



universität
wien

Masterarbeit / Master's Thesis

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Menschen mit Demenz begegnen. Eine empirische Untersuchung zur Frage nach sozialen Lern- und Bildungsprozessen von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen im Rahmen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz der Caritas Pflege Wien“

verfasst von / submitted by

Alexandra Wolf, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

MA Bildungswissenschaft

Betreut von/ Supervisor:

Ass.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Andrea Strachota

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- 1.) dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und mich auch sonst keinerlei unerlaubter Hilfen bedient habe.
- 2.) dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, November 2020

Alexandra Wolf, BA

Vorwort

Bevor ich inhaltlich in das ausgewählte Thema meiner Abschlussarbeit einsteige, möchte ich ein paar Worte zu meinem persönlichen Zugang erwähnen. Als ich im April 2018 im Rahmen des Psychotherapie Propädeutikums ein Praktikum bei der Caritas Pflege Wien im Projekt *Café Zeitreise – Vergesslichkeit und Demenz gemeinsam bewältigen* begonnen hatte, hätte ich mir nicht gedacht, dass ich zwei Jahre später meine Masterarbeit in diesem Bereich verorten würde. Die Erfahrungen, die ich als Praktikantin und später als ehrenamtliche Mitarbeiterin in diesem Projekt sowie in weiterer Folge im Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz* machen durfte, haben mich dazu inspiriert, mich auch außerhalb dieser Tätigkeit intensiver mit der Thematik zu beschäftigen. Schlussendlich habe ich mich dazu entschieden, den letzten großen Schritt meiner Studienlaufbahn mit diesem persönlichen Interesse zu verbinden und mich auf einer wissenschaftlichen Ebene mit dem Phänomen Demenz auseinanderzusetzen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, welche mich innerhalb der vergangenen sechs Jahre meiner Studienzeit begleitet und unterstützt haben. Allen voran meiner Familie, welche mir die – in der heutigen Zeit schon für viele selbstverständlich gesehene – Möglichkeit geboten hat, in eine andere Stadt zu ziehen und mich hier uneingeschränkt für ein Studium meiner Wahl und somit für meinen weiteren zukünftigen Weg zu entscheiden. Danke für Eure Unterstützung und Euer Vertrauen!

Außerdem möchte ich mich bei allen bedanken, die an der Entstehung der vorliegenden Masterarbeit mitgewirkt haben – allen Beteiligten des Projekts *Freizeitbuddys bei Demenz* der Caritas Pflege Wien, insbesondere den beiden Projektkoordinatorinnen sowie meinen Kolleg*innen, welche als Interviewpartner*innen ihre persönlichen Erfahrungen und Perspektiven mit mir geteilt haben. Vielen herzlichen Dank an Euch!

Abschließend möchte ich mich noch bei Andrea Strachota und Barbara Pichler bedanken, welche durch ihr Lehrveranstaltungsangebot am Institut für Bildungswissenschaft unabhängig voneinander beide maßgeblichen dazu beigetragen haben, mein Interesse für die vorliegende Thematik zu wecken und mich somit ganz besonders in meiner Studienlaufzeit geprägt haben. Ein großer Dank gilt Ihnen beiden für die Betreuung meiner Masterarbeit, insbesondere Ihnen Frau Pichler für die Unterstützung meines Forschungsvorhabens im Rahmen Ihrer Freizeit!

Herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
I Problemaufriss	1
II Forschungslücke & Forschungsfrage	2
III Bildungswissenschaftliche Relevanz	3
IV Methodische Vorgehensweise.....	4
V Aufbau der Masterarbeit.....	4
TEIL I – Theoretische Grundlagen	7
1. Das Phänomen Demenz – ausgewählte Perspektiven und Definitionsversuche	7
1.1 Zur sprachlichen Bedeutung des Terminus Demenz.....	8
1.2 Demenz aus medizinischer Perspektive	10
1.3 Demenz in Zahlen	12
1.4 Demenz als Behinderung des Alters	13
1.4.1 Exkurs UN-BRK – Inklusion und Teilhabe	15
1.4.2 Die Rolle der Inklusiven Pädagogik.....	17
1.5 Demenz in der öffentlichen Wahrnehmung	19
1.6 Demenz aus der Perspektive der Betroffenen	24
2. Einstellung und Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz	25
2.1 Exklusion von Menschen mit Demenz.....	28
2.1.2 Exklusionsursachen.....	29
2.3 Änderungsstrategien bzgl. sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz	33
2.3.1 Änderungsstrategie – Informationsweitergabe.....	34
2.3.2 Änderungsstrategie – Kontakthypothese.....	35
2.4 Soziales Lernen	39
Teil II – Die empirische Untersuchung	41
3. Methodische Vorgehensweise.....	41
3.1 Identifizierung des Forschungsgegenstands.....	41

3.1.1 Das Projekt – Freizeitbuddys bei Demenz	42
3.1.2 Die Freizeitbuddys bzw. ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen	44
3.2 Forschungsdesign	45
3.3 Erhebungsmethode – Qualitatives Leitfadeninterview	48
3.3.1 Das pädagogisch reflexive Interview	49
3.3.2 Theoretische Grundlagen und methodologische Ansätze	51
I Das Verhältnis von Lernen und Bildung	51
II Das problemzentrierte Interview	52
III Subjektive Theorien	54
3.3.3 Die Interviewpartner*innen.....	56
3.3.4 Der Prozess der Datenerhebung	57
3.4 Auswertungsmethode – Qualitative Inhaltsanalyse	59
3.4.1 Analysetechnik – Die inhaltliche Strukturierung	61
3.4.2 Erstellung des Kategoriensystems.....	62
3.4.3 Der Prozess der Datenauswertung.....	64
4. Darstellung der Ergebnisse	66
HK 1 – Vor dem Freiwilligeneinsatz	67
HK 2 – Beginn des Freiwilligeneinsatzes	70
HK 3 – Aktuelle Perspektiven.....	72
HK 4 – Reflexion – persönliche Veränderungen	76
NK 2 – Ausblick.....	80
5. Diskussion & Beantwortung der Forschungsfrage	81
6. Zusammenfassung & Ausblick	88
6.1 Theoretische & praktische Implikationen	89
6.2 Limitationen	90
Literaturverzeichnis.....	92
Abkürzungsverzeichnis.....	99
Anhang	100

App. 1 Abstract – Deutsch	100
App. 2 Abstract – English	101
App. 3 Statistiken – Alzheimer Europe.....	102
App. 4 Interviewleitfaden.....	103
App. 5 Transkriptionsregeln.....	106
App. 6 Liste der Kategorien inkl. theoriegeleiteter Fragestellungen	107
App. 7 Kategoriensystem	108

Einleitung

I Problemaufriss

„Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich 115.000 bis 130.000 Menschen mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich dieser Anteil bis zum Jahr 2050 verdoppeln und der Betreuungs- und Pflegebedarf wird somit weiter steigen. Hierbei wird die Versorgung von Menschen mit Demenz eine der größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft werden“ (Oberhauser 2015, VIII).

So die einleitenden Worte der damaligen Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser im österreichischen Demenzbericht aus dem Jahr 2014. Bei näherer Beschäftigung mit dem Begriff *Demenz* wird schnell klar, dass es sich hierbei um ein mittlerweile breit diskutiertes Themengebiet handelt und nicht mehr lediglich um ein medizinisches Phänomen: „Demenz ist eines sicherlich heute nicht mehr: ein Tabuthema. Denn überall wird darüber gesprochen und berichtet, geschrieben und getalkt“ (Wißmann 2017, 23).

Hollywood-Filme wie *The Notebook* (dt. *Wie ein einziger Tag*) (2004) oder *Still Alice – Mein Leben ohne Gestern* (2014), aber auch deutschsprachige Produktionen wie *Honig im Kopf* (2014) bringen das Thema Demenz für die breite Masse auf die Kinoleinwände und vermitteln gleichzeitig ein gewisses Bild von Menschen, die von einer demenziellen Veränderung betroffen sind. Doch wie wird das Phänomen Demenz in einer leistungsorientierten Gesellschaft wie der unseren wahrgenommen bzw. welche Vorstellungsbilder sind mit einer Demenzdiagnose verknüpft? Eine mögliche Antwort auf diese Frage lässt sich bei Peter Wißmann (2017, 22) finden:

„Beim Begriff Demenz denkt fast jedermann automatisch an sehr stark beeinträchtigte Menschen. Diese sind scheinbar völlig orientierungslos, können sich sprachlich kaum noch ausdrücken, sind ständig auf der Suche, unruhig und tun verrückte oder gar gefährliche Dinge. Dieses Bild könnte man als das offizielle Demenzbild in unserer Gesellschaft bezeichnen, das das Denken und Fühlen der meisten Menschen bestimmt.“

Auch auf der Homepage der *Caritas Pflege* lassen sich aktuelle Zahlen zum Phänomen Demenz in Österreich finden – laut diesen „leiden derzeit rund 120.000 Menschen an einer demenziellen Erkrankung“ (Caritas Pflege Wien 2020). Bei näherer Betrachtung dieser Beschreibung wird deutlich, dass auch hier implizit ein bestimmtes Bild von Demenz vermittelt wird – Demenz wird als *Krankheit* definiert, unter welcher die Betroffenen *leiden*. Das in der Gesellschaft vorherrschende Bild des leidenden, vulnerablen, von anderen abhängigen und als Belastung der Leistungsgesellschaft wahrgenommenen Demenzkranken wird unter anderem durch die Ergebnisse einer empirischer Studie der Alzheimer Europe Gesellschaft (2013) bestätigt. Gerritsen et

al. (2018) betonen an dieser Stelle, dass sich die Art und Weise, wie Menschen mit Demenz von anderen wahrgenommen werden, auch auf das soziale Miteinander bzw. den Umgang mit Betroffenen auswirken könne. Diesen Aspekt gilt es an späterer Stelle in Kapitel 1.5 erneut aufzugreifen und zu diskutieren.

In Hinblick auf die sozialen Auswirkungen einer Demenzdiagnose merkt Wißmann (2017, 23) kritisch an, dass er das Thema Demenz zwar mittlerweile deutlich als „in der Gesellschaft angekommen“ sieht, er an dem Umstand, dass die Betroffenen auch „als vollwertige Mitglieder dieser Gesellschaft angekommen“ seien, hingegen stark zweifle. Aufklärung in Form von Informationsveranstaltungen, Sensibilisierungskampagnen etc. soll zu einer Änderung der negativen Einstellung gegenüber Menschen mit Demenz im westlichen Kulturkreis führen und so in weiterer Folge den Weg für eine „Kultur der offenen Begegnung und des ethisch gelingenden Miteinanders“ (Schulz-Nieswandt 2012, 593) ebnen.

Wißmann (2016) und Cloerkes (2007) betonen hingegen, dass die Aufklärung der Bevölkerung nicht hinreichend sei, um zu dem von Schulz-Nieswandt (2012) angedeuteten Kulturwandel beizutragen. Der Kontakt bzw. die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz sei hier maßgeblich, um auch die vorliegenden Berührungsängste zu überwinden und zu einer inklusiven Gesellschaft beizutragen (Wißmann 2016, 46f).

In den vorangegangenen Ausführungen wurde die Problematik der vorherrschenden defizitären Demenzbilder in unserer Gesellschaft dargestellt und zugleich mögliche soziale Auswirkungen verdeutlicht, welche mit dem Ausschluss von Menschen mit Demenz aus gesellschaftlichen Lebensbereichen in Verbindung gebracht werden können. Angesichts dieser Ausgangssituation stehen im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit Versuche der Entstigmatisierung von Menschen mit Demenz sowie der Sensibilisierung der Gesellschaft im Zuge eines ausgewählten Projekts der *Caritas Pflege Wien* im Fokus der Aufmerksamkeit.

II Forschungslücke & Forschungsfrage

In Bezug auf die gesellschaftliche Sensibilisierung und Entstigmatisierung der Betroffenen verweist Peter Wißmann (2016) auf den Begriff des *sozialen Lernens*, da es laut seinen Ausführungen durch soziale Lernprozesse gelingen könnte, die vorliegenden Berührungsängste in der Bevölkerung abzubauen. Der Begriff des sozialen Lernens wird in diesem Zusammenhang auch von Frank Schulz-Nieswandt (2012, 593) aufgegriffen, welcher betont, dass eben jene Lernprozesse zu einem Kulturwandel beitragen könnten, wobei er hier von einer „Kultur der offenen

Begegnung“ spricht. Was genau die beiden Autoren unter einem sogenannten *sozialen Lernprozess* verstehen, geht aus ihren Ausführungen allerdings nicht hervor.

In der einschlägigen Literatur werden der Ausgangspunkt des vorliegenden Problems – der Ausschluss von Menschen mit Demenz aus der Gesellschaft – und das Ziel der Änderungsstrategien bezüglich der aktuellen Situation – die gesellschaftliche Inklusion der Betroffenen – breit diskutiert. Der *Weg* vom Ausgangspunkt zum Ziel hingegen scheint noch unklar. So werden in der österreichischen Demenzstrategie beispielsweise Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen formuliert, konkrete Anweisungen, wie diese Ziele erreicht werden sollen, fehlen allerdings.

In Anlehnung an die Überlegungen von Cloerkes (2007), Wißmann (2016) und Schulz-Nieswandt (2012) soll daher im Rahmen des empirischen Teils dieser Masterarbeit der sogenannten *Kontakthypothese* auf den Grund gegangen werden. Dabei werden Begegnungsräume, in welchen laut Wißmann (2016) soziale Lernprozesse stattfinden, genauer untersucht, um so der Frage nach dem *Weg* hin zu einer „Kultur der Offenheit“ (Schulz-Nieswandt 2012, 597) und der Inklusion von Menschen mit Demenz nachzugehen. Beispielhaft wird hierzu, wie bereits weiter oben erwähnt, ein ausgewähltes Projekt der *Caritas Pflege Wien* zur näheren Betrachtung herangezogen, welches einen solchen Ort der Begegnung für Menschen mit und ohne Demenz bereitstellt. Die dieser Masterarbeit zugrundeliegende, forschungsleitende Frage wurde in Anlehnung an die oben genannten Überlegungen wie folgt formuliert:

*Wie gestalten sich soziale Lern- und Bildungsprozesse für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen im Rahmen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz der Caritas Pflege Wien?*

III Bildungswissenschaftliche Relevanz

Bevor knapp auf die in dieser Arbeit gewählte methodische Vorgehensweise eingegangen wird, soll zunächst noch die bildungswissenschaftliche Relevanz der Thematik verdeutlicht werden. Und so stellt sich an diesem Punkt die Frage, warum es notwendig erscheint, sich im Rahmen der bildungswissenschaftlichen Disziplin mit dem Thema *Demenz* zu beschäftigen. Wäre Demenz nicht viel eher ein Thema für die Medizin oder im Speziellen für die Pflegewissenschaft? Auf der anderen Seite könnte die Frage allerdings ebenfalls lauten: Warum sollte sich die Bildungswissenschaft nicht *ebenfalls* mit dieser Thematik auseinandersetzen? Wäre es nicht von Vorteil, wenn sich jede sozialwissenschaftliche Disziplin mit einem Phänomen beschäftigt, welches auf der sozialen Ebene für Betroffene und deren Angehörige massive Auswirkungen

mit sich bringt bzw. würden nicht unterschiedliche Perspektiven auf ein Phänomen zu einem besseren Verständnis beitragen?

Obwohl der Medizin laut Wißmann und Gronemeyer (2008, 76) nach wie vor die „Deutungshoheit“ angesichts der Demensthematik bzw. -problematik zugesprochen wird, betonen die Autoren nachdrücklich, dass Demenz „nicht die Angelegenheit einer einzigen oder weniger Disziplinen sein [kann; Anm. A.W.]. Demenz geht alle an! Ethik, Medizin, Kultur, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Pflege, Theologie, Psychologie und Anthropologie: Sie alle haben einen gleichberechtigten Beitrag zum Diskurs zu leisten“ (ebd.).

Doch welchen Beitrag hat die Bildungswissenschaft als Disziplin an dieser Stelle zu leisten? Hinsichtlich des vorliegenden Forschungsinteresses bzw. der damit verbundenen Forschungsfrage scheint auch diese Frage klar beantwortet werden zu können. Im Fokus der empirischen Untersuchung dieser Masterarbeit stehen *soziale Lernprozesse* und die Möglichkeit daraus resultierender *Bildungsprozesse* – auf das Verhältnis von Lernen und Bildung wird an späterer Stelle näher eingegangen. Wer, wenn nicht die Bildungswissenschaft, wäre für die Erforschung von Lern- und Bildungsprozessen besser geeignet? Abgesehen von dieser in erster Linie offensichtlichen Verbindung zur bildungswissenschaftlichen Disziplin wird versucht im Laufe der Arbeit noch weitere Aspekte aufzuzeigen, welche die Auseinandersetzung mit dem Phänomen *Demenz* aus bildungswissenschaftlicher Perspektive notwendig erscheinen lässt. Um diese Überlegungen näher auszuführen, wird der Rolle der *Inklusiven Pädagogik* als Teilgebiet der Bildungswissenschaft in Zusammenhang mit der Perspektive *Demenz als Behinderung des Alters* ein eigenes Kapitel (1.4.2) gewidmet.

