, in denen die ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Gestaltungsprozesse einbezogen werden (vgl. ebd.: 49). Es ist ein Umdenken in den institutionellen Versorgungssystemen erforderlich und die zivilgesellschaftlichen Bürgeraktivitäten sollen gestärkt werden, um den Betroffenen zu verhelfen, im häuslichen Umfeld leben zu können (vgl. Meyer-Lentl 2015: 137). Es erscheint wichtig, anzumerken, dass eine Umsetzung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe mit den sozialraumorientierten Formen der Community Care stattfinden kann. Die stationären Formen sollen nicht negativ eingeschätzt oder ausgeschlossen werden. Grundlegend sind die Wahlmöglichkeit und die Entscheidungsmacht der Betroffenen sowie die Unterstützungshilfe, mit welchen die Betroffenen ihre Selbstbestimmung verwirklichen können (vgl. Franken 2014: 23). Abschliessend lässt sich feststellen, dass eine gesunde gesellschaftliche Mischung notwendig ist. Das heisst, dass segregative Wohnformen und die Spezialangebote, die im Kapitel 1.1 *Ausgangslage und Diskussion* als Parallelwelten diskutiert wurden, durchaus Sinn machen können und nicht ganz abgelehnt werden dürfen. Beide Wohnformen, sowohl integrative als auch segregative, haben ihre

Berechtigung, weil ein demenzfreundliches Gemeinwesen für die Betroffenen auch Schutzräume in Form von Spezialangeboten bieten kann. Jedoch ist wichtig zu erwähnen, dass die Spezialangebote, die im Einzelfall sinnvoll sein können, auch kontraproduktiv sein können, weil soziale Inklusion und Teilhabe ein gemeinsames Wirken verschiedener Gruppen bedeutet und nicht das Nebeneinander getrennter Erlebniswelten. Daher ist eine Flexibilität der Wohn- und Versorgungsformen notwendig (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008:158). Aus dargestellter Diskussion kann zusammengefasst werden, dass ein demenzfreundliches Gemeinwesen eine Herausforderung ist, welcher folgendermassen definiert wird.

### **Demenzfreundliches Gemeinwesen**

Ob Menschen an der Gesellschaft teilhaben und teilnehmen können, manifestiert sich in den Orten, in denen sie leben. Es ist notwendig, Städte und Nachbarschaften auf dem Prinzip der sozialen Inklusion aufzubauen im Sinne eines demenzfreundlichen Gemeinwesens, in dem die Akteure der Zivilgesellschaft ein demenzgerechtes Umfeld schaffen (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008: 145f.). Der Begriff *demenzfreundlich* bedeutet „ein Gemeinwesen, in dem es sich für Menschen und Familien mit Demenz gut leben lässt und in dem die Teilhabe gelebte Wirklichkeit ist“ (Wissmann/Gronemeyer 2008: 146). Folgend werden Themen dargelegt, die zu einem demenzfreundlichen Gemeinwesen beitragen und für die Aufgaben der Sozialen Arbeit relevant sind.

#### Geteilte Verantwortung

Das Konzept des demenzfreundlichen Gemeinwesens verbindet den zivilgesellschaftlichen Ansatz und die Perspektive des bürgerschaftlichen Status von Menschen mit Demenz (vgl. Franken 2014: 22f.). Wie in den Kapiteln 1.1 *Ausgangslage und Diskussion* und 1.2 *Relevanz für die Soziale Arbeit* schon beschrieben, stellt Demenz mehrheitlich eine medizinische Domäne dar, wodurch sich alle anderen wichtigen Akteure der Gesellschaft aus der Verantwortung ziehen. Es ist wichtig, Demenz als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung anzuerkennen, wofür die Angehörigen aber auch jeder einzelne Mensch in der Gesellschaft und der Staat die Verantwortung tragen. Die Akteure, die diese Veränderungen initiieren müssen, sind die Menschen mit Demenz selbst, ihre Angehörigen, professionelle Helfer aus den sozialen Diensten und der Pflege, sowie Wohnformplaner, Dienstleister, Gemeinden, Verwaltungen, Polizei, Feuerwehr, Medien, Politik und jeder Bürger. Aktuell kann die Krankheit nicht geheilt werden. Jedoch es ist möglich, ein kleines Stück Verantwortung für ein demenzfreundliches Klima zu übernehmen und sich am Veränderungsprozess mit eigenen Möglichkeiten zu beteiligen (vgl. Bopp-Kistler 2016: 363-371). Deswegen ist eine öffentliche Diskussion über die Kompetenzen von Menschen mit einer beginnenden Demenz und über die Stärkung der Bürgerhelfer erforderlich, um sich als Mitglieder der Gesellschaft einer Verantwortung gegenüber diesen Mitbürgern bewusst zu werden (vgl. Meyer-Lentl 2015: 150f.). Hieraus kann erschlossen werden, dass die lebensweltorientierte



Soziale Arbeit zur Aufgabe hat, in der Gesellschaft die Verantwortungsübernahme von der Zivilgesellschaft einzufordern und zu fördern.