IV Methodische Vorgehensweise

Angesichts des ausgewählten Forschungsgegenstands sowie dem damit in Zusammenhang stehenden Forschungsinteresse wurde für die Bearbeitung der eingangs formulierten Forschungsfrage ein *qualitatives* Forschungsdesign gewählt. Die Daten wurden im Zuge qualitativer, leitfadengestützter Interviews mit ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des im Fokus stehenden Projekts der Caritas Pflege Wien erhoben und mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Philipp Mayring (2015) ausgewertet, wobei hier als Analysetechnik die *inhaltliche Strukturierung* gewählt wurde.

V Aufbau der Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit lässt sich grob in zwei Teile gliedern: Um nach einer möglichen Antwort auf die ausgewählte Forschungsfrage zu suchen, gilt es in einem ersten Schritt, die

theoretischen Grundlagen zu erörtern. Im ersten Kapitel der Arbeit soll daher mit Hilfe einschlägiger Literatur der aktuelle Forschungsstand dargelegt werden. Zunächst wird hierbei das Phänomen Demenz aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und so der Frage hinsichtlich der Entstehung möglicher Demenzbilder nachgegangen.

Im zweiten Kapitel steht die Frage im Vordergrund, wie spezifische Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Demenz zustande kommen und weshalb es überhaupt zu einem Ausschluss von Menschen mit Demenz aus der Gesellschaft kommt bzw. welche zum Teil unbewussten Exklusionsmechanismen an dieser Stelle wirken. Cloerkes (2007), Schulz-Nieswandt (2012, 2015), Bopp-Kistler (2017) und Matter (2018) diskutieren hierzu die Wurzeln der Exklusion von Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft. Argumente wie die Abweichung von sozialen Werten und Normen wie beispielsweise durch mangelnde Effizienz in Zeiten einer leistungsorientierten Gesellschaft aber auch die Angst vor dem Fremden, dem Andersartigen bzw. der Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit werden von den Autor*innen als mögliche Ursachen der Exklusion von Menschen mit Demenz hervorgehoben. Abschließend werden mögliche Änderungsstrategien hinsichtlich der Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Demenz vorgestellt. Daran anschließend wird der Begriff des *sozialen Lernens* im Rahmen der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz aufgegriffen, um eine weitere Theorie aufzuzeigen, wie den zuvor dargestellten Exklusionsmechanismen entgegengewirkt werden könnte.

Der zweite Teil dieser Arbeit widmet sich der empirischen Untersuchung des ausgewählten Forschungsfeldes. Im Zuge des empirischen Teils der Masterarbeit wird dazu ein demenzspezifisches Projekt in den Fokus genommen, welches die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz ermöglicht und dementsprechend einen Rahmen für soziale Lernprozesse bietet. Mit Hilfe der Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews mit den ehrenamtlichen Projektmitarbeiter*innen soll versucht werden, diese Prozesse nachzuzeichnen. Zunächst stehen somit im dritten Kapitel der Masterarbeit der Forschungsgegenstand, das ausgewählte Sample sowie die methodische Vorgehensweise bzw. die Begründung der Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode im Vordergrund. Im Anschluss an diese Ausführungen werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Kapitel vier zunächst dargestellt und in einem weiteren Schritt in Kapitel fünf diskutiert, um so eine Antwort auf die eingangs gestellte Forschungsfrage zu geben. Im sechsten und letzten Kapitel dieser Arbeit folgen eine kurze Zusammenfassung sowie der Verweis auf theoretische und praktische Implikationen im Sinne eines Ausblicks. Abschließend gilt es, auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit hinzuweisen.

TEIL I – Theoretische Grundlagen

1. Das Phänomen Demenz – ausgewählte Perspektiven und Definitionsversuche

In diesem ersten Kapitel des nachfolgenden Theorieteils gilt es vorerst, sich näher mit dem im Zentrum der Aufmerksamkeit dieser Masterarbeit stehenden Phänomen zu beschäftigen – dem Phänomen *Demenz*. In einem weiteren Schritt wird auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Demenz sowie davon betroffener Personen eingegangen.

Diese Vorgehensweise lässt sich unter anderem durch die Annahme begründen, dass es zunächst einer kritischen Auseinandersetzung mit einem Phänomen – in diesem Fall dem Phänomen Demenz – sowie mit den damit verbundenen Perspektiven bedarf, um die Notwendigkeit einer Änderung gewisser Einstellungen gegenüber jenem Phänomen in späteren Abschnitten diskutieren zu können. Um sich näher mit der Frage nach den Möglichkeiten eines inklusiven Umgangs im sozialen Miteinander bzw. eines *Kulturwandels* im Sinne einer „Kultur der offenen Begegnung“ (Schulz-Nieswandt 2012, 593) beschäftigen zu können, scheint es demnach notwendig, zuvor den *Ist-Zustand* in Bezug auf die Demenzthematik zu untersuchen – ähnlich wie von Wißmann und Gronemeyer (2008, 73) vorgeschlagen: „Eine Zivilgesellschaft, die den Umgang mit ihren demenziell veränderten Bürgern auf eine neue Grundlage stellen will, muss sich im ersten Schritt mit dem dominierenden Konzept der Demenz kritisch auseinandersetzen und eine freie Aussicht verschaffen.“

Um jene sogenannte „freie Aussicht“ (ebd.) zu schaffen, werden im Rahmen dieser Arbeit ausgewählte Perspektiven bezüglich der Demenzthematik vorgestellt, welche nach Ansicht der Verfasserin dieser Arbeit einen Beitrag zur Beschaffenheit des vorherrschenden Konzepts von Demenz in unserer Gesellschaft leisten. Dabei gilt es ebenfalls anzumerken, dass der Plural bei der Verwendung der Kapitelüberschrift mit den Worten *Perspektiven* und *Definitionsversuche* nicht zufällig gewählt wurde. Die Suche nach *der* Definition des Demenzphänomens scheint, angesichts der mittlerweile multidisziplinären Auseinandersetzung mit dieser Thematik, vergeblich. Trotz unterschiedlicher Zugänge und der Vielzahl an Perspektiven auf das Phänomen Demenz scheinen defizitäre Vorstellungsbilder in unserer Gesellschaft zu überwiegen – Wißmann (2017, 22) identifiziert hierbei eine Art „offizielles Demenzbild.“ Dieses Demenzbild gilt es im Anschluss an die unterschiedlichen Perspektiven auf Demenz zu diskutieren und damit verbundene soziale Auswirkungen für die Betroffenen aufzuzeigen.

Zusammengefasst werden in diesem Kapitel zunächst ausgewählte Perspektiven und Definitionsversuche vorgestellt. Daran anschließend wird auf die Ziele einer inklusiven Gesellschaft im Sinne eines *Soll-Zustandes* hingewiesen. Schließlich wird die aktuelle Situation der Betroffenen im Zuge eines Problemaufrisses in den Blick genommen und in einem weiteren Schritt diskutiert, weshalb eine Änderung der Ausgangssituation nicht nur wünschenswert, sondern auch dringend nötig ist, um so in weiterer Folge der Frage nach dem *Weg* vom Ausgangspunkt hin zum Ziel nachgehen zu können. Der Weg bzw. dessen Beschaffenheit rückt im zweiten Teil dieser Arbeit, im Rahmen der empirischen Untersuchung, in den Fokus der Aufmerksamkeit.

1.1 Zur sprachlichen Bedeutung des Terminus Demenz

Der Begriff Demenz leitet sich vom lateinischen Wort *de-mens*, (*de*=von, *weg*; *mens*=Geist) ab und wird ins Deutsche übersetzt als „geistlos“ oder „ohne Geist“ (Birkholz 2020, 60, Pichler et al. 2019, 12). Mit diesem Terminus, für den auch „volkstümliche Ausdrücke wie ‚Altersschwachsinn‘, ‚Senilität‘, ‚Hirnverkalkung‘ oder ‚Zerebralsklerose‘ gebräuchlich sind“ (Payk 2010, 7), werden in der Fachliteratur auch Begriffe wie *demenzielle Veränderungen*, *kognitive Beeinträchtigungen* oder *Vergesslichkeit* synonym verwendet, wobei es sich bei Demenz nicht ausschließlich um Vergesslichkeit handelt – Vergesslichkeit scheint viel eher ein mögliches und häufig auftretendes Symptom des demenziellen Syndroms zu sein (Wißmann 2016, Schuhmann 2018, Pichler et al. 2019).

Auch ein Wandel im Sinne eines *Paradigmenwechsels* hinsichtlich der Bezeichnung der Betroffenen lässt sich laut Wißmann (2010, 342) erkennen. Anstelle von *Demenzkranken* oder *Dementen* ist nun in der einschlägigen Fachliteratur immer mehr von *Menschen mit Demenz* die Rede, um so den Fokus von der Diagnose zurück zur Person zu lenken (Birkholz 2020, 60). Grundsätzlich gilt es an dieser Stelle anzumerken, dass eine Kategorisierung von demenzbetroffenen Personen – ähnlich wie es sich bei anderen Kategorisierungsversuchen verhält, wie beispielsweise bei Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationserfahrung, Menschen mit psychischen Störungen etc. – kritisch zu betrachten ist. Durch die Kategorisierung der Betroffenen besteht einerseits die Gefahr, dass die Individualität bzw. die Persönlichkeit in den Hintergrund rückt und der Mensch nur noch über seine Erkrankung bzw. die Diagnose definiert wird. „Das Problem der Stigmatisierung durch gruppenbildende klassifikatorische Begriffe und dessen Überwindung durch Dekategorisierung“ (Dederich 2019, 530) wird innerhalb der einschlägigen inklusionspädagogischen Literatur aufgegriffen. Insbesondere Dederich (2015)

sieht die Dekategorisierungsversuche der Inklusiven Pädagogik hingegen sehr kritisch. In Anlehnung an Norwich (2008) verweist Dederich (2019, 533) auf das mit dem Versuch der Dekategorisierung verbundene Dilemma Inklusiver Pädagogik:

„Inklusion wird oft mit der Forderung gekoppelt, Stigmatisierung durch den Verzicht auf negative Etikettierungen und klassifikatorische Begriffe zu vermeiden (Dekategorisierung); zugleich aber erschwert oder verhindert die Dekategorisierung die begriffliche Kennzeichnung spezifischer individueller Problemlagen und die öffentliche Artikulation einer spezifischen Kritik.“

Die Kategorisierungsversuche bestimmter Personen zu spezifischen Gruppen können somit zwei Gesichter annehmen – zum einen kann die Kategorisierung dazu führen, Stigmatisierung durch negative Etikettierung zu befördern, zum anderen scheint sie in gewisser Hinsicht notwendig, um so auf die individuellen Problemlagen der Betroffenen aufmerksam zu machen. Im Zuge der weiteren Ausführungen ist demnach die Rede von Menschen mit Demenz, da die Aufmerksamkeit auf die individuellen Problemlagen der Betroffenen gelenkt werden soll. Hier soll aber betont werden, dass es sich bei der Zielgruppe um eine heterogene Gruppe von Menschen handelt, welche folgende Gemeinsamkeit haben: die Diagnose Demenz. Wie mit dieser Diagnose umgegangen wird bzw. zu welchen demenziellen Veränderungen es bei den Betroffenen kommt, ist so individuell, dass keineswegs von einer homogenen Gruppe die Rede sein kann.

Weiters soll betont werden, dass – obwohl der Begriff Demenz aufgrund seiner Wortherkunft eine Stigmatisierung der Betroffenen impliziert – die Verwendung dieser Bezeichnung im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit für die Erkenntnisse im Forschungsprozess bedeutsam scheint, wie die nachfolgenden Ausführungen verdeutlichen sollen. Wißmann (2016) beispielsweise spricht von Menschen mit *kognitiven Beeinträchtigungen* bzw. *kognitiven Veränderungen* anstelle von Menschen mit Demenz. Die Bezeichnung Person mit *Demenz* scheint zwar angesichts der etymologischen Bedeutung des Demenzbegriffs diskriminierend, allerdings sollen im Zuge dieser Arbeit gesellschaftliche Vorstellungsbilder, welche mit eben jener Bezeichnung assoziiert werden, näher betrachtet bzw. auch bewusst gemacht werden. An dieser Stelle wird davon ausgegangen, dass mit der Verwendung der Alternativbezeichnung *Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen* vermutlich andere gesellschaftliche Vorstellungsbilder, wie beispielsweise jene zu geistiger Behinderung/ Lernschwierigkeiten, assoziiert werden, welche nicht im Zentrum der Untersuchungen dieser Arbeit liegen. Abgesehen davon betrifft Demenz nicht ausschließlich die *kognitiven* Funktionen, wie im nachfolgenden Kapitel 1.2 gezeigt werden soll, sondern kann durchaus auch im *affektiven* bzw. *emotionalen* Bereich zu Veränderungen führen.

Dennoch soll an diesem Punkt erwähnt werden, dass die Kritik am Demenzbegriff bzw. an dessen saloppem Gebrauch ohne Zweifel ihre Berechtigung findet und die Diskriminierung der Betroffenen auch auf sprachlicher Ebene reflektiert werden muss. Der Begriff Demenz findet nichtsdestotrotz im alltäglichen Sprachgebrauch unserer Gesellschaft oftmals Verwendung, ohne die zugrundeliegende Bedeutung dieses Wortes zu kennen. Insofern wird von der Bezeichnung *Demenz* in den Ausführungen dieser Masterarbeit Gebrauch gemacht, um, ähnlich wie von Pichler et al. (2019, 12) intendiert, einerseits auf dessen diskriminierende Konnotation hinzuweisen und andererseits damit implizit einhergehende Assoziationen untersuchen zu können.

1.2 Demenz aus medizinischer Perspektive

Die Frage, was unter dem Begriff *Demenz* verstanden wird, scheint aus medizinischer Sicht klar beantwortet werden zu können. Es handelt sich um ein *Syndrom*, also eine Ansammlung von spezifischen Symptomen, welche in diagnostischen Handbüchern, wie beispielsweise dem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder dem DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders), genauer beschrieben werden. Laut dem Internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-Code: F00-F03) der WHO (World Health Organisation) wird das sogenannte *dementielle Syndrom* definiert 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“ (DIMDI, 2020).

Wie bereits aus dieser Definition hervorgeht, werden unterschiedliche Formen von Demenzen unterscheiden bzw. kann es auch innerhalb einer bestimmten Demenzform zu höchst unterschiedlichen Krankheitsverläufen kommen (Deuschl et al. 2016, 23f). Aktuell werden laut der *S3- Leitlinie zur Diagnostik von Demenzen* der deutschen Fachgesellschaft für Neurologie (DGN), 23 verschiedene Formen einer Demenzerkrankung unterschieden (ebd.).

Grundsätzlich wird zwischen *primären* und *sekundären* Demenzen differenziert (ebd.,10). Unter den *primären* Demenzen werden aus medizinischer Sicht sogenannte *neurodegenerative*

Erkrankungen verstanden. Die häufigste Form der *primären* Demenzen ist die *Alzheimer-Demenz* (50-70%), gefolgt von den *vaskulären Demenzen* (15-25%), bei welchen eine Durchblutungsstörung zu einer Zerstörung neuronaler Verknüpfungen führt. Zu den weiteren häufiger auftretenden Formen der Demenz zählen sogenannte *Frontotemporal demenzen*, welche sich dadurch kennzeichnen, dass der Krankheitsbeginn relativ frühzeitig rund um das 60.-65. Lebensjahr einsetzt (ebd., 23f).

Bei 10% aller Demenzen handelt es sich um *sekundäre* Demenzen, welche durch Tumore, Depression, Flüssigkeitsmangel oder Alkoholmissbrauch ausgelöst werden und durch entsprechende therapeutische Maßnahmen grundsätzlich reversibel und somit heilbar sein können (Gross 2018, 9). Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt allerdings auf den erstgenannten *primären* Demenzen bzw. der öffentlichen Wahrnehmung davon betroffener Personen.

Um eine Demenz zu diagnostizieren, werden neben neurologischen Untersuchungen unterschiedliche psychologische Testverfahren angewandt. Zu den am häufigsten verwendeten kognitiven Kurztests bei Verdacht einer Demenzerkrankung zählt der sogenannte *Mini-Mental-Status-Test* (MMST) (Deuschl et al. 2016, 31). Anhand der erreichten Punktezahl der Fragebogenerhebung werden drei unterschiedliche Demenzstadien unterteilt: leichte, mittelgradige und schwere Demenzen (ebd., 49). Generell gilt, dass für eine Demenzdiagnose die Symptome nach den Bestimmungen des ICD-10 über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen müssen (ebd., 11).

Laut der *S3-Leitlinie zur Diagnostik von Demenzen* zeichnen sich diese Symptome generell durch Einschränkungen im kognitiven, psychischen, physischen und emotionalen Bereich sowie durch Änderungen des Verhaltens – z.B. Aggression, Panikreaktion, Herumwandeln und Agitation, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus oder psychotische Störungen (Halluzinationen und Wahnvorstellungen) aus. Das erste Stadium des Krankheitsverlaufs ist durch Symptome wie reduziertes Kurzzeitgedächtnis, Wortfindungsstörungen, gestörte Orientierung in fremder Umgebung sowie der Tendenz, sich zu verirren, gekennzeichnet. Im zweiten Stadium treten im Regelfall Symptome wie vermindertes Langzeitgedächtnis, Desorientierung (auch in vertrauter Umgebung), Nichterkennen der Angehörigen, Wortverwechslungen sowie Störungen des Sprachverständnisses auf. Im dritten und letzten Stadium kann es schließlich zu sogenannten Echolalien, Mutismus, Verlust der Fähigkeit zur körperlichen Pflege, Inkontinenz, Sturzneigung bzw. zu einer allgemein verminderten Mobilität der Betroffenen und einem damit einhergehenden Verlust der Selbstständigkeit kommen (ebd., 27).

An dieser Stelle gilt es zu betonen, dass es sich bei der diagnostischen Beschreibung der Symptome um *Demenzstadien* handelt. Die Einstufung des Stadiums gibt lediglich Auskunft über den Fortschritt der Krankheit. Die Diagnose des Schweregrades einer Demenz ist somit nicht statisch, sondern vielmehr ein prozesshafter Verlauf, welcher sich durch eine stetige Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszeichnet. Die Diagnose einer leichten Demenz deutet demnach lediglich auf ein frühes Erkennen der Krankheit hin.

Bezüglich der Entstehungsursachen von primären Demenzen liegen diverse Theorien vor. Je nach Demenzform werden unterschiedliche Entstehungsbedingungen angeführt, auf welche im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht näher eingegangen werden soll, da die medizinische Perspektive nicht im Fokus der Aufmerksamkeit steht. Dennoch gilt es diesbezüglich anzumerken, dass bis heute kein medizinisches Heilverfahren bekannt ist. Es besteht lediglich die Möglichkeit einer Verzögerung bzw. Verlangsamung des Krankheitsverlaufs auf symptomatischer Ebene, unter anderem mit Hilfe von Psychopharmaka, sogenannter Antidementiva oder Neuroleptika (Krug 2014, 121).

1.3 Demenz in Zahlen

Die Beschreibung des demenziellen Syndroms auf der Ebene statistischer Daten stellt eine weitere Möglichkeit dar, sich diesem Phänomen zu nähern. Wie viele Menschen sind betroffen? Welche Altersgruppen? Gibt es geschlechterspezifische Unterschiede? Jene Fragen gilt es im folgenden Abschnitt zu klären. Dem österreichischen Demenzbericht aus dem Jahr 2014 ist diesbezüglich zu entnehmen, dass zum damaligen Zeitpunkt schätzungsweise 130.000 Personen mit einer Demenzdiagnose in Österreich lebten. Diese Zahl soll sich laut statistischer Prognosen bis zum Jahr 2050 sogar verdoppeln (Schneider, Bengough 2015, 1). Der rasante Anstieg an Demenzerkrankungen lässt sich unter anderem mit dem Phänomen des *demografischen Wandels* in Verbindung bringen. Die steigende Lebenserwartung der europäischen Bevölkerung führe dazu, „dass in den kommenden Jahren mit einer überproportional steigenden Zahl hochaltriger Menschen zu rechnen ist“ (ebd.).

Ergebnisse aus einschlägigen Studien – wie beispielsweise von Badelt und Leichsenring (2000) präsentiert – zeigen, dass mit zunehmendem Alter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung einhergeht, „von weniger als 2% bei den 65- bis 69-Jährigen auf über 30% bei den 90-Jährigen und Älteren. Über zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen“ (Wißmann 2010, 341). Die geschlechterspezifischen Unterschiede lassen sich durch die Diskrepanz bezüglich

der Lebenserwartung der europäischen Männer und Frauen erklären – laut den Daten der Statistik Austria (2012) soll die durchschnittliche Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 kontinuierlich ansteigen, „bei Frauen auf 89,5 Jahre, bei Männern auf 85,8 Jahre“ (Schneider, Bengough 2015, 1).¹

Folgt man diesen Prognosen, kann von der Annahme ausgegangen werden, dass ein Großteil unserer Gesellschaft früher oder später mit der Demenzzematik konfrontiert sein wird – sei es als Angehörige oder als Betroffene selbst. Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Demenz scheint somit – zumindest aus statistischer Sicht – für die Mitglieder unserer Gesellschaft in gewisser Hinsicht unumgänglich oder um es mit Peter Wißmanns (2015, 7) Worten zusammenzufassen: „In der alternden Gesellschaft sind wir alle Teil der Demenzszene, ganz gleich, ob uns das bereits bewusst ist, oder nicht.“

1.4 Demenz als Behinderung des Alters

Unter den vorangegangenen Perspektiven und Annäherungsmöglichkeiten hinsichtlich der Demenzzematik scheinen vor allem die medizinische Sicht sowie statistische Darstellungen sehr populär vertreten innerhalb der Vielzahl an Literatur bzw. wissenschaftlichen Abhandlungen hinsichtlich des Phänomens *Demenz*. Auch der etymologische Zugang findet vermehrt – wenn auch zumeist nur am Rande – Erwähnung.

Eine weitere, durchaus weniger gängige Definitionsmöglichkeit, welche in dieser Arbeit aufgegriffen werden soll, ist jene der Demenz als einer Form von *Behinderung*. Tippt man den Begriff *Demenz* auf der Website des Onlinewörterbuchs *Duden* ein, erhält man folgende Definition als Ergebnis: Demenz ist eine „erworbene, auf organischen Hirnschädigungen beruhende *geistige Behinderung*“ (Duden Online; Herv. A.W.). Dieser bis vor wenigen Jahren noch kaum diskutierte Verweis auf eine Relation zwischen Demenz und Behinderung lässt sich mittlerweile häufiger innerhalb der einschlägigen Literatur zum Thema Demenz finden. Wißmann (2015, 2016), Schuhmacher (2018) und Stoppenbrink (2019) – um ein paar ausgewählte Beispiele zu nennen – sprechen sich ausdrücklich *für* diese Definitionsvariante aus und betonen

¹Eine genaue Aufschlüsselung der geschlechter- sowie altersspezifischen Verteilung der Personen, die mit einer Demenzdiagnose in Österreich leben, lässt sich im Jahrbuch der *Alzheimer Europe* (2019, 18f) Gesellschaft finden. Die tabellarische Darstellung aktueller (2018) sowie prognostizierter Zahlen (2025, 2050) wurde zur Veranschaulichung in den Anhang der vorliegenden Masterarbeit aufgenommen (App. 3).

damit unter anderem die rechtlichen Konsequenzen für Politik und Gesellschaft in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Zu der Gruppe der Menschen mit Behinderung zählen laut UN-BRK jene Personen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (UN-BRK, Art. 1). Bereits vor Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2006, spricht sich unter anderem der Schweizer Heilpädagoge Emil E. Kobi (1988) für die Erweiterung des Behinderungsbegriffs aus. So ist in seinen Ausführungen zur Frage nach der Definition von Behinderung Folgendes nachzulesen:

„Behindert ist, wer an für ihn wesentlichen gesellschaftlichen Aktivitäten nicht oder nur mangelhaft partizipieren kann, und behindert ist, wer sich gegenüber gesellschaftlich als wesentlich geltenden Bestrebungen als hinderlich erweist. Behinderung bezeichnet in dem Moment nicht mehr bloss eine Funktionsbeeinträchtigung, sondern einen Status“ (ebd., 62).

Wird das Phänomen Demenz aus dieser Perspektive betrachtet, rückt nun nicht mehr lediglich die medizinische und somit biologische Komponente der Krankheit in den Blick, sondern auch die soziale Komponente, wodurch gesellschaftliche Aspekte respektive das soziale Umfeld der Betroffenen ebenfalls in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten. Ähnlich auch die Ausführungen von Cloerkes (2007, 103), welcher Behinderung definiert als

„dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein ausgeprägter negativer Wert zugeschrieben wird. Ein Mensch ist ‚behindert‘, wenn erstens eine solche Abweichung von wie auch immer definierten gesellschaftlichen Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb negativ auf ihn reagiert wird. Es kommt also auf die ‚soziale Reaktion‘ an, sie ‚schafft‘ Behinderung und Behinderte.“

Auch im Rahmen der Demenzstrategie Österreich, welche als Antwort auf die Ergebnisse des österreichischen Demenzberichts aus dem Jahr 2014 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz herausgearbeitet wurde, wird Bezug auf die nachfolgenden Auffassungen der UN-BRK hinsichtlich des Behinderungsbegriffs genommen.

Die UN-BRK geht von einem Verständnis von Behinderung aus, bei dem „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und *einstellungs- und umweltbedingten Barrieren* entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-BRK; Herv. A.W.). Jene einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, welche dem Inklusionsgedanken der UN-BRK im Wege stehen, rücken in der vorliegenden Masterarbeit ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Im Zuge der nachfolgenden

Überlegungen in Kapitel 1.5 wird diskutiert, inwieweit die gesellschaftliche Wahrnehmung und die ihr zugrundeliegenden Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz den Umgang im sozialen Miteinander prägen.

Trotz des immer häufiger auftretenden Verweises auf die Relation zwischen den beiden Begriffen *Demenz* und *Behinderung*, kritisiert Wißmann (2016, 9), dass eine Zusammenführung dieser Phänomene nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel bildet und in weiterer Folge der Demenzbegriff auch nicht automatisch mit der Inklusions- bzw. Teilhabedebatte in Verbindung gebracht wird, obwohl jene Personengruppe per Definition der UN-BRK zur Gruppe der Menschen mit Behinderung zählt.

Weshalb diese Perspektive auf Demenz für die vorliegende Masterarbeit jedoch bedeutsam erscheint, soll in den nachfolgenden Ausführungen im Rahmen eines knappen Exkurses zur UN-BRK sowie der damit verbundenen Ziele und Anforderungen an die Gesellschaft genauer erläutert werden.

1.4.1 Exkurs UN-BRK – Inklusion und Teilhabe

Am 26.10.2008 trat in Österreich die UN-Behindertenrechtskonvention in Kraft, welche die Rechte von Menschen mit Behinderung festhält. Durch die Ratifizierung dieses Übereinkommens verpflichtet sich der Staat Österreich dazu, Menschen mit Behinderung eine „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft“ bzw. eine „Inklusion in die Gesellschaft“ zu ermöglichen (UN-BRK, Art. 3c) – so lautet zumindest einer der allgemeinen Grundsätze der UN-BRK.

Durch diese Ausführung wird neben der politischen Verantwortung des Staates Österreich jene der österreichischen Gesellschaft und somit auch ihrer einzelnen Mitglieder hervorgehoben. Die damit in Zusammenhang gebrachten Begriffe *Teilhabe* und *Inklusion*, welche als Ziele der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gelten, sollen in den nachstehenden Ausführungen erläutert werden. Vorab gilt es allerdings anzumerken, dass es für beide Begriffe keine einheitliche bzw. allgemein gültige Definition zu geben scheint (Wißmann 2016, 10).

In Hinblick auf die Frage einer Definition von *Inklusion* verweist Dederich (2019) auf die Ausführungen von Ainscow und Miles (2009) welche „trotz aller definitorischer und theoretischer Unklarheiten – vier Aspekte der Inklusion, die in internationaler Perspektive als Kernelemente bezeichnet werden können“ identifizieren. Inklusion ist demnach „als nichtabschließbarer Prozess zu verstehen, von Differenz zu lernen und mit Differenz zu leben. Inklusion befasst sich

mit der Identifizierung und Beseitigung von Barrieren“ (Dederich 2019, 530) und ist dabei „besonders sensibel für jene Gruppen und Individuen, bei denen das Marginalisierungs- und Exklusionsrisiko erhöht ist“ (ebd.). Dabei ist Inklusion „um die Einbeziehung, die Teilhabe und den Erfolg (achievement) aller“ (ebd.) bemüht.

Angesichts der spezifischen Auseinandersetzung in Bezug auf die Teilhabe- und Inklusionsdebatte in Verbindung mit Demenz werden nachfolgend auch die Überlegungen und Definitionsversuche von Peter Wißmann (2016) herangezogen. Wißmann (ebd., 18) definiert den Begriff Inklusion als „Akzeptanz aller Menschen in ihrer Individualität und in ihrem So-Sein ... Unterschiede und Abweichungen werden dabei akzeptiert und als Reichtum der Gesellschaft begriffen.“ Im selben Gedankengang verweist er auf die Verantwortung der Gesellschaft sowie ihrer einzelnen Mitglieder bezüglich des Inklusionsprozesses: „An der Gesellschaft der Vielfältigkeit muss jede Person teilhaben können. Die Möglichkeiten dafür zu schaffen, ist Aufgabe der Gesellschaft“ (ebd.). Es geht also darum, allen Mitgliedern der Gesellschaft die Möglichkeit zu bieten, als *vollwertiges* Mitglied Teil dieser Gesellschaft zu sein. Ob die einzelne Person diese Möglichkeit auch tatsächlich ergreift, muss laut Wißmann (ebd.) ihr selbst überlassen bleiben. Obwohl Wißmann von Inklusion als „Illusion“ (ebd., 15) spricht, da laut seinen Ausführungen nicht davon ausgegangen werden kann, dass sämtliche Mitglieder sich für den Gedanken einer inklusiven Gesellschaft begeistern lassen, führt er weiter aus, dass

„niemand jemals außerhalb der Gesellschaft stehen [kann, Anm. A.W.], es sei denn, er entzieht sich dieser durch Wegzug in ferne Gefilde. Ein behinderter Mensch steht keinesfalls außerhalb der Gesellschaft und muss in diese nicht speziell inkludiert werden. In welcher Weise er aber an der Gesellschaft und deren Ressourcen partizipieren kann, ist von dieser Tatsache erst einmal unabhängig“ (ebd., 10f).

Der Begriff der *Teilhabe* fokussiert Wißmann (ebd., 11) zufolge demnach mehr auf das Individuum – „Was muss getan werden, damit die konkrete Person in ihrem So-Sein beispielsweise an Sportangeboten teilnehmen oder von ihr gewünschte kulturelle Aktivitäten unternehmen kann?“ Diese Frage stellt sich insbesondere für Menschen, welche spezielle körperliche, seelische, geistige oder andere Besonderheiten aufweisen, da für jene Personengruppe die von der UN-BRK (Art. 3c) geforderte „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft“ nicht selbstverständlich gegeben ist. Weiters betont Wißmann (2016, 11), dass es in der Verantwortung der Gesellschaft liege, „die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen“ zu gewährleisten. Es sei Aufgabe der Gesellschaft, „Angebote in sozialen, kulturellen und anderen relevanten gesellschaftlichen Bereichen zu schaffen, die prinzipiell allen offenstehen. Und sie [die Gesellschaft; Anm. A.W.] muss die konkreten Zugänge zu ihnen ermöglichen“ (ebd.). Bezüglich der Frage nach Angeboten distanziert sich Wißmann (2015, 28f) allerdings deutlich von jenen

Spezialangeboten, welche eine Art „Parallelwelt“ erzeugen – beispielsweise „Demenzdörfer“ aber auch Freizeitangebote wie Mal- oder Bewegungsgruppen für Demenzbetroffene bis hin zu Alzheimer-Tanzcafés führen laut seinen Überlegungen trotz vermutlich inklusiver Intentionen zum gegenteiligen Ergebnis: zu gesellschaftlicher Separierung und Exklusion. Dieses Argument soll im Zuge der Vorstellung des ausgewählten Projekts *Freizeitbuddys bei Demenz* in Kapitel 3.1 erneut aufgegriffen und diskutiert werden.

Welche Rolle der Inklusiven Pädagogik als Teilgebiet der bildungswissenschaftlichen Disziplin hinsichtlich der obenstehenden Problematik zukommt, soll im nachfolgenden Abschnitt erläutert werden, um so erneut die bildungswissenschaftliche Relevanz der vorliegenden Thematik zu verdeutlichen.

1.4.2 Die Rolle der Inklusiven Pädagogik

Da neben dem Fokus auf soziale Lern- und Bildungsprozesse auch weiterführend der Aspekt der *Inklusion* von Menschen mit Demenz im Fokus der vorliegenden Masterarbeit steht, scheint es auf den ersten Blick naheliegend, dass der *Inklusiven Pädagogik* als Subdisziplin der Bildungswissenschaft eine entscheidende Rolle zukommt. Doch bevor auf diese Rolle näher eingegangen werden kann, wird ein Exkurs zur disziplinären Verortung dieses speziellen Zweiges der Bildungswissenschaft und damit einhergehender Problematiken als notwendig erachtet. Eine intensive Auseinandersetzung zur Frage nach der disziplinären Verortung der Inklusiven Pädagogik findet sich beispielsweise bei Biewer (2017) in seinem Werk *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik*. Alleine der Buchtitel verdeutlicht bereits, dass zwischen dem mittlerweile fast 160 Jahre alten Begriff der *Heilpädagogik* und der jüngeren Bezeichnung der *Inklusiven Pädagogik* differenziert wird und es nicht lediglich zu einer begrifflichen Ablöse des älteren durch den neueren Terminus gekommen ist – selbst wenn sich auch solche Entwicklungen mit kritischem Blick erkennen lassen (ebd., 203). Die Inklusive Pädagogik bezeichnet laut Biewer (ebd., 193)

„Theorien zur Bildung, Erziehung und Entwicklung, die Etikettierungen und Klassifizierungen ablehnen, ihren Ausgang von den Rechten vulnerabler und marginalisierter Menschen nehmen, für deren Partizipation in allen Lebensbereichen plädieren und auf eine strukturelle Veränderung der regulären Institutionen zielen, um der Verschiedenheit der Voraussetzungen und Bedürfnisse aller Nutzer/innen gerecht zu werden.“

Dabei steht Inklusive Pädagogik „für den gesellschaftlichen Wandel zugunsten vulnerabler und marginalisierter Gruppen, die ein Recht einfordern dürfen, dass ihre Problemlagen in allen gesellschaftlichen Bereichen Berücksichtigung finden und ihre Teilhabe als selbstverständlich

betrachtet wird“ (ebd., 209). Mit Blick auf die vorliegende Thematik muss außerdem festgehalten werden, dass der inklusive Ansatz Biewer (ebd., 159) zufolge zwar ursprünglich dem schulischen Kontext entsprungen ist, inzwischen aber als Konzept für *alle* Altersgruppen und viele Lebensbereiche angesehen wird.