#### Aufklärung und zivilgesellschaftliches Engagement

Ein demenzfreundliches Gemeinwesen und soziale Inklusion verwirklichen sich dort, wo Hoffnung vorhanden ist und nicht dort, wo Angst dominiert und Menschen mit Demenz den Status von kranken Opfern haben. Demzufolge sind ein aufgeklärtes Demenzbild und eine Anerkennung des Andersseins erforderlich, sowie eine Akzeptanz des individuellen Schicksals, damit alle Bürger der Gemeinschaft, egal wie verschieden sie sind, Wertschätzung und Anerkennung erfahren können (Wissmann/Gronemeyer 2008: 147). Weiter realisiert sich das demenzfreundliche Gemeinwesen in der Sensibilisierung des Gemeinwesens. Das heisst, Demenz geht alle Menschen etwas an und muss ins Bewusstsein der Zivilgesellschaft gerückt werden. Gegen den stigmatisierenden Sprachgebrauch, dass sich Demenzkranke aggressiv verhalten, soll widersprochen werden. Die demokratische Zivilgesellschaft hat zur Aufgabe, alle ihre Mitglieder gegen Diskriminierung zu schützen. Die klassischen Wege der Sensibilisierung, wie Informationsveranstaltungen und Infostände reichen nicht aus. Angebote sollen kreativ ausgearbeitet werden, um Bürger und Organisationen zu bewegen, sich dem Thema Demenz anzunehmen und miteinander und voneinander zu lernen. Demenz ist kein Phänomen, mit dem sich nur Professionelle, Institutionen oder Disziplinen auseinandersetzen sollen. Ein bürgerliches Engagement trägt ebenfalls zu einem demenzfreundlichen Gemeinwesen bei (vgl. ebd.: 148-151). Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die soziale Teilhabe gelingen kann, wenn Beistand und Hilfe aus der Zivilgesellschaft generiert werden und ein öffentlicher Diskurs darüber vorhanden ist (vgl. ebd.: 140). Damit zivilgesellschaftliches Engagement stattfinden kann, ist es notwendig, dass sich die Bürger mit ihrem sozialen Nahraum (Stadt, Quartier) identifizieren können, um die Projekte unterstützen zu können (vgl. ebd.: 152). Auf diesem Hintergrund bestehen die Rolle und die Aufgaben der Sozialen Arbeit darin, Strukturen zu schaffen, damit die Zivilgesellschaft sich engagieren kann, sowie die Zivilgesellschaft in diesen Prozessen zu begleiten und zu unterstützen.

## 6 Schlussfolgerung

Die theoretische Auseinandersetzung mit den Phänomenen Demenz und Inklusion wurde im Kapitel 4 *Lebensweltorientierung* zusammen- und weitergeführt, um die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zu beantworten und daraus Erkenntnisse zu gewinnen. In diesem Kapitel werden die Beantwortung der Fragestellungen und die damit verbundenen Erkenntnisse zusammengefasst. Ebenso wird eine Reflexion und ein Ausblick auf weiterführende Fragen, die für die Soziale Arbeit relevant sind, dargestellt.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellung

Inklusion verlangt, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse, die exkludierend sind, überwunden werden müssen (vgl. Kronauer 2010: 56). Die Inklusion verwirklicht sich durch die Beseitigung von Barrieren oder durch Gewährung des Rechts auf Teilhabe. Dennoch braucht es Akteure, die Aktivitäten und Kontakte auf kommunaler und professioneller Ebene initiieren. Zusätzlich müssen neue Strukturen und Konzepte der professionellen, nicht professionellen, sowie verschiedener institutioneller Zusammenarbeit aufgebaut werden (vgl. Felder/Schneiders 2016: 106f.). Wie im Kapitel 5 *Aufgaben und Rolle der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Kontext von Demenz und Inklusion* dargelegt, agiert die lebensweltorientierte Soziale Arbeit als Vermittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft. Sie bezieht Ressourcen sowohl bei Professionellen als auch bei Betroffenen und richtet einen ganzheitlichen Blick auf Menschen unter Verwendung vom Theorie-, Erfahrungs- und Biografiewissen. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit berücksichtigt und reflektiert die Lebensbedingungen und Handlungszusammenhänge älterer Menschen damit die Freizeitgestaltung, die zu sozialer Inklusion beiträgt, nicht in einem Rückzugsraum stattfindet (vgl. Karl/Kolland 2010: 85). Die Frage, **inwiefern die Inklusion von Menschen mit Demenz unter Einbezug der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf der individuellen Ebene gefördert werden kann**, konnte aus dem Kapitel 5.1 *Dimensionen und Maximen – Ihre Bedeutung für die Rolle der Sozialen Arbeit* hergeleitet und im Kapitel 5.2 *Individuelle Ebene* beantwortet werden. Woraus geschlussfolgert werden kann, dass die Aufgabe in Bezug auf Bedürfniseruierung bei Menschen mit Demenz notwendig und von grosser Bedeutung ist, um den Alltag und die Routinen der Betroffenen zu verstehen und zu rekonstruieren um, ganz im Sinne der Lebensweltorientierung, den Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken. Es ist wichtig auf die Bedürfnisse und Ängste der Menschen mit Demenz einzugehen, um Inklusion fördern zu können. Genauso von Bedeutung sind die gemeinsamen Erlebnisse, die mit Förderung und Umsetzung der Partizipation einhergehen. Weitere