Bezüglich der Konzeption als Disziplin merkt Biewer (ebd., 202) kritisch an, dass sich der Begriff der Inklusiven Pädagogik zwar im gegenwärtigen Sprachgebrauch durchgesetzt hat, sich die Disziplin dabei allerdings „nicht auf eine theoretische Fundierung in einem einheitlichen Entwurf gründen“ kann. Und so stellt Biewer (ebd., 210) weiters fest, dass Inklusion „in den vergangenen Jahren zu einem neuen Leitkonzept der Bildungswissenschaft geworden [ist; Anm. A.W.]. (...) Gleichzeitig gibt es weder den großen pädagogischen Entwurf, der ein disziplinäres Feld begründet noch einen Konsens, um was es sich bei Inklusiver Pädagogik handelt.“ Diese Problematik setzt bereits am Titel der sich im Wandel befindlichen Fachrichtung an und wird durch die diffuse Verwendung des Inklusionsbegriffs, auf welche bereits im vorangegangenen Kapitel verwiesen wurde, verdeutlicht. Auch innerhalb der einschlägigen Literatur, welche zur Bearbeitung der theoretischen Grundlagen der vorliegenden Masterarbeit herangezogen wurde, werden Bezeichnungen wie Sonderpädagogik, Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik zum Teil synonym verwendet bzw. keine explizite Unterscheidung vorgenommen. Eine tiefergehende Diskussion dieser Problematik würde den Rahmen der vorliegenden Masterarbeit sprengen. Dennoch soll an dieser Stelle das Bewusstsein in Hinblick auf den Wandel innerhalb dieser bildungswissenschaftlichen Subdisziplin und damit einhergehender kontroverser und kritischer Ansichten einzelner Fachvertreter*innen verdeutlicht werden.

Nachfolgend gilt es, den Fokus auf die Rolle der Inklusiven Pädagogik – an mancher Stelle ist von Heilpädagogik die Rede, da diese Bezeichnung so in der herangezogenen Literatur vorgefunden wurde – in Bezug auf das ausgewählte Forschungsfeld zu legen.

Die Umsetzung der Ziele und Vorgaben der UN-BRK wird in Österreich durch einen unabhängigen Ausschuss – den österreichischen Monitoring Ausschuss – überprüft. Doch neben der rechtlichen Überwachung beschäftigt sich auch ein Teilgebiet der Bildungswissenschaft – die Heilpädagogik bzw. Inklusive Pädagogik – vor allem in jüngster Zeit mit Fragen, welche die Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft und somit die Einhaltung der UN-BRK thematisch in den Fokus stellen (Krüger 2019, 37f).

Auch die vorliegende Masterarbeit orientiert sich an jenen Fragen und nimmt bestehende Versuche der Inklusion einer speziellen Gruppe, welche durch die Konvention erfasst wird, genauer

in den Blick – Menschen mit Demenz. Die Besonderheit dieser Gruppe zeichnet sich – wie bereits weiter oben erwähnt – dadurch aus, dass Demenz nicht selbstverständlich mit der Inklusions- bzw. Teilhabedebatte in Verbindung gebracht wird, obwohl jene Personen per Definition der UN-BRK unter den Überbegriff der Menschen mit Behinderung subsumiert werden können (Wißmann 2016, 9).

Das im vorangegangenen Abschnitt bereits erwähnte Begriffspaar *Inklusion* und *Teilhabe* soll laut Wißmann (2016, 14) „nicht als die Beschreibung eines Endzustands, sondern als ein Prozess verstanden werden – ein Prozess, an dem sich zu beteiligen alle Menschen in die Lage versetzt werden müssen.“ Doch wer versetzt die Menschen in die Lage, sich am Inklusionsprozess zu beteiligen? Auf diese Frage gibt Wißmann keine Antwort. Eine mögliche Auffassung dieser Aussage lässt sich bei Schäper (2009, 233) finden, denn ihrer Ansicht nach „ist die Heilpädagogik als ‚Disziplin an der Grenze‘ aufgefordert, Einfluss zu nehmen auf Mentalitäten in der Gesellschaft, die ein Leben im Alter und mit Demenz entwerten“, was wiederum als Vorbereitung der einzelnen Mitglieder hin zu einer inklusiven Gesellschaft interpretiert werden könnte.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ausführungen der vorherigen drei Kapitel 1.4 bis 1.4.2 festhalten, dass Inklusion nur dann gelingen kann, wenn die Gesellschaft den Prozess der Inklusion ermöglicht. Dazu gilt es zunächst, sich der vorherrschenden Exklusionsursachen – deren Erläuterungen in Kapitel 2.1.2 folgen – bewusst zu werden, um ihnen dann auch in weiterer Folge entgegenwirken zu können. Nur dadurch besteht die Möglichkeit der Schaffung einer sogenannten „Kultur der offenen Begegnung und des ethisch gelingenden Miteinanders mit an Krankheiten, Behinderungen und funktionellen Beeinträchtigungen leidenden Menschen“ (Schulz-Nieswandt 2012, 593), welche die von der UN-BRK geforderte „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft“ bzw. „Inklusion in die Gesellschaft“ als Ziel ermöglichen. Doch wie ist es um den aktuellen Status bezüglich des erwünschten Inklusionsprozesses bestimmt? Dieser Frage widmet sich der nachfolgende Abschnitt, indem auf die öffentliche Wahrnehmung des Demenzphänomens sowie von Demenz betroffener Personen näher eingegangen wird.

1.5 Demenz in der öffentlichen Wahrnehmung

In Anbetracht der ausgewählten Thematik scheint die Auseinandersetzung mit den oben genannten Perspektiven und Definitionen zwar in gewisser Hinsicht notwendig, allerdings nicht hinreichend, da im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit vor allem die gesellschaftliche

Wahrnehmung bezüglich der Demenzzthematik im Mittelpunkt steht. Bei näherer Betrachtung der gesellschaftlichen Perspektive auf Demenz kommt Wißmann (2015, 54) zu der Einschätzung, dass dieses Phänomen mit seinen zahlreichen Defizitbildern im gesellschaftlichen Diskurs in erster Linie negativ konnotiert scheint:

„Beim Wort ‚Demenz‘ steigt bei der Mehrheit aller Menschen sofort ein bestimmtes Bild auf. Das sieht, etwas zugespitzt, so aus: Ein sehr alter Mensch, nur mit einem Nachthemd bekleidet, schleicht über den Gang eines Pflegeheims. Er gibt unverständliche Laute von sich und reagiert auf andere Menschen in der Regel gar nicht. Allerdings kommt es manchmal zu plötzlichen Wutausbrüchen, von denen die anderen Bewohner sehr verschreckt werden.“

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, kann bezüglich der Demenzzthematik in der heutigen Zeit kaum noch die Rede von einem *Tabuthema* sein, da Wißmanns (2017, 23) Einschätzung zufolge mittlerweile auch in der Öffentlichkeit immer mehr darüber gesprochen und geschrieben wird. Grundsätzlich kann der gesellschaftliche Diskurs zur Demenzzthematik allerdings nach wie vor als eher einseitig zusammengefasst werden. So kommt Wißmann (2010, 341) zu dem Schluss, dass „[a]uf dem Hintergrund eines medizinisch-biologistisch geprägten Defizitkonzepts negativ besetzte Demenzzbilder gesellschaftlich vorherrschend sind.“

Die laut Wißmann (2017, 22) als „offizielles Demenzzbild“ deklarierte Beschreibung eines „sehr stark beeinträchtigten, scheinbar völlig orientierungslosen Menschen, der sich sprachlich kaum noch ausdrücken kann, ständig unruhig und auf der Suche ist und dabei verrückte oder gar gefährliche Dinge tut“, trifft seiner Ansicht nach – wenn überhaupt – lediglich auf Betroffene im dritten und letzten Stadium einer Demenz, einer sogenannten Spätdemenz zu. Auf welche konkreten (empirischen) Erkenntnisse Wißmann dabei seine Einschätzungen stützt, geht aus keiner seiner Abhandlungen hervor. Kritisch anzumerken gilt es an diesem Punkt außerdem, dass der Zusatz *offiziell* irreführend wirkt, da somit impliziert wird, dass es auch ein *inoffizielles* Demenzzbild geben müsste. Auch dieser Aspekt bleibt von Wißmann unberücksichtigt.

Grundsätzlich muss allerdings festgehalten werden, dass mit dem Vorherrschen eines defizitären Demenzzbildes – ob offiziell oder nicht sei dahingestellt – die Vielfalt an Demenzformen und -verläufen sowie die Individualität der Personen, die hinter einer Demenzdiagnose stecken, völlig verkannt wird. Die Krankheit sowie damit verknüpfte Schreckensbilder rücken in den Vordergrund, wodurch es – in Hinblick auf die damit einhergehende Stigmatisierung – immer schwieriger für die Betroffenen wird, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.

Der Bericht der *Alzheimer Europe* Gesellschaft (2013) zur *Wahrnehmung und Darstellung von Demenz und Menschen mit Demenz in der Gesellschaft* verdeutlicht ebenfalls, dass ein defizit-orientiertes Bild von Demenz – wie bereits anhand der Überlegungen Wißmanns aufgezeigt –, welches in erster Linie an Beschreibungen des letzten Demenzstadiums angelehnt ist, in der europäischen Gesellschaft überwiegt. Im Rahmen des Berichts werden vor allem die vorliegenden negativen Stereotype aufgezeigt, bei welchen Demenz mit einer Reihe von Symptomen in Verbindung gebracht wird, welche als besonders unangenehm und verstörend wahrgenommen werden. Demenz wird demzufolge in erster Linie mit negativen Begrifflichkeiten wie Vulnerabilität, Abhängigkeit und Belastung assoziiert (Alzheimer Europe 2013, 73).

Auch im österreichischen Demenzbericht ist die Rede von Demenz als „defizitärem Krankheitsbild“ (Kolland, Hörl 2015, 137). Kolland und Hörl (ebd.) betonen an dieser Stelle, dass der „gesellschaftliche Umgang mit ‚Kranken‘ im Allgemeinen und Demenzkranken im Speziellen ... oftmals, wenn nicht sogar immer, auf den maßgeblichen Werten und Maßstäben, die in einer Gesellschaft vorherrschen“ basiert und gelangen schließlich zu folgendem Fazit bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung von Demenz und davon betroffener Personen:

„Das Alter und damit verbunden auch die vermuteten altersbedingten Leistungseinbußen werden in meritokratischen Gesellschaften gerne beiseitegeschoben. Menschen mit Demenz gelten als ‚krank‘ und werden stigmatisiert. Den Betroffenen wird Handlungsfähigkeit abgesprochen, weil sie nicht mehr in den Werte-Rahmen von Nutzen und Leistung passen. Die Hilfebedürftigkeit wird als Belastung empfunden“ (ebd.).

Die vorherrschende gesellschaftliche Annahme, dass „ein Leben in Hilflosigkeit, Verlust von Hirnleistung und Effizienz gleichgesetzt wird mit Sinnlosigkeit“, trägt laut Bopp-Kistler (2017, 17) dazu bei, dass Menschen mit Demenz „nicht in unsere Zeit [passen; Anm. A.W.], [sie; Anm. A.W.] haben keinen Platz in einer Gesellschaft, deren Fokus auf Effizienzsteigerung, Leistung und Schnelligkeit gerichtet ist“ (ebd.).

Im Zuge einer explorativen Studie von Gerritsen et al. (2018), welche im Rahmen des *European Dementia Ethics Networks* der *Alzheimer Europe* Gesellschaft durchgeführt wurde, rückt die öffentliche Wahrnehmung der Demenzthematik sowie davon betroffener Personen ebenfalls in den Forschungsfokus. Im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche befassen sich die Autor*innen mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Demenz. Dabei wurden in erster Linie Erklärungsmodelle zur Ursache von Demenz, Beschreibungen der Merkmale von Menschen mit Demenz, der alltägliche Sprachgebrauch aber auch die mediale Darstellung von Demenz und davon betroffener Personen in den Blick genommen. Schlussendlich gehen die Studienautor*innen von der Annahme aus, dass die Art und Weise, wie Demenz in der Gesellschaft

wahrgenommen wird, auch Auswirkungen auf den Umgang im sozialen Miteinander hat: „The way we perceive and portray dementia has implications for how we act towards people with dementia and how we address the issue of dementia within society, for example, in terms of care, treatment, social inclusion and human rights” (Gerritsen et al. 2018, 597). Diesen angenommenen Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen gilt es allerdings kritisch zu betrachten – wie im zweiten Kapitel dieser Masterarbeit verdeutlicht werden soll. Nichtsdestotrotz zeigen Gerritsen et al. (ebd., 600) in Bezug auf die Wahrnehmung des Demenzphänomens auf, dass gewisse Defizitbilder in Form von Stereotypen gesellschaftlich vorherrschen, welche in weiterer Folge unter anderem auch Einfluss auf den Prozess sozialer Exklusion nehmen könnten:

„These stereotypes of people with dementia as vulnerable, dependent and as a potential burden, may contribute towards fear of dementia and of those who have it, as well as affecting the hope, self-esteem and sense of dignity of people living with the condition” (ebd.).

Einen kleinen Hoffnungsschimmer scheinen hingegen die Ergebnisse der empirischen Studie *Demenzbarometer Schweiz – Vorstellungen, Einstellungen und Erfahrungen zu Altern und Demenz in der Bevölkerung* (2012) zu bieten. Die Auswertung der Interviews mit Schweizer Bürger*innen zum Thema *Wissen, Einstellungen und Erfahrungen bezüglich Demenz* zeigt, dass bei einem Großteil der Befragten eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber Personen mit Demenz besteht (Schelling 2018, 473). Bei der Frage nach dem Umgang mit einer Demenzdiagnose bei persönlicher Betroffenheit geben allerdings 25% der Befragten an, eher nicht mit dieser Diagnose weiterleben zu wollen (Seifert, Schelling 2019, 25). Durch dieses Resultat scheint die Lebensqualität der Betroffenen bzw. der Lebenswert an sich in Frage gestellt zu werden, wodurch die Annahme von Bopp-Kistler (2017, 17) bezüglich der gesellschaftlich vorherrschenden Vorstellung von Sinnlosigkeit eines Lebens mit Demenz wiederum unterstützt wird.

Ein weiterer interessanter Aspekt, welcher im Rahmen der Studie *Demenzbarometer Schweiz* in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung von Personen mit Demenz zum Vorschein kommt, zeigt sich wie folgt: Der Ergebnisauswertung der Interviewerhebung zufolge „zeichnet sich eine Tendenz ab, dass Personen mit Demenzkontakt etwas ‚demenzfreundlicher‘ eingestellt sind ... Die meisten – ob mit oder ohne Demenzkontakt – sind denn auch überzeugt, dass Demenz als Problem die ganze Gesellschaft angehe“ (Schelling 2018, 473). Auf diese berichtete leichte Tendenz, dem Thema Demenz positiver aufgrund eines bestehenden Kontakts zu Betroffenen gegenüber zu stehen, gilt es, in den nachfolgenden Kapiteln in Bezug auf die *Kontakthypothese*

bzw. die Theorie des *sozialen Lernens* im Rahmen der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz noch näher einzugehen.

Als mögliche Limitation der Studie *Demenzbarometer Schweiz* wird von den Studienautor*innen selbst kritisch angemerkt, dass evtl. eine Verzerrung der Ergebnisse, zum einen durch die selektive Teilnahmebereitschaft der Befragten, zum anderen durch die „verspürte soziale Erwünschtheit demenzfreundlicher Antworten“ (ebd., 474), vorliegen könnte. Diese möglichen Verzerrungen als Limitation der wissenschaftlichen Erkenntnisse gilt es auch im Rahmen der vorliegenden empirischen Untersuchung zu berücksichtigen und dementsprechend im letzten Abschnitt dieser Masterarbeit näher zu erläutern und zu diskutieren.

Im nachfolgenden Kapitel 1.6 wird versucht, abschließend auf eine ausgewählte, wenn nicht sogar die wichtigste Perspektive auf Demenz, näher einzugehen – die der Betroffenen selbst. Jene Perspektive scheint bei genauerer Auseinandersetzung mit der Vielzahl an einschlägiger Literatur zum Thema Demenz viel zu kurz zu kommen. Mit dieser Perspektive soll abermals der aktuelle Zustand hinsichtlich der Ausgangsproblematik dargestellt und gleichzeitig verdeutlicht werden, weshalb eine Änderung dieses Zustands insbesondere für die von Demenz betroffenen Personen wünschenswert erscheint. Dabei gilt es insbesondere folgende Überlegung zu betonen – wie bereits aus dem Bericht der Alzheimer Europe Gesellschaft (2013, 92) hervorgeht: „People with dementia can tell others, who may one day have dementia, what it is like and what they need. This may influence how dementia is subsequently portrayed and help ensure the provision of appropriate and good quality care, support and treatment.“

Die Betroffenen selbst sollten an dieser Stelle als Expert*innen in Bezug auf die Demenzthematik gesehen und anerkannt werden, doch bisher scheint diese Ansicht eher die Ausnahme als die Regel darzustellen. Die Tatsache, dass die Betroffenenperspektive im Zuge dieser Masterarbeit gesondert von jener der gesellschaftlichen Perspektive behandelt wird, soll hier kurz begründet werden. Der Überlegung, dass eine Trennung der subjektiven und der öffentlichen Wahrnehmung ggf. zu einer Reproduktion der Vorstellung, Personen mit Demenz seien kein Teil der Gesellschaft, führen könnte, muss an dieser Stelle entgegengehalten werden, dass in dieser Arbeit von der Annahme ausgegangen wird, dass Personen mit Demenz zwar in gewisser Weise Teil unserer Gesellschaft sind, vielen aufgrund einer Demenzdiagnose jedoch der Status eines vollwertigen Mitglieds der Gesellschaft aberkannt wird und sie demnach nicht mehr uneingeschränkt an gesellschaftlichen Aktivitäten partizipieren können. Nun könnte der Einwand folgen, dass sich generell einige Mitglieder unserer Gesellschaft aus unterschiedlichsten Gründen nicht als vollwertig einstufen bzw. müsste gefragt werden, was denn nun die Vollwertigkeit

eines Mitglieds in einer Gesellschaft auszeichnet. Auf die Vertiefung in jene Diskussion muss angesichts des begrenzten Rahmens der Masterarbeit bzw. des vorliegenden Forschungsinteresses verzichtet werden. Die nachstehenden Ausführungen sollen allerdings einen kleinen Einblick in jene Diskussion aus Sicht der Betroffenen liefern.