Aufgaben beziehen sich auf die Aktivierung von Ressourcen und die Orientierung am personenzentrierten Ansatz. Den Betroffenen soll mit Respekt, Akzeptanz und Echtheit zugemutet werden, den Alltag zu bewältigen und an Gestaltungsprozessen teilnehmen zu können. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, die Kompetenzen bei Menschen mit Demenz zu stärken, damit sie an Prozessen teilnehmen und Entscheidungen treffen können. Darüber hinaus stellt die psychosoziale Beratung eine bedeutende Handlungsmethode in der Lebensweltorientierung dar, um den Zugang zu verschiedenen Ressourcen zu ermöglichen. Bezogen auf die Frage **inwiefern die Inklusion auf der strukturellen Ebene gefördert werden kann**, die im Kapitel 5.3 *Strukturelle Ebene* bearbeitet wurde, kann Folgendes zusammengefasst werden.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in Bezug auf die Förderung der Inklusion auch auf der politischen Bühne parteilich und solidarisch. Sie wird dem ganzheitlichen Ansatz, beschrieben im Kapitel 1.2 *Relevanz für die Soziale Arbeit* gerecht, indem sie Vermittlungs- und Einmischungsaufgaben wahrnimmt. Sie versucht, die Betroffenen in Lebensbereichen zu unterstützen, die ausserhalb der eigenen Zuständigkeit sind. Folglich ist die parteiliche Einmischung in andere Zuständigkeiten ein konstitutives Merkmal lebensweltorientierter Sozialen Arbeit (vgl. Thiersch 2015a: 73). Daraus kann geschlossen werden, dass die wichtige Rolle der Sozialen Arbeit auf der strukturellen Ebene zu sehen ist. Einerseits ist die Analyse der gesellschaftlichen Verhältnisse notwendig und andererseits eine aktive Mitgestaltung der politischen Szene, wo sie wenn nötig, die soziale Problematik skandalisiert, um soziale Gerechtigkeit realisieren zu können.

Mit ihrem Beitritt zur UN-Behindertenrechtskonvention sind in der Schweiz die rechtlichen beziehungsweise strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen, um Inklusion von Menschen mit Demenz zu fördern. Die Soziale Arbeit erhält hier die wichtige Aufgabe, diese strukturelle Rahmenbedingung umzusetzen. Sie verpflichtet sich dem Grundsatz der Partizipation und der Ermächtigung, die bereits im Kapitel 1.2 *Relevanz für die Soziale Arbeit* beschrieben wurden, Menschen zu befähigen an der Gesellschaft zu partizipieren sowie ihnen Zugänge zu Ressourcen zu ermöglichen. Ebenso den Menschen zu zutrauen, im Sinne eines Empowerments, die Situationen ressourcenorientiert verändern zu können. Hiermit ist die Soziale Arbeit eine wichtige Akteurin in der Gesellschaft, mit der Aufgabe, die gesetzliche Grundlage der Behindertenrechtskonvention umzusetzen.

Um auf die Frage einzugehen, **inwiefern die sozialräumliche Infrastruktur von Bedeutung für die Inklusion ist**, auf die im Kapitel 5.3 *Strukturelle Ebene* eingegangen wurde, lässt sich Folgendes feststellen. Sozialraumorientierung als Konkretisierung der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit rückt die sozialräumliche Infrastruktur in den Fokus und zielt auf Verbesserung der Lebensverhältnisse. Darin ist Kooperation, Koordination und Vernet-

zung zwischen Institutionen eines Sozialraums von Bedeutung, damit Ressourcen gebündelt und Stärken verbunden, aber auch die wichtigen Bedürfnisse und die Biografie der Menschen eruiert werden können. Auf diesem Hintergrund kann der Bezug zur Handlungsmaxime Alltagsnähe, die in Kapiteln 4.4 *Struktur- und Handlungsmaximen* und 5.1 *Dimensionen und Maximen – Ihre Bedeutung für die Rolle der Sozialen Arbeit* beleuchtet wurde, hergestellt werden. Es besteht eine Notwendigkeit, die Institutionen nach innen zu den Betroffenen, aber auch nach aussen zum Gemeinwesen zu öffnen. Die Wohn- und Lebenssituation in der sich betroffene Menschen wohl fühlen und sie auch mitgestalten können, kann die Teilhabe an den gesellschaftlichen Ressourcen fördern. Demzufolge ist die Rolle der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Planung der sozialräumlichen Struktur gegeben. Es ist wichtig die Menschen mit Demenz ernst zu nehmen und mit ihnen zusammen partizipativ ihren Lebensraum zu gestalten und sie nicht in Demenzdörfern leben zu lassen, beziehungsweise in einer Realität leben zu lassen, die nicht real ist.

Die Frage **inwiefern das Gemeinwesen die Inklusion fördern kann**, wurde im Kapitel 5.3 *Strukturelle Ebene* beantwortet. Hier stehen innovative und kreative Wege des zivilgesellschaftlichen Engagements sowie eine geteilte Verantwortung in der Gesellschaft im Vordergrund. Damit können Menschen mit Demenz ihren Platz mitten in der Gesellschaft bekommen. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit bestehen in der Initiierung und Unterstützung des zivilgesellschaftlichen Engagements, sowie in der Schaffung von Strukturen, damit die Aufklärung in Richtung der Ressourcenorientierung und damit weg von einem defizitorientierten Demenzbild stattfinden kann.

Abschliessend lässt sich für die vorliegende Theoriearbeit sagen, dass sich die Lebensweltorientierung auf die Anerkennung der gesellschaftlichen Vielfalt beruft. Um die Inklusion von Menschen mit Demenz auf der individuellen Ebene zu fördern, beabsichtigt sie die Förderung der Kompetenzen von Individuen und auf der strukturellen Ebene eine Änderung der Lebensverhältnisse. Damit die Betroffenen mitwirken und den Alltag verändern können, müssen sie die gesellschaftlichen Verhältnisse verstehen, die sich im Alltag widerspiegeln. Ausserdem sollten die Ressourcen und Kompetenzen bei Betroffenen gestärkt werden, damit sie sich als Experten des eigenen Lebens erleben und erfahren sowie Probleme selbst bewältigen können, beziehungsweise Lebensbedingungen mit Unterstützungshilfe der Sozialen Arbeit aus eigener Kraft verändern können und ein gelingenderer Alltag entstehen kann. Auf der strukturellen Ebene ist die sozialpolitische Rolle der Sozialen Arbeit wichtig, um adäquate und niederschwellige Wohnverhältnisse in Form eines demenzfreundlichen Gemeinwesens zu gewährleisten. Die Planung des Sozialraums bzw. Quartiers ist ebenfalls eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit auf der strukturellen

Ebene. Weiter trägt eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit dazu bei, eine solidarische Gesellschaft anzustreben, welche die Vielfalt und Verschiedenheit der Menschen anerkennt und das defizitorientierte Gesellschaftsbild der Demenz vermindert.

## 6.2 Ausblick und Reflexion

In dieser Arbeit wurden die grundlegenden Überlegungen aus lebensweltorientierter Sicht zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Demenz diskutiert. Nachdem die zugrunde liegenden Fragen soweit beantwortet wurden, lassen sich folgende möglichen Themen diskutieren, die für die Soziale Arbeit von Bedeutung sind.

Aus oben dargelegten Ausführungen lässt sich feststellen, dass ein grosses Potenzial, um Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Demenz zu fördern und zu realisieren, im Gemeinwesen und in der Sozialraumorientierung liegt. Im Zusammenhang mit Sozialraumorientierung weisen Kessler und Reutlinger (2018: 1075) auf die Gefahr einer Deprofessionalisierung der Sozialen Arbeit hin, weil die Deinstitutionalisierung und die Aktivierung der Zivilgesellschaft bzw. von ehrenamtlich engagierten Bewohnern zur Beliebigkeit führen kann. Dem möchte die lebensweltorientierte Soziale Arbeit entgegenwirken, indem sie, wie in Kapitel 4.4 *Struktur- und Handlungsmaximen (Alltagsnähe)* betont, die professionelle Hilfe neben der zivilgesellschaftlichen Hilfe gleichwohl als erforderlich betrachtet. Professionelle Hilfe soll nicht durch ehrenamtlich engagierte Bürger ersetzt werden. Sie muss niederschwellig sein. Dabei bleibt die Frage offen, **inwiefern kann lebensweltorientierte Soziale Arbeit dieser Gefahr der Deprofessionalisierung entgegenwirken?**