1.6 Demenz aus der Perspektive der Betroffenen

So heterogen wie die Gruppe der Menschen mit Demenz, so vielfältig auch die verschiedenen Perspektiven der Betroffenen selbst auf das Phänomen, wie der Bericht der Alzheimer Europe Gesellschaft (2013, 93) verdeutlicht – „from ‚not a big deal‘ to ‚hellish‘.“ In einigen Fällen scheinen sich die Betroffenen selbst allerdings nicht als signifikant anders im Unterschied zu ihren nicht dementen Mitbürger*innen wahrzunehmen – zumindest in Hinblick auf das äußerliche Erscheinungsbild, die persönliche Gefühlslage sowie das eigene Verhalten:

„I’ve heard people say ‚You don’t look like you’ve got dementia‘, fancy that! How are we supposed to look?“ (Devlin et al. 2007, 52 zit. n. Alzheimer Europe 2013, 72)

„I don’t really feel anything really. I mean I feel now as I did five or ten years ago. I am doing all sorts. I can drive. I mow the garden. I can decorate“ (Alzheimer’s Society 2008, 45 zit. n. ebd.).

Hier muss angemerkt werden, dass es sich um die subjektive Wahrnehmung einzelner Betroffener handelt und anzunehmen ist, dass diese je nach Verlauf bzw. Stadium der Demenz und möglicherweise damit einhergehender Auswirkungen auf das Sozialleben sowie Einschränkungen anderer Lebensbereiche durchaus von den angeführten Zitaten abweichen kann. Auch im Zuge des empirischen Teils dieser Arbeit wird die Perspektive der Betroffenen indirekt aufgegriffen. In Bezug auf die Auffassung von Menschen mit Demenz, wie sie angesichts ihrer Diagnose von anderen in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, scheint es hingegen weniger Diskrepanzen zu geben. Bei der Veranstaltung *Stimmig! Menschen mit Demenz bringen sich ein* der Demenz Support Gruppe Stuttgart im Jahr 2010 wurden folgende Forderungen und Wünsche demenzbetroffener Personen kurz und prägnant an die Öffentlichkeit formuliert: „Ich möchte nicht auf meine Demenz reduziert werden. Ich möchte, dass ihr wisst: es geht mir nicht *nur* schlecht! Das Bild der Menschen mit Demenz in der Öffentlichkeit muss sich dringend ändern“ (Demenz Support Stuttgart 2010; Herv. A.W.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz der abweichenden Erkenntnisse des *Demenzbarometers Schweiz* (Schelling 2018, Seifert & Schelling 2019) das vorherrschende Bild von Personen mit Demenz in einer Gesellschaft, die sich durch ein meritokratisches Leitbild

auszeichnet, durchwegs defizitär und somit negativ getönt scheint. Als Konsequenz werden Menschen mit Demenz stigmatisiert und in weiterer Folge nicht mehr als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft angesehen bzw. bis zu einem gewissen Grad aus dieser exkludiert.

Bevor nun der Frage nachgegangen werden kann, wie der Exklusion von Menschen mit Demenz entgegengewirkt werden könnte, um somit möglicherweise dem Ziel der UN-BRK im Sinne einer *Inklusion* der Betroffenen näherzukommen, gilt es zunächst einen Blick auf mögliche Theorien zu werfen, die sich mit der Frage beschäftigen, weshalb es denn überhaupt zu einem gesellschaftlichen Ausschluss der Zielgruppe kommen könnte. Nur so könnte der Exklusion der Betroffenen in Zukunft ggf. bereits präventiv entgegengesteuert werden. Im nachfolgenden Kapitel werden demnach ausgewählte Theorien vorgestellt, die sich zum einen mit der Entstehung von Einstellungen speziell gegenüber Menschen mit Behinderungen – zu denen hier auch Menschen mit Demenz gezählt werden – auseinandersetzen. Zum anderen werden Theorien hinsichtlich sogenannter *Exklusionsmechanismen* in Bezug auf die Demenzthematik erläutert bzw. wird versucht, mögliche Antworten auf die Frage zu finden, wie die zuvor dargestellten Defizitbilder von Demenz zustande gekommen sein könnten.

2. Einstellung und Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz

In diesem Kapitel gilt es, wie bereits angekündigt, sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz und somit unter anderem der Entstehung von Einstellungen in Bezug auf die Demenzthematik als Teil dieser Reaktionen näher auf den Grund zu gehen. Dazu werden die Ausführungen von Cloerkes (2007), welcher sich insbesondere mit der Einstellung sowie dem Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung auseinandersetzt, herangezogen.

Zunächst lohnt es sich an dieser Stelle, einen Blick auf den Begriff der *sozialen Reaktion* zu werfen. Eine soziale Reaktion lässt sich laut Cloerkes (ebd., 103; Herv. A.W.) definieren als „Gesamtheit der *Einstellungen* und *Verhaltensweisen* auf der informellen Ebene der zwischenmenschlichen Interaktion.“ Dabei betont Cloerkes (ebd., 113), dass die *Einstellungsebene*, zu welcher die Einstellung an sich aber auch *Vorurteil*, *Wert* sowie *Stigma* zählen, von der Ebene des *tatsächlichen Verhaltens* grundsätzlich getrennt zu betrachten ist. „Zwischen beiden Ebenen besteht nur ein begrenzter Zusammenhang, der keine eindeutigen Vorhersagen erlaubt“ (ebd.). Diesen Überlegungen zufolge scheinen positive *Einstellungen* nicht zwangsweise positive *Handlungen* nach sich zu ziehen, selbst wenn die Handlungstendenz bzw. -intention dahinter durchaus positiv konnotiert scheint. Vor allem aber umgekehrt scheinen negativen

Einstellungen nicht unbedingt negative Verhaltensweisen zu folgen, was sich wiederum durch den Aspekt der sozialen Erwünschtheit in Bezug auf gesellschaftliche Normen und Werte erklären ließe (Cloerkes ebd., 121).

An diesem Punkt soll erneut auf die Annahme von Gerritsen et al. (2018), welche in Kapitel 1.5 aufgegriffen wurde, hingewiesen werden. Die Autor*innen sprechen sich hier dezidiert *für* einen möglichen Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie Menschen mit Demenz wahrgenommen werden und den Verhaltensweisen ihnen gegenüber aus. Obwohl die im vorherigen Absatz dargelegte Argumentation von Cloerkes diese Annahme deutlich einzuschränken scheint, wird im Zuge der vorliegenden Masterarbeit dennoch von einem *begrenzten* Zusammenhang ausgegangen. Im Rahmen der empirischen Untersuchung dieser Masterarbeit gilt es somit, diesen Aspekt zu berücksichtigen.

In Hinblick auf die Beschaffenheit sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderungen stellt Cloerkes (2007, 137) fest, dass diese „teilweise auf undifferenzierten Verallgemeinerungen hinsichtlich der ganzen Behindertengruppe sowie auf einer vereinfachenden Gleichsetzung von negativ bewerteter Behinderung und der Person mit Behinderung“ beruhen. Mit diesen Überlegungen wird die in Kapitel 1.1 bereits aufgegriffene Problematik angesprochen, bei welcher das Individuum als Person in den Hintergrund tritt und die Behinderung – in diesem Fall in Form einer Demenzerkrankung – in den Vordergrund gerückt wird.

Mit Krech et al. (1962, 177 zit. n. Cloerkes 2007, 104) definiert Cloerkes weiters den Begriff *Einstellung* als „ein stabiles System von positiven oder negativen Bewertungen, gefühlsmäßigen Haltungen und Handlungstendenzen in bezug auf ein soziales Objekt.“ Die Einstellungsforschung unterscheidet dabei drei verschiedene Komponenten von Einstellungen – die *kognitive*, die *affektive* sowie die *konative* Komponente:

„Die ‚*kognitive*‘ oder ‚Wissenskomponente‘ bezieht sich darauf, daß das Einstellungsobjekt in ganz spezifischer Weise wahrgenommen wird; sie zeigt sich in den Vorstellungen, Überzeugungen und bewertenden Urteilen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt. Die ‚*affektive*‘ oder ‚Gefühlskomponente‘ umschreibt den emotionalen Aspekt, die (positiven oder negativen) Gefühle und subjektiven Bewertungen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt. Die ‚*konative*‘ oder ‚Handlungskomponente‘ hebt auf die Verhaltensintentionen oder Handlungstendenzen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt ab“ (Cloerkes 2007, 104; Herv. i. O.).

Das Individuum ist dabei bemüht, „diese drei Komponenten in Übereinstimmung zu bringen, so daß man von einer einheitlichen Reaktion auf das Einstellungsobjekt sprechen kann, die sich auch im tatsächlich beobachtbaren Verhalten niederschlägt“ (Cloerkes 1985, 16). Als Kern einer sozialen Einstellung sehen laut Cloerkes (ebd., 16f) die meisten Autor*innen die *affektive*

bzw. die Gefühlskomponente, da diese die Einstellung gerade bei Menschen mit Behinderung am gravierendsten bestimmt.

Ein weiterer Begriff, welcher in diesem Zusammenhang thematisiert wird, ist jener des *Vorurteils*. Cloerkes (2007, 104) definiert Vorurteile als „extrem starre, irrationale und negative Einstellungen, die sich weitgehend einer Beeinflussung widersetzen.“ Der Begriff des *Stigmas* wird von ihm als „Sonderfall eines sozialen Vorurteils [beschrieben; Anm. A.W.] und meint die Zuschreibung bzw. die negative Definition eines Merkmals oder einer Eigenschaft“ (ebd.).

Bezüglich der Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung stellt Cloerkes fest, dass negativ getönte Bewertungen in der Gesellschaft überwiegen. Diese Feststellung lässt sich laut seinen Ausführungen als „Konsequenz der ausschließlichen Orientierung unserer Gesellschaft am Gesunden und Vollhandlungsfähigen [zurückführen; Anm. A.W.]. Sie [die Bewertung; Anm. A.W.] ist also abhängig von den dominierenden Wertvorstellungen, und diese bestimmen unsere Einstellungen und Verhaltensweisen“ (ebd., 103). Bei der Bewertung der Betroffenen spielt vor allem die „Art der Behinderung, insbesondere aber das Ausmaß ihrer Sichtbarkeit sowie das Ausmaß, in dem sie gesellschaftlich hochbewertete Funktionsleistungen (Mobilität, Flexibilität, Intelligenz, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit) beeinträchtigt“ (ebd., 105) eine entscheidende Rolle. „Abweichungen im geistigen oder psychischen Bereich werden deutlich ungünstiger bewertet als solche im körperlichen Bereich“ (ebd.).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es bei der Untersuchung sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz zum einen die Ebene der *Einstellung* und hier wiederum die drei unterschiedlichen Komponenten *kognitiv*, *affektiv* und *konativ*, zu berücksichtigen gilt. Zum anderen gilt es, die Ebene der *tatsächlichen Verhaltensweisen* gegenüber den Betroffenen zu untersuchen, wobei in Anlehnung an die obenstehenden Überlegungen zumindest ein begrenzter Zusammenhang zwischen beiden Ebenen angenommen wird.

Bevor nun der Frage nachgegangen wird, welche Möglichkeiten der Veränderung von Einstellungen als Teil sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen bzw. Menschen mit Demenz im Speziellen vorliegen, sollen zur Veranschaulichung ein paar ausgewählte Theorien vorgestellt werden, welche sich näher mit der Frage nach dem Prozess der *Exklusion* der Betroffenen als Teil der sozialen Reaktion gegenüber Menschen mit Demenz beschäftigen. Letztendlich gilt es der Frage auf den Grund zu gehen, weshalb es der Inklusion von Menschen mit Demenz bedarf bzw. wie es dazu kommt, dass die Betroffenen scheinbar keinen Platz mehr in unserer Gesellschaft haben – wie Bopp-Kistler (2017, 17) feststellt.

2.1 Exklusion von Menschen mit Demenz

Im folgenden Kapitel wird näher auf die Hintergründe der Exklusion von Menschen mit Demenz im Rahmen unserer Gesellschaft und somit auf sogenannte *Exklusionsmechanismen* eingegangen, doch zunächst gilt es den Begriff der *Exklusion* in den Blick zu nehmen.

In ihrer Dissertation zum Thema *Inklusion für Menschen mit Demenz – Exklusionsrisiken und Teilhabechancen* verweist Birgit Schuhmacher (2018, 16) kritisch auf die vorherrschende „Exklusionsblindheit“ im heilpädagogischen Inklusionsdiskurs. Ihren Ausführungen zufolge – und hier bezieht sie sich in erster Linie auf Kronauer (2010) – können die beiden Begriffe *Inklusion* und *Exklusion* nicht getrennt voneinander diskutiert werden, da sich die Frage der Inklusion ohne die vorangegangene soziale Exklusion erübrigen würde. Der Exklusionsprozess geht somit dem Ruf nach Inklusion voraus. Schuhmacher (2018, 17) betont hierbei den Mangel und in weiterer Folge die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit *Exklusionsursachen*.

„Exklusion (lat. exclusio) bezeichnet den Prozess oder die Tatsache der Ausschließung oder Ausgrenzung, die meist gegen den Willen der Betroffenen erfolgt“, so ein erster Definitionsversuch Schuhmachers (ebd.). Mit Bezug auf Dederich (2006, 14 zit. n. Schuhmacher 2018, 17), welcher den Exklusionsbegriff hingegen durch eine „höchst uneinheitliche und in Folge unscharfe Verwendungsweise“ gekennzeichnet sieht, wird – zumindest hinsichtlich der Definitionsbandbreite – eine gewisse Ähnlichkeit zum Begriff der *Inklusion* deutlich. In Anlehnung an die obenstehenden Überlegungen wird die Begriffsbestimmung von *Exklusion* in der vorliegenden Masterarbeit unter Berücksichtigung des *Inklusionsbegriffs* vorgenommen. Dazu werden die Definitionsversuche von Kronauer (2010), welcher Inklusion und Exklusion als *Begriffspaar* sieht, herangezogen:

"Inklusion, wie sie hier verstanden wird, meint gesellschaftliche Zugehörigkeit und Teilhabe, die durch die Einbindung von Menschen in die wechselseitigen Sozialbeziehungen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung, durch Reziprozität in Verwandtschaft und Bekannntenkreisen sowie die Zuerkennung und Materialisierung von (persönlichen, politischen und sozialen) Bürgerrechten gewährleistet wird. Umgekehrt bedeutet Exklusion letzten Endes den Abbruch der Wechselseitigkeiten, soziale Isolation und den Verlust von Bürgerrechten, sei es durch deren formale Verweigerung oder durch ihren Substanzverlust, der die Materialität gesellschaftlicher Teilhabe infrage stellt" (Kronauer 2010, 17; Herv. A.W.).

Menschen im höheren Lebensalter – und in weiterer Folge auch Menschen mit Demenz – scheinen laut Friebe (2010, 150) besonders von sozialer Exklusion betroffen zu sein: „Die Altersphase erscheint als eine Zeit des körperlichen und geistigen Abbaus und alte Menschen werden als wenig produktive Mitglieder der Gesellschaft typisiert. Soziale Exklusion findet durch

negative Altersbilder gesellschaftliche Legitimation.“ Die von Friebe angesprochenen negativen Altersbilder wurden bereits im Rahmen des ersten Kapitels dieser Arbeit unter dem Punkt *öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit Demenz* dargestellt bzw. im vorhergehenden Kapitel in Verbindung mit den Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung im Allgemeinen und Menschen mit Demenz im Speziellen diskutiert. Nun gilt es allerdings der Frage nach den Exklusionsursachen nachzugehen. In den nachfolgenden Ausführungen sollen dazu ausgewählte Theorien zu dieser Frage vorgestellt werden, um so ein Bewusstsein für diese meist unbewusst ablaufenden Prozesse und Mechanismen zu schaffen.