Einen weiteren Aspekt stellt ein radikaleres Verständnis der Inklusion dar, bei dem Inklusion bedeutet, Strukturen zu haben, in denen Menschen nicht ausgeschlossen werden. Demnach spricht sich Inklusion gegen Sonderinstitutionen aus (vgl. Felder/Schneiders 2016: 33). Auf diesem Hintergrund ist es wichtig zu erwähnen, dass Teilnahme an Aktivitäten und Begegnung mit anderen Menschen in der Gemeinde nicht dem Bedürfnis jedes Menschen mit Demenz entspricht. Im Kapitel 2.3 *Stadien und Verlauf* wurden Stadien der demenziellen Erkrankung aufgezeigt. Daraus ist ersichtlich, dass bei einer schweren Demenz eine komplette Hilfebedürftigkeit bei alltäglichen Handlungen besteht. Es kann davon ausgegangen werden, wie im Kapitel 5.3 *Strukturelle Ebene* erläutert, dass gewisse Menschen mit Demenz eine segregative Wohnform als Schutzraum benötigen und diese auch bevorzugen. Woraus sich feststellen lässt, dass sich Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz im Spannungsfeld mit der Versorgungslandschaft befinden.

Menschen mit Demenz können in segregativen Wohnformen wie Pflegeheimen sehr wohl das Gefühl von Zugehörigkeit haben. Die Besuche von künstlerischen Veranstaltungen o-

der Begegnungen mit den Bewohnern im Quartier sind nicht Bedürfnisse eines jeden demenziell veränderten Menschen. Das heisst, dass Citizenship<sup>5</sup> nicht immer soziale Inklusion bedeutet, sondern eher etwas mit Zugehörigkeit zu tun hat. Es darf nicht eine übertriebene Citizenship-Orientierung stattfinden, weil dies sowohl die Betroffenen als auch andere Beteiligte überfordern kann (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008:156-157). Bezogen auf die Diskussion im Kapitel 1.1 *Ausgangslage und Diskussion*, in der die segregativen Wohnformen, auch Parallelwelten in Form von Demenzdörfern diskutiert wurden, lässt sich feststellen, dass die Versorgung der Menschen in segregativen Institutionen nur dann ethisch zulässig ist, wenn keine bessere Alternative vorhanden ist (vgl. Camenzind/Glauser 2018: 13). Daher ist es notwendig, abzuwägen und die Entscheidungen gut zu begründen. Hier kristallisiert sich das Strukturmerkmal der Nichtstandardisierbarkeit in der Sozialen Arbeit heraus. Oevermann (2009: 114) fasst dies als Dialektik von Expertise und Sicherung von Autonomie der Lebenspraxis zusammen, die den Kern der professionalisierten Tätigkeit der Sozialen Arbeit darstellt. Daraus erfolgt das Interesse, der folgenden Frage nachzugehen, **wie geht Lebensweltorientierung mit der Paradoxie zwischen wachsender Expertise versus Autonomie der Lebenspraxis um, in Bezug auf die Professionalisierungsdebatte?**

Um nun den Kreis zu schliessen, lässt sich feststellen, dass Inklusion nicht nur durch Förderung auf individueller Ebene, sondern auch auf struktureller Ebene realisiert wird. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit kann etwas bewirken in dem sie die gesellschaftlichen Verhältnisse analysiert und versteht. Damit kann sie sowohl auf der strukturellen Ebene als auch auf der individuellen Ebene etwas in Bewegung setzen und in Bezug auf Inklusion von Menschen mit Demenz eine Wirkung erzielen. Das heisst, die lebensweltorientierte Soziale Arbeit muss alles mobilisieren, um Klienten oder Klientinnen zu verstehen. Sie muss ihren Fall, ihre Lebenswelt und ihre Umwelt verstehen, gemeinsam Prozesse gestalten und die Betroffenen respektvoll einbeziehen, um gemeinsam kooperativ und partizipativ handeln zu können.

---

<sup>5</sup> Bürgerstatus (citizenship) bedeutet ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein und gleiche Rechte (demokratische Wahlmöglichkeiten und gleichwertige Behandlung) zu haben, wie die gesunden Menschen (vgl. Wissmann/Gronemeyer 2008:162).

## 7 Quellenangaben

### 7.1 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial - Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2006). Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien. In: [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/EthikprinzSozArbeitIFSW.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/EthikprinzSozArbeitIFSW.pdf) [Zugriffsdatum: 01. April 2018].
- AvenirSocial - Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. In: [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Do\\_Berufskodex\\_Web\\_D\\_gesch.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf) [Zugriffsdatum: 21. August 2017].
- Bartjes, Heinz/Kreutzner, Gabriele/Piest, Falko/Wissmann, Peter (2011). Soziale Arbeit und Demenz. Kann Soziale Arbeit helfen? Potenziale und Widerstände. Erschienen im Sozialmagazin. 36.Jg. (2). URL: [https://content-select.com/media/moz\\_viewer/527fcbcd-5c24-42b0-9e5c-68cd2efc1343/language:de](https://content-select.com/media/moz_viewer/527fcbcd-5c24-42b0-9e5c-68cd2efc1343/language:de) S. 10-24. [Zugriffsdatum 24. September 2017].
- Bassani, Franco (2017). Betreuungsmodell Demenzdorf. Ein Leben wie früher für Menschen ohne Heute. Erschienen am 20. Februar 2017. In: Schweizer Radio und Fernsehen URL: <https://www.srf.ch/news/schweiz/ein-leben-wie-frueher-fuer-menschen-ohne-heute> [Zugriffsdatum 27. Juli 2017].
- Bauer, Petra (2016). Psychosoziale Beratung und Lebensweltorientierung. In: Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Juventa Verlag. S. 382-405.
- Baumgartner, Markus/Bopp-Kistler Irene (2016). Von Wesensveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten. In: Bopp-Kistler, Irene (Hg.). Demenz. Fakten. Geschichten. Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub Sachbuchverlag. S. 193-203.
- Benz-Fraghière, Christelle (2017). Objektive Faktoren von Gesundheit und Krankheit II: Krankheitsverläufe, Bewältigung, Behandlungsmöglichkeiten. In: Handout aus Vorlesung Bachelor Modul BA 242. Klinische Soziale Arbeit. FHNW Basel. (13. März 2017).
- Bopp-Kistler, Irene (2016). Die Demenz beginnt schleichend. In: Bopp-Kistler, Irene (Hg.). Demenz. Fakten. Geschichten. Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub Sachbuchverlag. S. 14-35.
- Bopp-Kistler, Irene (2016). Die demenzfreundliche Gesellschaft In: Bopp-Kistler, Irene (Hg.). Demenz. Fakten. Geschichten. Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub Sachbuchverlag. S. 363-374.

- Camenzind, Martina/Glauser, Martin (2018). Personenzentriert pflegen – einfacher gesagt als getan. In: Krankenpflege. 111 Jg. (2). S. 12-15.
- Eidgenössisches Departement des Innern (Hg.) (o.J.). Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html> [Zugriffsdatum 24. August 2017].
- Fachlexikon der Sozialen Arbeit (2017). In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.). 8. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Felder, Marion/Schneiders, Katrin (2016). Inklusion Kontrovers. Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Franken, Georg (2014). Inklusion und Teilhabe - eine Begriffsklärung. Literaturstudie. URL: <http://dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2014/12/Inklusion-und-Teilhabe.pdf> [Zugriffsdatum 03. August 2017].
- Frewer-Graumann, Susanne (2014). Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. In: Böllert, Karin (Hg.). Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion. Band 3. Wiesbaden: Springer.
- Galuske, Michael (2015). Methoden der Sozialen Arbeit In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag eISBN: 9783497601783. S.1021-1035.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – Einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa. S. 13-37.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2015). Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. 5. erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 934-943.
- Hartogh, Theo (2015). Inklusion demenziell veränderter Menschen – aufgezeigt am Beispiel kultureller Teilhabe. In: Grosse, Thomas/Niederreiter, Lisa/Skladny, Helene (Hg.). Inklusion und Ästhetische Praxis in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa. S. 61-83.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten ICD 10 (o.J.). F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen. In: [http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html) [Zugriffsdatum 21. Januar 2018].



- Karl, Ute (2016). Lebensweltorientierte Arbeit mit älteren Menschen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.). Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Juventa Verlag. S.189-199.
- Karl, Ute/Kolland, Franz (2010). Freizeitorientierte Soziale Arbeit mit älteren und alten Menschen. In: Aner, Kirsten/ Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. S. 77-85.
- Keller, Dominik (2018). Neue Menschenrechte. Entstehung und Inhalt der UN-Behindertenrechtskonvention. In: SozialAktuell. 50. Jg. (3). S. 12-15.
- Kessl, Fabian/Reutlinger Christian (2018). Sozialraumorientierung. In: Böllert, Karin (Hg.). Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Verlag. DOI: 10.1007/978-3-531-19096-9. S. 1067-1094.
- Kitwood, Tom (2008). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Kleiner, Gabriele (2012). Selbstbestimmt im Alltag – Integriert im Gemeinwesen? Eine Untersuchung zu Lebensqualität von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. In: Rektorenkonferenz Kirchlicher Fachhochschulen (Hg.). Forschung trifft Praxis. Selbstverständnis und Perspektiven der Forschung an kirchlichen Hochschulen. Freiburg: FEL Verlag Forschung Entwicklung Lehre. S. 41-50.
- Kraus, Björn (o.J.). Lebenswelt und Lebensweltorientierung. Eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. URL: <http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf> [Zugriffsdatum 30. März 2018].
- Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (2017). Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8. Vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kricheldorf, Cornelia (2014). Lebensweltorientierung. In: Becker, Stefanie/Brandenburger, Hermann (Hg.). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Wissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Hans Huber Verlag. S. 108-110.
- Kronauer, Martin (2010). Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kunz, Ralph (2016). Demenz und Spiritualität – eine inklusive Sicht. In: Bopp-Kistler, Irene (Hg.). Demenz. Fakten. Geschichten. Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub Sachbuchverlag. S. 563-569.