2.1.2 Exklusionsursachen

Abweichung von gesellschaftlichen Normen und Werten

Ähnliche Überlegungen in Bezug auf den Aspekt der Ausgrenzung von Personen mit Demenz wurden bereits in Kapitel 1.5 zur öffentlichen Wahrnehmung von Menschen mit Demenz dargestellt. Die nachstehenden Ausführungen stellen eine Vertiefung dieser Überlegungen dar. Cloerkes (2007, 113) betont, dass Einstellungen insbesondere durch das „Wertesystem eines Individuums“ bestimmt werden und bezieht sich in seinen weiteren Ausführungen in erster Linie auf das Wertesystem westlicher Gesellschaften: „Hier sind Werte wie Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Intelligenz, körperliche Integrität und ästhetisches, jugendliches Äußeres von großer Bedeutung. Werte und Normen regeln das Zusammenleben in einer Gesellschaft. Abweichung von Werten und Normen bedroht die individuelle wie gesellschaftliche Stabilität“ (ebd., 114). Die sozio-kulturellen Werte und Normen werden im Zuge des Sozialisationsprozesses bereits in der frühesten Kindheit verinnerlicht. Cloerkes (ebd.) geht somit in weiterer Folge davon aus, dass soziale Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung *erlernt* sind und dabei sowohl der Aspekt der Sozialisationsinhalte als auch jener der Sozialisationspraktiken von Bedeutung ist. Dementsprechend befindet sich in seinen weiteren Überlegungen auch ein eigenes Kapitel zur Reaktion auf Menschen mit Behinderung im *interkulturellen Vergleich*, da sich die jeweiligen Wertesysteme je nach Kultur unterscheiden. Auf diesen Aspekt wird in der vorliegenden Masterarbeit nicht näher eingegangen, allerdings sei auf die Überlegungen von Cloerkes (2007) sowie auf die Tatsache verwiesen, dass in anderen Kulturkreisen, das Phänomen der Hochaltrigkeit sowie möglicherweise damit einhergehende demenzielle Veränderungen anders bewertet werden, als in einer meritokratischen Gesellschaft wie der unseren.

Angesichts gesellschaftlich vorherrschender sozialer Werte und Normen kann es zu unterschiedlichen sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung kommen. Cloerkes (ebd., 120) identifiziert drei Formen der Reaktion gegenüber Menschen mit Behinderung – *originäre Reaktionen*, *offiziell erwünschte Reaktionen* und *überformte Reaktionen*. In den nachstehenden Ausführungen sollen diese drei Formen sowie ausgewählte Folgen dieser Reaktionen knapp skizziert werden. Unter der Bezeichnung *originäre Reaktionen* versteht Cloerkes (ebd., 119),

„daß die Reaktion ursprünglich, spontan und affektiv ist. Auslöser für die originäre Reaktion ist die wahrgenommene Abweichung (...) Letzten Endes handelt es sich um Abwehrmechanismen gegenüber psycho-physisch erlebter Angst, die in Erregung und Ekel ihren sichtbaren Ausdruck finden kann und eine Störung von Gleichgewichtszuständen anzeigt, der wiederum mit stigmatisierenden Reaktionen zur Stabilisierung des gefährdeten Gleichgewichts begegnet wird.“

Offiziell erwünschte Reaktionen hingegen orientieren sich an gesellschaftlichen Normen bzw. Vorschriften wie beispielsweise: „Behinderte muß man akzeptieren und als gleichberechtigt anerkennen. Diese Tatsache ist bedeutsam für die Konstituierung von Einstellungen und Reaktionen“ (ebd., 120). *Überformte Reaktionen* sind laut Cloerkes (ebd.) „Ausdruck widersprüchlicher Normen und der Ambivalenz zwischen affektiver Abwehr und sozial vorgeschriebener Akzeptanz von Behinderungen.“ Zu den Folgen dieser überformten Reaktionen werden Scheinakzeptierung, Verhaltensunsicherheit oder Schuldgefühle gezählt (ebd., 122f).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass gesellschaftliche Normen und Werte individuelle Einstellungen prägen, welche wiederum Teil sozialer Reaktionen sind. In Bezug auf das Phänomen Behinderung scheint es allerdings zu einem Konflikt bzw. Widerspruch dieser Norm- und Wertesysteme zu kommen. Cloerkes (ebd., 123) beschreibt die Problematik wie folgt: „Normabweichungen einzelner Mitglieder stören individuelle und gesamtgesellschaftliche Gleichgewichtszustände.“ Um diese Gleichgewichtszustände aufrechtzuerhalten, zugleich aber den offiziell erwünschten Reaktionen, welche sich an gesellschaftlichen Normen und Werten orientieren, gerecht zu werden, etablieren sich häufig originäre oder überformte Reaktionen als Alternativformen der sozialen Reaktion gegenüber Menschen mit Behinderungen. Cloerkes (ebd.) gelangt dabei zu folgendem Schluss:

„Originäre Reaktionen und offiziell erwünschte Reaktionen sind kaum miteinander vereinbar. Die Normen sind widersprüchlich. Der Konflikt zwischen der einmal angelegten affektiven Ablehnung und dem gesellschaftlichen Verbot gerade dieser Reaktion auf Behinderte muß verarbeitet werden. Alle Möglichkeiten, insbesondere die überformten Reaktionen, laufen darauf hinaus, daß behinderte Menschen in der Regel auf Ablehnung stoßen.“

Diese Ablehnung wird in Form sozialer Exklusion der Betroffenen aus gesellschaftlichen Prozessen sichtbar. Ein weiterer Aspekt, welcher zur Ablehnung von Personen führt, die vom gesellschaftlichen Werte- und Normensystem abweichen und welcher im Zuge der Definition originärer Reaktionen sowie den Folgen überformter Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung bereits kurz angedeutet wurde, soll im nachfolgenden Abschnitt genauer untersucht werden.

Zur Alterität von Demenz

Der Sozialwissenschaftler Frank Schulz-Nieswandt legt in seinen wissenschaftlichen Publikationen unter anderem den Schwerpunkt auf die Frage nach den *Ursachen* der sozialen Exklusion des *homo patiens* (lat. leidender Mensch), wobei er hier vor allem den Fokus auf die gesellschaftliche Ausgrenzung von Menschen mit Demenz legt. In einem seiner Beiträge analysiert er „Probleme der Inklusion des *homo patiens* als Folge kulturell vermittelter, psychisch tief sitzender Dispositionen zur sozialen Ausgrenzung der Alterität (als Erfahrung des ‚ganz Anderen als Fremdartigen‘, dem mit ‚Hygieneangst‘ ausgrenzend begegnet wird)“ (Schulz-Nieswandt 2012, 597). In Hinblick auf die Inklusionsfrage geht es laut Schulz-Nieswandt (2015, 105) „im Kern weniger um den ‚Einschluss‘ als vielmehr um den Umgang mit Differenz, Fremdheit, Andersartigkeit“ – „und das provoziert Ängste und verunsichert“, wodurch er versucht, die Problematik des Inklusionsprozesses zu verdeutlichen.

In diesen Überlegungen wird eine seiner Hauptthesen zur Erklärung der Exklusion *des homo patiens* deutlich – die *Angst* vor dem Fremden. Fremdheit lässt sich in Bezug auf Hahn (1997, 135 zit. n. Matter 2018, 89; Herv. i. O.) definieren als das, „was ‚anders‘ ist bzw. das dem Anderssein zugeschrieben wird ... Andererseits ist fremd das, was uns unvertraut, unbekannt, neu und unerforscht vorkommt. Die Dimension des Unvertrauten bezieht sich auf Verstehen und auf die Grenzen von Fremdverstehen.“ Schulz-Nieswandt (2012, 593) spricht dabei von einem Wechselspiel zwischen „evolutionären Dispositionen“ und „habitualisierten Haltungen“, welche unseren Umgang mit dem Fremden bzw. mit Menschen, die von der Norm abweichen, prägen. Dabei greift er auf unterschiedliche Thesen zurück, welche die Angst vor dem Fremden erläutern. In den nachstehenden Ausführungen soll auf zwei ausgewählte Formen dieser Angst näher eingegangen werden, welche insbesondere als Erklärungsansätze in Bezug auf vorliegende Exklusionsmechanismen bei Menschen mit Demenz dienen.

Zum einen thematisiert Schulz-Nieswandt (2012, 598) die sogenannte „Unbeholfenheitsangst“, welche sich in Form von Berührungängsten im Sinne einer Unsicherheit, eines Nicht-Wissens,

wie mit dem Gegenüber umzugehen ist, ausdrückt. Vor allem der fehlende Kontakt zu Betroffenen scheint diese Form der Angst zu schaffen. Dieser Aspekt wird auch von Cloerkes (2007, 122) unter dem Punkt „überformte Reaktionen“ angesprochen, indem er Verhaltensunsicherheit und Vermeidungstendenzen in Bezug auf Menschen mit Behinderung mit einem Mangel an Interaktionserfahrung verknüpft. Diese These gilt es im nachfolgenden Kapitel zur Frage nach *Änderungsstrategien* der sozialen Reaktion gegenüber Menschen mit Demenz sowie im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit näher zu untersuchen.

Zum anderen führt Schulz-Nieswandt (ebd., 596f) die These der „Hygieneangst“ an, welche sich durch „Ängste vor dem Fremd- und Andersartigen“ bzw. der „Angst, durch den Kontakt mit Betroffenen ‚kontaminiert‘ zu werden“ kennzeichnen lässt. Es liege in der Natur des Menschen, die eigene Identität „durch Abgrenzung – auch Ausgrenzung, Hierarchien, Macht, Dominanz und Herrschaft – zum Fremden und Anderen“ (ebd., 597) abzusichern. Damit einhergehend scheint auch eine gewisse Art von *Ekel* gegenüber dem Tod bzw. der eigenen anstehenden Vergänglichkeit aufzutreten, welche im Sinne eines Schutzmechanismus vor Krankheit und Tod als mögliche Erklärung durch die „Abgrenzung des eigenen Selbst im Modus der sozialen Ausgrenzung des Anderen“ (ebd., 598) angesehen werden kann. Der Kontakt zu Betroffenen wird demnach unbewusst vermieden. Abgrenzung durch Ausgrenzung des Fremden scheint zwar vorübergehend im Zuge dieses Schutzmechanismus eine Lösung zu sein, um sich mit der eigenen Vergänglichkeit nicht näher auseinandersetzen zu müssen, allerdings gilt es mit Gardou (2014, 187) auf folgende Annahme zu verweisen: „No one is protected from being a stranger in relation to collective norms; to becoming a stranger in relation to life’s normal path; to becoming a stranger in the universe of others, in the eyes of the collective“ oder um erneut auf Wißmann (2015, 7) zu verweisen, welcher andeutet, dass in der alternden Gesellschaft alle bereits Teil der Demenzszenen seien – als Mitglieder eben dieser Gesellschaft, Angehörige, Freund*innen, Nachbar*innen oder Betroffene selbst.

Bezogen auf die Annahme einer „gerontophobischen Abgekehrtheit vom alten Menschen“ kommt Schulz-Nieswandt (2012, 593) zu folgendem Schluss: „Wenn es nicht sozial erlernt ist, fällt es vielen Menschen schwer, mit anderen souverän, also offen und nicht sozial ausgrenzend umzugehen, wenn diese etwa von Demenz oder von Formen körperlicher Behinderung gekennzeichnet sind.“ Als Fazit seiner Ausführungen betont Schulz-Nieswandt (2012, 602) an dieser Stelle, dass „der demente Mensch, überhaupt der alte Mensch ... durch Haltungen sozial ausgegrenzt [wird; Anm. A.W.], die in tiefen seelischen Dispositionen der Urangst vor dem Fremden als dem nicht Verstehbaren, der ‚Hygieneangst‘ vor der ‚dämonischen‘ Umwelt wurzeln.“

Soziale Ausgrenzungsmechanismen sind aber laut Schulz-Nieswandt (ebd. 593) „biologisch nicht zwingend. Allerdings ist die Überwindung derartiger habitualisierte Haltungen auch nicht trivial und einfach zu verwirklichen.“ Als Konsequenz sieht Schulz-Nieswandt (ebd.) die Notwendigkeit einer „Arbeit an der eigenen Kultur im Umgang mit dem ‚Anderen‘, dem als ‚andersartig‘ stigmatisierten ‚Fremden‘.“ Diese von ihm angesprochene *Arbeit* findet laut seinen Überlegungen im Rahmen sogenannter *sozialer Lernprozesse* statt, welche in den nachfolgenden Kapiteln, mit Blick auf die Frage nach möglichen Strategien der Einstellungs- und Verhaltensänderung gegenüber Menschen mit Demenz, einen besonderen Stellenwert einnehmen.

2.3 Änderungsstrategien bzgl. sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz

Im Rahmen der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ (2015) wurden insgesamt sieben Wirkungsziele und ihre damit verbundenen *Handlungsempfehlungen* des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz formuliert. Jene Empfehlungen sind als „gemeinsame Grundlage für die Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen durch die beteiligten Organisationen“ (ebd., 9) anzusehen, wodurch verdeutlicht werden soll, dass in diesen Ausführungen nicht mit konkreten Handlungsanweisungen zu rechnen ist.

Als Wirkungsziele auf der Ebene der Bevölkerung gelten die Schaffung eines Bewusstseins für die Bedürfnisse der Betroffenen sowie die Entwicklung eines Gemeinwesens, „in dem Teilhabe von allen gelebte Wirklichkeit ist“ (ebd., 4). Außerdem gilt es durch Informationsweitergabe, die Angst vor der Krankheit zu nehmen und somit den gesellschaftlichen Umgang mit dem Phänomen Demenz zu erleichtern. Ein weiteres Wirkungsziel auf dieser Ebene wird mit der Entwicklung einer „Sensibilität für einen positiven Zugang zur Krankheit Demenz“ (ebd., 4) formuliert. Als zentrales Anliegen der österreichischen Demenzstrategie gelten folgende Forderungen:

„Es soll sichergestellt werden, dass trotz der vorhandenen Beeinträchtigungen die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen so weit wie möglich gewährleistet ist. Dies ist unter anderem durch den Abbau von Ängsten und Vorurteilen in der Gesellschaft zu erreichen. Wie die UN-Behindertenrechtskonvention beschreibt, entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren. Diese Barrieren können Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Ein Abbau solcher Barrieren ist auch Ziel der Demenzstrategie“ (ebd., 11).

Auch im Rahmen der Überlegungen der Demenzstrategie Österreich ist somit die Rede von Ängsten und gesellschaftlichen Vorurteilen, welche – wie Gerritsen et al. (2018) betonen –

Einfluss auf das Verhalten gegenüber Personen mit Demenz respektive den Umgang im sozialen Miteinander nehmen können. Nun stellt sich allerdings die entscheidende Frage, wie es zu einem Wandel der negativen sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz bzw. der darin enthaltenen Einstellungen in der Gesellschaft kommen könnte. Dazu wird nun auf mögliche Änderungsstrategien, welche sich in der einschlägigen Literatur finden lassen, näher eingegangen.

2.3.1 Änderungsstrategie – Informationsweitergabe

Eine mögliche Antwort auf die Frage nach der Änderung negativer sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz lässt sich im zweiten Wirkungsziel der Demenzstrategie Österreich (2015) finden, welches als *Informationsaufbau* formuliert wird. Die Handlungsempfehlungen zielen unter anderem auf die „Entwicklung umfassender Informations- und Kommunikationskonzepte“ (ebd., 13) sowie auf „breite Öffentlichkeitsarbeit und (Medien-)Kampagnen“ (ebd.) ab. Ängste und Vorurteile gegenüber dem Phänomen Demenz sowie davon betroffener Personen sollen demnach durch Informationen und Wissenszuwachs abgebaut werden. Diese *Änderungsstrategie* in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit Demenz wird auch von Cloerkes (2007, 145) – allerdings kritisch – diskutiert.

Bevor auf seine Erkenntnisse näher eingegangen wird, gilt es zunächst auf Cloerkes (2007, 137) Überlegungen in Hinblick auf die Voraussetzungen der Möglichkeiten einer Veränderung der sozialen Reaktion auf Menschen mit Behinderung – in diesem Fall Menschen mit Demenz – hinzuweisen. So stellt er fest, dass vor dem Hintergrund einer „sehr stabilen und starren Grundhaltung gegenüber behinderten Menschen ... der verfügbare Spielraum für Veränderungen relativ gering“ (ebd.) ist und verweist weiters auf die Annahme, dass „Einstellungen gegenüber behinderten Menschen ... bereits in der frühesten Kindheit gelernt [werden; Anm. A.W.]. Je früher eine Beeinflussung der Einstellungsentwicklung stattfindet, desto höher sind die Erfolgsaussichten einzuschätzen“ (ebd.). Auch diesen Aspekt gilt es im Zuge der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit erneut aufzugreifen und zu diskutieren.

In seinen Ausführungen zur Frage nach möglichen Änderungsstrategien negativer Einstellungen als Teil sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderungen diskutiert Cloerkes (ebd., 145) unter anderem die in der Demenzstrategie Österreich angesprochene *Informationsstrategie*. Dabei stellt er allerdings die Wirkungsmacht dieser Strategie deutlich in Frage:

„Informationsprogramme sind nicht grundsätzlich als ineffektiv abzulehnen, sofern gewährleistet ist, daß eine Reihe von überaus komplexen Wirkungsbedingungen sorgfältige Beachtung finden. Informationsvermittlung über Behinderungen und Behinderte dürfte allerdings bestenfalls als *ergänzende* Maßnahme ihre Berechtigung haben. Insofern wird der Nutzen dieser Strategie zur Veränderung von Einstellungen gegenüber behinderten Menschen bei weitem überschätzt, von der Gefahr gegenteiliger Effekte ganz zu schweigen“ (Cloerkes 2007, 145; Herv. i. O.).

Empirischen Untersuchungen zufolge scheint die Weitergabe von Information über ein gewisses Phänomen – in diesem Fall dem Phänomen Behinderung – nicht zwangsweise zu einer Verbesserung im Sinne einer positiven Einstellung gegenüber jenem Phänomen zu führen. Dieses Erkenntnis lässt sich unter anderem durch die Annahme begründen, dass bei der Weitergabe von Information lediglich eine Ebene der Einstellungen – die *kognitive* Ebene – angesprochen wird und somit der Bezug zu den beiden weiteren Einstellungsebenen – der *affektiven* sowie der *konativen* Ebene – fehlt. Vor allem die affektive Ebene, welcher Cloerkes (ebd., 104) einen besonders hohen Stellenwert in Bezug auf die Einstellungsänderung zuschreibt, scheint im Rahmen dieser Strategie unberührt.

Cloerkes (ebd.) fasst die Erkenntnisse unterschiedlicher empirischer Studien der Einstellungsforschung zusammen und stellt fest, dass ein Großteil der Einstellungsänderungsversuche durch die Anwendung diverser Informationsstrategien ohne Erfolg blieben bzw. sich die Einstellung aufgrund der Informationen in einigen Fällen sogar durchaus verschlechterte. Eine Änderung der Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen oder geistigen Behinderungen scheint außerdem eine zusätzliche Herausforderung darzustellen (ebd.). Dazu betont Cloerkes (ebd.), dass eine Ergänzung der Informationsvermittlung durch direkten Kontakt mit den Betroffenen sowie der positiven Darstellung von Menschen mit Behinderung „mit Betonung persönlicher, nicht behinderungsspezifischer Qualitäten“ (ebd.) eine Einstellungsänderung mit positiver Konnotation begünstigen würden.

Den obenstehenden Ausführungen folgend soll nun eine weitere Änderungsstrategie näher in den Blick genommen werden – die sogenannte *Kontakthypothese*.

2.3.2 Änderungsstrategie – Kontakthypothese

Hinsichtlich der Kontakthypothese diskutiert Cloerkes (2007, 146) zwei Thesen in Bezug auf die Annahme eines Zusammenhangs zwischen dem Kontakt mit Personen mit Behinderungen und der Qualität der Einstellung zu eben jenen Personen: „Personen, die über Kontakte mit Behinderten verfügen, werden günstigere Einstellungen gegenüber Behinderten zeigen als

Personen, die keine derartigen Kontakte haben. Je häufiger Kontakt mit Behinderten bestanden hat, um so positiver wird die Einstellung des Betreffenden sein“ (ebd.). Diesen beiden Thesen liegen drei theoretische Annahmen zu Grunde. Erstens scheint Kontakt – ähnlich wie Information – als Korrektur fehlerhaften „Voraus-Urteils“ (ebd., 146) zu gelten. Zweitens besagt die „Gleichgewichtstheorie“ von Fritz Heider (1977), dass Menschen eher dazu neigen, ihnen vertraute Personen zu mögen als ihnen nicht vertraute. „Charakteristisch für das Verhältnis zwischen Behinderten und Nichtbehinderten ist nun in der Tat ein Mangel an Vertrautheit mit dem körperlichen, geistig oder seelisch ‚Andersartigen‘. Kontakt soll dazu beitragen, diese Fremdheit abzubauen und statt dessen Vertrautheit zu schaffen“ (Cloerkes 2007, 146). Drittens wird in Anlehnung an Homans (1968, 125f zit. n. Cloerkes 2007, 146) angenommen, dass „Personen, die häufig miteinander in Interaktion stehen dazu tendieren, einander zu mögen“, woraus Homans (ebd. zit. n. Cloerkes ebd.) schließt: „Wenn sich die Häufigkeit der Interaktion zwischen zwei oder mehr Personen erhöht, so wird auch das Ausmaß ihrer Zuneigung füreinander zunehmen, und vice versa.“

Bei der Strategie der Einstellungsänderung durch Kontakt zu den Betroffenen betont Cloerkes (ebd., 147) – ähnlich wie bei der Strategie der Einstellungsänderung durch Vermittlung von Informationen – vor allem die Wichtigkeit der affektiven Einstellungskomponente: „Der intensiven Beziehung müssen ... affektive, gefühlsmäßige Bindungen zugrundeliegen. ‚Freude am Kontakt‘ und ‚positive Gefühle‘ beim Zusammensein mit einem behinderten Menschen haben darum einen günstigen Einfluß auf die Einstellung.“

Des Weiteren sieht Cloerkes die zuvor postulierte theoretische Annahme in Anlehnung an Homans (1968) hinsichtlich der Häufigkeit des Kontakts eher kritisch: „Nicht die Häufigkeit des Kontakts mit behinderten Personen ist entscheidend, sondern seine Intensität. Nicht jeder intensive und enge Kontakt ist aber der Entwicklung positiver Einstellungen förderlich; wichtige Nebenbedingungen sind seine *emotionale Fundierung* und seine *Freiwilligkeit*“ (Cloerkes 2007, 147; Herv. i. O.). Die größte Herausforderung bezüglich des Erfolgs einer Änderungsstrategie bzw. der Frage nach Möglichkeiten der Einstellungsänderung im Allgemeinen sieht Cloerkes (ebd.) in „der Bereitschaft, seine Haltung ändern zu wollen.“ Die Rolle dieser Bereitschaft im Sinne der *Freiwilligkeit* in Bezug auf den Kontakt mit Betroffenen wird im empirischen Teil der vorliegenden Masterarbeit erneut aufgegriffen und diskutiert.

Hinsichtlich der Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Wirkung der Kontakthypothese bzw. der Einstellungsänderung durch Kontakt zwischen Betroffenen und nicht Betroffenen, gelangt Cloerkes (ebd., 151) zu folgendem Fazit:

„Zwischen Kontakt mit behinderten Menschen und den Einstellungen gegenüber Behinderten existiert eine Kausalbeziehung. Fraglich ist allerdings, ob Kontakt in dem Maße zu einer positiveren Haltung gegenüber Behinderten führen kann, wie dies oft erwartet wird. Kontakt kann nämlich unter Umständen sogar negative Auswirkungen haben. Von entscheidender Bedeutung sind eine Reihe qualitativer Bedingungen des Kontakts. Sofern deren strikte Beachtung gesichert ist, dürfte der Kontaktvariablen – auch ergänzend durch andere Strategien – eine erhebliche Bedeutung zukommen.“

Doch welches sind denn nun diese *qualitativen Bedingungen* des Kontakts, von denen bei Cloerkes (ebd.) die Rede ist? Auf diese Frage lässt sich innerhalb der herangezogenen Ausführungen keine eindeutige Antwort finden. Dementsprechend geht die Suche nach einer möglichen Antwort in Bezug auf die Frage nach den qualitativen Bedingungen über die von Cloerkes (2007) dargestellte Theorie der Kontakthypothese hinaus. Neben Cloerkes wird die Kontakthypothese implizit unter anderem von Peter Wißmann (2010, 2016, 2017) und Frank Schulz-Nieswandt (2012, 2015) aufgegriffen und speziell in Bezug auf die sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft diskutiert.

Wißmann (2010, 345) spricht angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Situation von Menschen mit Demenz von der Notwendigkeit einer „Entstigmatisierung der Demenz und Vermittlung eines entpathologisierten, angstfreien Bildes. Hierzu zählen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, kulturelle Aktivitäten sowie die Schaffung von Begegnungsräumen für Menschen mit und ohne Demenz (im Sinne von Begegnungsmöglichkeiten).“ Neben Aufklärungsarbeit im Sinne der Informationsstrategie, steht bei Wißmann demnach vor allem die *Begegnung* zwischen Menschen mit und ohne Demenz im Vordergrund, um so zu einer Änderung eines defizitären Demenzbildes zu gelangen.

An dieser Stelle soll auf die begriffliche Unterscheidung zwischen den beiden obenstehenden Termini *Kontakt* und *Begegnung* sowie damit in Zusammenhang stehende Bedeutungsunterschiede verwiesen werden. Petzold und Müller (2005/2007, 41f) beschreiben die beiden Relationalitätsmodalitäten *Kontakt* und *Begegnung* wie folgt: „Kontakt ist im wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität bildet.“ Kontakt wird in diesem Sinne als „kleinste Einheit von Relationalität mit der punktuellen Möglichkeit von einseitiger oder wechselseitiger Berührung (Blickkontakt, Körperkontakt etc.)“ verstanden und „ist Angrenzung und Abgrenzung, Kontaktfläche und Trennungslinie zugleich“ (ebd., 41).

Im Vergleich dazu, erfolgt *Begegnung* laut Petzold und Müller (2005/2007, 42) „auf der Grundlage von Kontakt, der keine Begegnung ist, aber ohne den keine Begegnung möglich ist.

Begegnungen können sehr unterschiedliche Qualitäten und Intensitäten haben.“ Der Begriff der *Begegnung* wird weiters von Petzold und Müller (2005/2007, 41f) definiert als:

„wechselseitiges empathisches Erkennen und Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblich-zwischenleiblichen (d h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert.“

Dieser knappe Exkurs soll verdeutlichen, dass mit dem Verweis auf den Begriff *Begegnung* im Rahmen der ausgewählten Thematik der vorliegenden Masterarbeit spezifische theoretische Vorannahmen hinsichtlich der Intensität bzw. Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion angesprochen werden. Wie bereits weiter oben durch die Ausführungen zur Kontakthypothese als Änderungsstrategie bezüglich der Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz erwähnt, scheint nicht die Häufigkeit des Kontakts entscheidend, sondern seine Intensität bzw. müssen laut Cloerkes (2007, 151) die qualitativen Bedingungen des Kontakts beachtet werden, wenn dieser zu einer Einstellungsänderung beitragen soll. Angesichts der von Petzold und Müller (2005/2007) dargestellten Differenzierung zwischen Kontakt und Begegnung, wäre es wohl an dieser Stelle angemessener, von *Begegnung* im Sinne eines solchen intensiven Kontakts zu sprechen und die qualitativen Bedingungen, von denen bei Cloerkes die Rede ist, mit den Kriterien der Begegnung in Verbindung zu bringen. Denn der Kontakt im Sinne einer Stabilisierung der „Innen-Außen-Differenz“ (ebd. 41) kann wohl kaum zur gewünschten „Entstigmatisierung der Demenz und Vermittlung eines entpathologisierten, angstfreien Bildes“ (Wißmann 2010, 345) beitragen.

Um die negativ behafteten Vorstellungsbilder gegenüber Menschen mit Demenz zu verändern und einen inklusiven Umgang im sozialen Miteinander zu gewährleisten, bedarf es demnach laut Peter Wißmann (2016, 46f) realer *Begegnungsräume*, welche ein „Kennenlernen, sich aufeinander Einlassen und Akzeptanz erprobendes gemeinsames Tun“ ermöglichen. Wißmann verweist in einem weiteren Schritt auf den Begriff des *sozialen Lernens*. Die Änderungsstrategie in Bezug auf soziale Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz kann sich demnach nicht ausschließlich auf die Weitergabe von Informationen beschränken, denn eine Begegnung mit Betroffenen muss ebenfalls stattfinden (ebd.). So stellt neben Cloerkes (2007, 145) auch Wißmann (2016, 46f) fest, dass Informationen zum Thema Demenz zwar durchaus notwendig, jedoch nicht hinreichend seien, um das gesellschaftlich vorherrschende Defizitbild von Demenz sowie die Verhaltensweisen gegenüber den Betroffenen im positiven Sinne zu verändern. Dem Prozess des *sozialen Lernens* in Zusammenhang mit der Frage nach sozialer Inklusion von

Menschen mit Demenz wird auch von Schulz-Nieswandt (2012) eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Im nachfolgenden Kapitel steht eben jener Prozess und somit der Begriff des *sozialen Lernens* im Zentrum der Aufmerksamkeit.

2.4 Soziales Lernen

Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen erwähnt, lässt sich in der einschlägigen Literatur zur Demenzzthematik in Verbindung mit Inklusions-, Partizipations- und Teilhabediskussionen die Bezeichnung des *sozialen Lernens* bzw. *sozialer Lernprozesse* finden (Wißmann 2016, Schulz-Nieswandt 2012, 2015).

Frank Schulz-Nieswandt (2012, 593) merkt beispielsweise in Bezug auf die Exklusionsproblematik von Menschen mit Demenz an, dass ein souveräner, offener und nicht sozial ausgrenzender Umgang mit Demenzbetroffenen seiner Ansicht nach sozial erlernt wird. In Anbetracht der aktuellen Situation von Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft ergibt sich nun auch die Frage, ob ein solcher versäumter sozialer Lernprozess nachgeholt werden kann, da von einem souveränen und offenen Umgang mit Betroffenen in unserer Gesellschaft kaum die Rede sein kann. Schulz-Nieswandt (2012, 595f) führt diesen Gedanken weiter aus:

„Mit seinen evolutionären Dispositionen wird der Mensch in seiner Sozialisation ‚aufgegriffen‘ und im Prozess einer ‚zweiten sozio-kulturellen Geburt‘, wie es die Soziologie im Anschluss an die Vorüberlegungen der philosophischen Anthropologie zum Menschen als ‚biologisches Mängelwesen‘ formuliert, unterzogen. Damit eröffnet sich die Möglichkeit zu einem sozialen Lernprozess, der auch auf das Potenzial der gelingenden Überwindung von dichotomen Ordnungen, die in sozialen Ausgrenzungen münden, verweist.“

Demzufolge scheint ein Wandel negativer sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz im Rahmen sozialer Lernprozesse durchaus möglich. Doch was kann nun unter einem solchen *sozialen Lernprozess* verstanden werden? Obwohl Wißmann (2016) und Schulz-Nieswandt (2012) ausdrücklich auf Prozesse des sozialen Lernens angesichts einer Änderung des Umgangs im sozialen Miteinander sowie der Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenzdiagnosen verweisen, bleibt eine Definition des sozialen Lernens ausständig.

Eine erste Recherche bezüglich der Frage nach der Beschaffenheit eines sozialen Lernprozesses zeigt, dass auch hier die Suche nach einer einheitlichen Definition – ähnlich wie bei den bisher analysierten Begriffen der Inklusion und Exklusion – erfolglos bleibt. Soziale Lernprozesse werden so an mancher Stelle mit dem durch Albert Bandura (1963) bekannt gewordenen

Modelllernen in Verbindung gebracht, an anderer Stelle wird soziales Lernen wiederum synonym mit dem Begriff des *informellen Lernens* verwendet (Grund 2015).

Aus sozialpädagogischer Perspektive lässt sich soziales Lernen als „Erwerb sozial-emotionaler Kompetenzen durch die Interaktion mit anderen“ (Grund 2015, 121) verstehen oder wie Prior Harm (1976, 50) diesen Prozess definiert als „aktiven, intentionalen Erwerb einer sozialen Ausstattung, d.h. eine Ausbildung von kulturellen und sozialen Fähigkeiten, Verhaltens- und Denkweisen.“ Diese möglichen Definitionen sozialen Lernens scheinen angesichts der von Schulz-Nieswandt (2012, 597) angedeuteten Notwendigkeit eines kulturellen Wandels hin zu einer „Kultur der Offenheit“, in welcher auch Menschen mit Demenz einen Platz in der Gesellschaft haben und nicht mehr exkludiert werden, durchaus passend.

Den obenstehenden Überlegungen folgend wird eine Kombination aus den beiden letztgenannten Definitionen als Ausgangspunkt für die Untersuchung sozialer Lernprozesse in dieser Arbeit genommen: Soziale Lernprozesse zeichnen sich demnach durch den *aktiven und intentionalen Erwerb sozial-emotionaler Kompetenzen bzw. kultureller Fähigkeiten, Verhaltens- und Denkweisen* durch die *Begegnung* mit einem Gegenüber aus.

Nun sollen im Zuge des empirischen Teils dieser Masterarbeit die von Wißmann (2010, 2016) angesprochenen Begegnungsräume, in welchen soziales Lernen stattfinden kann, genauer untersucht werden, um so der Frage nach den Möglichkeiten sozialer Lernprozesse in eigens dafür geschaffenen sozialen Räumen und im weiteren Sinne der Gestaltung des Inklusionsprozesses nachzugehen. Da die Frage nach der Erreichung des Ziels der Inklusion kaum im Rahmen einer Masterarbeit beantwortet werden kann, wird versucht, einen Teilaspekt des Inklusionsprozesses bzw. dessen Umsetzung in der Praxis, näher zu untersuchen.

Beispielhaft wird hierzu ein ausgewähltes demenzspezifisches Projekt in Wien untersucht, welches die Möglichkeit bietet, einen solchen Ort der inklusiven Begegnung für Menschen mit und ohne Demenz zu schaffen. Im nachfolgenden Kapitel gilt es, die ausgewählte methodische Vorgehensweise genauer zu erläutern, mit welcher versucht wird, der eingangs formulierten Forschungsfrage und somit den sozialen Lern- und Bildungsprozessen der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des ausgewählten Projekts *Freizeitbuddys bei Demenz*, nachzugehen.

Teil II – Die empirische Untersuchung

3. Methodische Vorgehensweise

In diesem zweiten Teil der Arbeit gilt es, sich dem ausgewählten Forschungsfeld sowie dem Forschungsgegenstand auf empirischer Ebene zu nähern. Ziel des folgenden Abschnitts ist es, in einem ersten Schritt den Forschungsgegenstand zu identifizieren. Dabei wird zunächst das im Zentrum der Aufmerksamkeit stehende Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz* als Ort der Begegnung vorgestellt, um später auf die Auswahl des Samples – die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen im Allgemeinen sowie die interviewten Freizeitbuddys im Speziellen – näher eingehen zu können. In einem zweiten Schritt werden das gewählte Forschungsdesign sowie die damit verbundenen Forschungsmethoden der Datenerhebung und -auswertung erläutert bzw. die Wahl der methodischen Vorgehensweise hinsichtlich der Eignung für die Beantwortung der Forschungsfrage expliziert.