- Maier, A/Barnikol, U.B. (2014). Neurokognitive Störungen im DSM-5. Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik. URL: [http://sakam.it/sakam/images/pdf/Sonderausbildung\\_2014-2017/12.02.2015\\_Demenz\\_1\\_NEUROKOGNITIVE\\_STÖRUNGEN\\_IM\\_DSM\\_V\\_%20W.Maier\\_et\\_al.,%20Nervenarzt,\\_Mai\\_2014,\\_85\\_564-570.pdf](http://sakam.it/sakam/images/pdf/Sonderausbildung_2014-2017/12.02.2015_Demenz_1_NEUROKOGNITIVE_STÖRUNGEN_IM_DSM_V_%20W.Maier_et_al.,%20Nervenarzt,_Mai_2014,_85_564-570.pdf) S. 564-570 [Zugriffsdatum 21. Januar 2018].
- Matolycz, Esther (2011). Pflege von alten Menschen. Wien. New York: Springer
- Mecheril, Paul/Plösser, Melanie (2015). Diversity und Soziale Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. 5. erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 322-331.
- Merten, Ueli (2016). Kooperation und Partizipation – Ein ethisch gemischtes Doppel. In Merten, Ueli/Zänggl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag. S. 187-212.
- Meyer-Lentl, Cornelia (2015). „Was ich noch vergessen habe...“ Lebensqualität aus der Sicht von Menschen mit einer beginnenden Demenz im häuslichen Umfeld. In: Alisch, Monika/Michael, May (Hg.). „Das ist doch nicht normal...!“ Sozialraumentwicklung, Inklusion und Konstruktionen von Normalität. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag. S. 137-152.
- Obrist, Beatrice (2007). Leben mit Demenz. Aufgabenfelder und Erfordernisse für die Soziale Arbeit. URL: [http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial\\_aktuell\\_5551\\_5554.pdf](http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_5551_5554.pdf) [Zugriffsdatum 27. Juli 2017].
- Oevermann, Ulrich (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller, Silke (Hg.). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. S. 113-142.
- Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2015). Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Radman, Ivana (2010). Demenz: Medizinische Fakten zu einem komplexen Problem. In: Christen, Markus/Osman, Corina/Baumann-Hölzle, Ruth (Hg.). Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Peter Lang Verlag. S. 17-52.
- Radvanszky, Andrea. (2013). Die Alzheimer Demenz als soziologische Diagnose. URL: [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG\\_Band46\\_Kapitel08\\_Radvanszky.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band46_Kapitel08_Radvanszky.pdf) S. 122-142. [Zugriffsdatum 20. Juli 2017].

- SAMW. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2017). Medizinethische Richtlinien. Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. In: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> [Zugriffsdatum 22. Februar 2018].
- Schulze, Sandra (2013). Gemeinsam statt einsam – Gesellschaftliche Inklusion von Demenzzkranken unter besonderer Berücksichtigung von Demenz-Wohngemeinschaften. Masterarbeit. Ruhr-Universität Bochum. Fakultät für Sozialwissenschaft. URL: [https://www.sowi.rub.de/mam/content/heinze/heinze/masterarbeit\\_schulze.pdf](https://www.sowi.rub.de/mam/content/heinze/heinze/masterarbeit_schulze.pdf) [Zugriffsdatum 15. Januar 2018].
- Schürch, Barbara/Weiss, Stephanie (2017). Stadt und Quartier auf der Augenhöhe. In: Handout aus Vorlesung. Urbane Lebenswelten, Barrierefreiheit, Design für Alle, Simulationsspaziergänge. Bachelor Modul BA 263 Stadt, Wandel, und urbane Lebenswelten als Herausforderung für die Soziale Arbeit. FHNW. Basel. (14. März 2017).
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hg.) (o.J.). Zahlen und Fakten zur Demenz. In: <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html> [Zugriffsdatum 04. März 2018].
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2015a). Demenzfreundlich – was Sie in Ihrer Gemeinde tun können. In: <http://www.alz.ch/ow-nw/index.php/angebote-163.html> [Zugriffsdatum 24. August 2017].
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hg.) (2015b). Demenzformen und Ursachen. In: <http://www.alz.ch/index.php/demenzformen-und-ursachen.html> [Zugriffsdatum 24. August 2017].
- Schweppe, Cornelia (2010). Soziale Altenarbeit. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer. S. 505-521.
- Tedeschi, Andrea (2017). In Wiedlisbach soll das erste Demenzzdorf der Schweiz entstehen. Erschienen am 15. September 2017. In: Neue Zürcher Zeitung. URL: <https://www.nzz.ch/gesellschaft/im-jura-soll-das-erste-demenzzdorf-der-schweiz-entstehen-ld.1316410> [Zugriffsdatum: 22. November 2017].
- Thiersch, Hans (2014). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans (2015a). Strukturelle Offenheit. In: Thiersch, Hans (Hg.). Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze. Band 1. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 69-84.
- Thiersch, Hans (2015b). Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In: Podcast Vorlesung Bachelor Modul BA 101 Soziale Arbeit als Wissenschaft und Profession I. FHNW. Olten. (09. November 2015).

- Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Königter, Stefan (2010). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer. S. 175-195
- Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus (2015). Lebensweltorientierung. In: Thiersch, Hans (Hg.). Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze. Band 1. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 327-363.
- Thiersch, Hans/Thiersch, Renate (2015). Dimensionen der Sozialraumorientierung. Entwicklungsperspektiven für Kindereinrichtungen. In: Thiersch, Hans (Hg.). Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Handlungskompetenz und Arbeitsfelder. Gesammelte Aufsätze. Band 2. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 343-363.
- UN-Behindertenrechtskonvention (Hg.) (o.J.). In: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/menschen-mit-behinderungen-3755/> [Zugriffsdatum 08. August 2017].
- Wetzstein, Verena (2010). Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. In: Christen, Markus/Osman, Corina/Baumann-Hölzle, Ruth (Hg.). Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Peter Lang Verlag. S. 53-69.
- Widulle, Wolfgang (2015). Personenzentrierte Beratung. Block 8. Videolecture 2. In: Vorlesung Bachelor Modul BA 111 Grundlagen der Kommunikation, Gesprächsführung und Beratung. Handout: Prozessaspekte und Interventionen im personenzentrierten Beratungsgespräch. FHNW. Olten. (07. April 2015).
- Wissmann, Peter (2010). Demenz - ein soziales und zivilgesellschaftliches Phänomen. In: Aber, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 339-346.
- Wissmann, Peter (2015). Nebelwelten. Abwege und Selbstbetrug in der Demenz-Szene. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Wissmann, Peter (2016). Demenz: Ausschluss aus der Inklusiven Gesellschaft. Berlin: Verlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Wissmann, Peter/Eisenberg, Sandra/Grambow, Eckhard/Koczy, Petra/Kruse, Andreas/Kuhn, Christina/Margraf, Kirsten/Müller-Hergl, Christian/Riesner, Christine/Ulmer, Eva-Maria/Zegelin, Angelika (2007). Demenzkranken begegnen. In: Stiftung Bösch, Robert (Hg.). Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Wissmann, Peter/Gronemeyer, Reimer (2008). Demenz und Zivilgesellschaft - eine Streitschrift. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Zentrum für Gerontologie. (2016). Kulturwissenschaftliche Beiträge der Demenzforschung. 2. Kongress Kulturwissenschaftliche Altersforschung. Universität Zürich. (18-20. November 2016). In: [http://www.zfg.uzh.ch/dam/jcr:88b29fa9-044c-4b69-b9d6-ec4afbd32051/Demenz\\_Kongress\\_2016\\_Abstract\\_lang.pdf](http://www.zfg.uzh.ch/dam/jcr:88b29fa9-044c-4b69-b9d6-ec4afbd32051/Demenz_Kongress_2016_Abstract_lang.pdf) [Zugriffsdatum 22. Januar 2018].

Zwanzig, Astrid (2012). Gemeinschaftsgärtnern mit Dementen. Hamburg: Diplomica Verlag.

## **7.2 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Merkblatt, Skala zur Beurteilung der Demenz. Clinical Dementia Rating CDR. (o.J.). Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau. In: [https://www.ag.ch/media/kanton\\_aargau/dgs/dokumente\\_4/gesundheitsversorgung/restkostenfinanzierung/stationaer/demenzzuschlag/Merkblatt\\_Definition\\_und\\_Codierung\\_Demenz\\_20120827.pdf](https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/dgs/dokumente_4/gesundheit_1/gesundheitsversorgung/restkostenfinanzierung/stationaer/demenzzuschlag/Merkblatt_Definition_und_Codierung_Demenz_20120827.pdf) [Zugriffsdatum 22. Januar 2018].