3.1 Identifizierung des Forschungsgegenstands

Mittlerweile gibt es in Österreich eine Vielzahl an demenzspezifischen Angeboten, sowohl für Betroffene als auch für Angehörige oder interessierte Bürger*innen. Von Selbsthilfegruppen für Betroffene und/ oder Angehörige, über spezielle Veranstaltungen und Infoabende zum Thema Demenz, bis hin zu Freizeitangeboten wie Demenzcafés, Sportveranstaltungen oder Museumsführungen für Menschen mit Demenz. Manche dieser Angebote könnten durchaus kritisch im Sinne einer Entwicklung in Richtung sogenannter *Parallelwelten*, wie auch Wißmann (2015, 2016) anmerkt, betrachtet werden. Inwieweit sich das ausgewählte Projekt allerdings von dieser Entwicklung unterscheidet und somit die Möglichkeit der Teilhabe von Betroffenen an gesellschaftlichen Prozessen befördert, wird im Zuge der Projektvorstellung im nachfolgenden Unterkapitel aufgezeigt.

Selbst wenn an mancher Stelle das Argument von Wißmann (ebd.) hinsichtlich der Schaffung von Parallelwelten und somit der Beförderung einer Separierung demenzbetroffener Personen vom Rest der Gesellschaft durchaus berechtigt erscheint, lassen sich wiederum innerhalb dieser Vielfalt an Angeboten die von Wißmann (2010, 2016) und Schulz-Nieswandt (2012) geforderten *Orte der Begegnung* für Menschen mit und ohne Demenz finden. Einer dieser besagten Orte soll nun im empirischen Teil dieser Arbeit genauer untersucht werden, um so der forschungsleitenden Frage nachzugehen.

3.1.1 Das Projekt – Freizeitbuddys bei Demenz

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird ein ausgewähltes Projekt der *Caritas Pflege* als Beispiel für einen solchen *Ort der Begegnung* zwischen Menschen mit und ohne Demenz näher betrachtet – das Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz*: „Im Projekt ‚Freizeitbuddys bei Demenz‘ bieten freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, als ‚Buddys‘ mit an Demenz erkrankten Menschen in Wien ein paar Stunden Freizeit [zu; Anm. A.W.] verbringen. Das können Museumsbesuche, Spaziergänge, Lokalbesuche oder andere Aktivitäten sein“ (Projekthomepage Freizeitbuddys bei Demenz). Dabei richtet sich das Projekt zum einen an Personen, die sich freiwillig engagieren möchten, zum anderen an Menschen mit Demenz, die zu Hause wohnen und von ihren Angehörigen bzw. ggf. Pflegekräften betreut werden. Hauptaugenmerk des Projekts ist dabei,

„den betroffenen Menschen mit Demenz aktive soziale Teilhabe [zu; Anm. A.W.] ermöglichen und damit der gesellschaftlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Das Projekt soll die Angebote des Teilbereiches Angehörigenarbeit von Caritas Pflege der Erzdiözese Wien ergänzen und zur Umsetzung der Österreichischen Demenzstrategie beitragen. (...) Menschen mit Demenz sollen mit freiwilligen Begleiter*innen vernetzt werden. Ziel ist es, an gemeinsame Interessen zwischen den Betroffenen und den Freiwilligen anzuknüpfen, darüber Kontakt herzustellen und Inklusion zu ermöglichen“ (Homepage Institut für Pflegewissenschaft – Projektbeschreibung Freizeitbuddys).

Aktuell sind ca. 60 Freizeitbuddys als ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in Wien registriert. Die Freizeitaktivitäten finden entweder in den jeweiligen Buddy-Tandems (aktuell ca. 20 aktive Tandems) im Rahmen individueller Treffen statt oder einmal monatlich in der Großgruppe, in welcher mehrere Tandems oder Einzelpersonen zusammenkommen und gemeinsam Ausflüge unternehmen. Unter dem *Ort der Begegnung* wird an dieser Stelle somit ein Ort im weiteren Sinne verstanden, welcher nicht an spezielle Räumlichkeiten gebunden ist.

Das im Jahr 2018 gegründete Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz*, wurde angesichts des vorliegenden Forschungsinteresses zum einen ausgewählt, da eines der Projektziele darin liegt, die Lebensqualität und die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz zu verbessern. Auf der Projekthomepage der Freizeitbuddys bei Demenz ist dazu Folgendes nachzulesen: „Menschen mit Demenz müssen sich nicht verstecken! Es gehört zum gesellschaftlichen Lernprozess, dass auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen im öffentlichen Raum unterwegs sind und ihnen mit etwas Einfühlungsvermögen über schwierige Situationen hinweggeholfen werden kann“ (Projekthomepage Freizeitbuddys bei Demenz).

Auch hier wird von einem Lernprozess gesprochen, einem *gesellschaftlichen* Lernprozess sowie dem damit in Zusammenhang stehenden notwendigen Einfühlungsvermögen. Der in

Kapitel 2.4 im Zuge der dargestellten Definition sozialen Lernens angeführte Erwerb *sozial-emotionaler Kompetenzen* als Teil des sozialen Lernprozesses könnte so beispielsweise zu diesem erwünschten Einfühlungsvermögen beitragen, um – wie von der Caritas intendiert – Menschen mit Demenz über schwierige Situationen hinwegzuhelfen.

Einen weiteren und durchaus entscheidenden Grund für die Wahl dieses spezifischen Projekts als Untersuchungsgegenstand bildet die Tatsache, dass hier durch die persönliche Tätigkeit der Verfasserin der vorliegenden Masterarbeit im Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz* bereits vor Untersuchungsbeginn ein Zugang zum Forschungsfeld bestand. Das Forschungsinteresse bzw. die Idee hinsichtlich des Forschungsvorhabens an sich wurde, wie bereits im Vorwort dieser Arbeit erläutert, erst durch die persönliche Involviertheit in diesem Projekt geweckt.

Wißmanns (2015, 2016) Kritik an diversen Spezialangeboten, welche explizit für Menschen mit Demenz entwickelt werden und somit zur Separierung der Betroffenen von gesellschaftlichen Aktivitäten durch die Schaffung sogenannter Parallelwelten beitragen, kann an dieser Stelle entgegengehalten werden, dass eben genau diesem Prozess der Exklusion mit dem Projekt *Freizeitbuddys bei Demenz* explizit entgegengewirkt werden soll. Mit Hilfe des Projekts sollen Personen mit Demenz durch die Unterstützung ihrer Freizeitbuddys wieder aktiv an Bereichen des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens teilhaben können, sofern ihnen dies aus unterschiedlichsten Gründen nicht mehr ohne Hilfe von außen gelingt. Doch nicht nur die Betroffenen oder deren Angehörige, sondern auch die ehrenamtlichen Freizeitbuddys sollen von diesem Angebot profitieren. Welchen persönlichen Gewinn die Freiwilligentätigkeit in diesem speziellen Projekt mit sich bringt, wird als einer von vielen weiteren Aspekten ebenfalls in der empirischen Untersuchung beleuchtet.

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf die Auswahl des Samples – die Freizeitbuddys bzw. ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des Projekts – im Allgemeinen näher eingegangen. Dabei soll verdeutlicht werden, weshalb die Perspektive dieser Personengruppe in Zusammenhang mit der Frage nach gesellschaftlichen Inklusionsprozessen als wichtig erachtet wird und aus welchem Grund die Perspektive einer weiteren ebenfalls thematisch involvierten Gruppe im Zuge der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden kann.

3.1.2 Die Freizeitbuddys bzw. ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz, wobei hier in Anbetracht der ausgewählten Forschungsfrage zum einen die *Einstellungen* und darin enthaltene Vorstellungsbilder sowie Assoziationen der am ausgewählten Projekt beteiligten Personen – insbesondere der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen – gegenüber dem Phänomen Demenz sowie davon betroffener Personen und zum anderen der *Umgang* im *sozialen Miteinander* von Interesse sind. Bevor nun aber auf die Wahl der Interviewpartner*innen genauer eingegangen wird, gilt es noch ein paar Vorbemerkungen zur Perspektive der Freiwilligen festzuhalten.

Hinsichtlich der persönlichen Einstellungen der freiwilligen Mitarbeiter*innen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz gegenüber dem Phänomen Demenz bzw. davon betroffener Personen könnte argumentiert werden, dass diese sowieso von Beginn an einen positiven Zugang zur Thematik hätten, da sie sich ansonsten nicht für die ehrenamtliche Tätigkeit in diesem Projekt entschließen würden. Dieser Annahme widersprechend muss in Anlehnung an Cloerkes (2007) erneut betont werden, dass die Einstellungsebene und die tatsächliche Verhaltensebene grundsätzlich getrennt voneinander zu sehen sind. Eine positive Einstellung gegenüber einer Person zieht nicht zwingendermaßen einen positiven Umgang mit ihrem Gegenüber nach sich und vice versa. Man denke nur rein hypothetisch an die Einstellung, Menschen mit Demenz seien bemitleidenswert und hilfsbedürftig und man müsse daher seine Zeit für diese armen Geschöpfe opfern, um ihnen die wenige Lebenszeit, die noch bleibt, zu verschönern – um es überspitzt zu formulieren. Die konkrete Verhaltensweise – Zeit mit demenzbetroffenen Menschen zu verbringen – scheint so zwar nach außen hin durchwegs positiv, die grundsätzliche Einstellung zur Demenzthematik ist hingegen als deutlich negativ einzustufen.

Auch dem Aspekt der *Freiwilligkeit* wird in der Kontakthypothese, welcher sich Cloerkes (2007, 146) in seinen Ausführungen sehr intensiv widmet, ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Negative soziale Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung bzw. Demenz können demzufolge lediglich dann durch den Kontakt zu den betroffenen Personen positiv verändert werden, wenn dieser unter dem Aspekt der Freiwilligkeit stattfindet und dementsprechend auch eine implizite Bereitschaft zur Veränderung der jeweiligen Vorstellungsbilder als Teil dieser Einstellungen vorhanden ist (Cloerkes 2007, 147).

Obwohl auch die Angehörigen als Beteiligte von Bedeutung sind, wird auf ihre Perspektive im Rahmen des empirischen Teils dieser Arbeit nur indirekt eingegangen. Grund dafür soll keineswegs die Annahme sein, dass ihre Perspektive nicht ebenfalls wichtig wäre. Viel eher liegt das

Interesse aber an dieser Stelle auf dem Aspekt der Begegnung zwischen Menschen mit Demenz und jener Personengruppe, welche vor dem Freiwilligenengagement keine Berührungspunkte mit den Betroffenen hatte. Dem zugrunde liegt die Annahme, dass die Begegnung zwischen einer nahezu *außenstehenden* Person und einer Person mit Demenz andere Voraussetzungen und demnach auch eine andere Qualität mit sich bringt. Wißmann (2017, 28f) spricht diesbezüglich von sogenannten „emotionalen Verstrickungen“ der Angehörigen – das Bild, welches sie von der Person mit Demenz hätten, stünde immer in Kontrast zu jenem, welches sie vor der Diagnosestellung von den Betroffenen hatten. Der Verlust bestimmter Fähigkeiten oder die Veränderung der Persönlichkeit würden demnach immer im Vergleich zur Vergangenheit der betroffenen Person stehen. Dadurch scheint sich die Wahrnehmung der Angehörigen, im Gegensatz zu jener, welche nahezu außenstehende Personen bezüglich der Person mit Demenz und damit einhergehender demenzieller Veränderungen der Betroffenen hätten, durchaus zu unterscheiden.

Im nachfolgenden Abschnitt gilt es, die methodische Vorgehensweise zu erläutern und somit das ausgewählte Forschungsdesign sowie die Datenerhebungs- und Auswertungsmethode vorzustellen. Dabei steht, neben einer detaillierten Beschreibung der einzelnen Schritte der empirischen Untersuchung, auch die Begründung der jeweiligen Methodenwahl im Zentrum der Aufmerksamkeit.

3.2 Forschungsdesign

Um die Perspektive der ehrenamtlich Mitarbeiter*innen des ausgewählten Projekts Freizeitbuddys bei Demenz zu analysieren und somit die sozialen Lernprozesse der Interviewpartner*innen nachvollziehen zu können, wurde ein *qualitatives* Forschungsdesign gewählt.

Neben der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen *qualitativen* und *quantitativen* Forschungsansätzen, lässt sich auch innerhalb der qualitativen Sozialforschung eine große Bandbreite an Methodologien und Methoden finden (Rosenthal 2015, 40). Flick (1991, 156, Herv. i. O.) unterscheidet hier grundsätzlich zwischen *interpretativen* und *rekonstruktiven* Verfahren, wobei diese nach dem „Grad der Natürlichkeit bzw. Künstlichkeit der jeweiligen Forschungssituation“ einerseits und andererseits nach dem „Bezugspunkt der Strukturierung der Datensammlung“ differenziert werden können. Flick (ebd.) ordnet an dieser Stelle alle Formen von Interviews den sogenannten *rekonstruktiven* Verfahren zu. „Diese stellen jeweils den zu untersuchenden Sachverhalt in der Erhebungssituation – etwa durch Fragen und Antworten oder

Notizen – ein zweites Mal her und re-konstruieren ihn damit“ (ebd., 156). Im Gegensatz dazu wird bei interpretativen Verfahren weitgehend auf methodische Eingriffe der Forscher*innen verzichtet und versucht, Alltagssituationen in ihrer Natürlichkeit zu untersuchen (ebd.).

Trotz dieser unterschiedlichen Herangehensweisen teilen beide Ansätze die Auffassung, „dass Menschen auf der Grundlage ihrer Deutungen der sozialen Wirklichkeit handeln und diese Wirklichkeit nach bestimmten sozialen Regeln immer wieder neu interaktiv herstellen“ (Rosenthal 2015, 40). Gemäß dem *interpretativen Paradigma*, welches die Grundlage qualitativer Sozialforschung darstellt,

„wird der Mensch ... als ein handelnder und erkennender Organismus verstanden. Er steht der Welt nicht gegenüber und reagiert auf sie, sondern das Individuum *erzeugt* vielmehr *in Interaktionen mit anderen* die soziale Wirklichkeit. Bedeutungen bilden sich somit sequenziell in interaktiven Prozessen heraus und verändern sich fortlaufend“ (ebd., 15; Herv. A.W.).

Diese Erzeugung oder Konstruktion von individueller Wirklichkeit wird im Rahmen qualitativer Sozialforschung untersucht. Bei dieser Untersuchung werden die Konstruktionen der individuellen Wirklichkeit der Beforschten von den Forscher*innen – beispielsweise im Rahmen von Interviews – wiederum re-konstruiert. Der Aspekt der Rekonstruktion von bereits konstruierter Wirklichkeit, veranlasst den Begründer der phänomenologischen Soziologie Alfred Schütz (1971) dazu, von Konstruktionen *ersten* und *zweiten Grades* zu sprechen:

„Die Interpretationen der Handelnden selbst werden also – als Konstruktionen ersten Grades – in einem ersten Schritt der Forschung nachvollzogen und verstanden. Erst im zweiten Schritt bilden die Forscher wissenschaftliche Typen und Theorien. Diese Konstruktionen werden von Schütz Konstruktionen zweiten Grades genannt“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014, 13).

Demzufolge basieren sozialwissenschaftliche Konstruktionen auf „alltäglichen Konstruktionen: Es handelt sich um Interpretationen bzw. Konstruktionen zweiten Grades. Das Verhältnis qualitativer Methoden zu ihrem Gegenstand ist deshalb ein rekonstruktives“ (ebd.). Konstruktionen zweiten Grades „sind auf die Rekonstruktion der Theorien des Alltags und deren Aufbau gerichtet“ (ebd.). Dabei steht laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (ebd.), „das systematische Erfassen bzw. Erschließen von subjektiven Deutungen und Einstellungen ebenso wie von Alltagstheorien“ im Vordergrund.

Ziel qualitativer Sozialforschung ist es zunächst, die „Welt ... aus der Perspektive der Handelnden in der Alltagswelt und nicht aus jener der Wissenschaft zu erfassen und die Praktiken sozialen Handelns in ihrer Komplexität im alltäglichen Kontext zu untersuchen“ (Rosenthal 2015, 15) Dabei geht es „nicht nur um die Perspektiven und Wissensbestände der Akteure, die ihnen

bewusst zugänglich sind, sondern auch um die Analyse des *impliziten Wissens*“ (ebd., 16; Herv. A.W.).

Qualitative Sozialforschung setzt also an den unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten an, wobei die subjektiven Deutungen auch immer in Zusammenhang mit dem sozialen Kontext analysiert werden. Die Unterschiedlichkeit der auf den Gegenstand bezogenen Sicht- und Handlungsweisen im Feld lässt sich somit durch die Vielschichtigkeit der subjektiven Perspektiven und der damit verknüpften sozialen Hintergründe erklären (Flick 2002, 19). Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit stehen wie bereits erwähnt, die subjektiven Perspektiven bzw. Deutungen, Einstellungen und Erfahrungen der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Zur Frage was qualitative Sozialforschung leisten kann, führt Rosenthal (2015, 27) folgende Punkte an: die *Untersuchung von Unbekanntem und Neuem*, den *Nachvollzug des subjektiv gemeinten Sinns*, die *Rekonstruktion des latenten Sinns*, die *Rekonstruktion der Komplexität von Handlungsstrukturen am Einzelfall*, die *Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus* sowie *empirisch begründete Hypothesen- und Theoriebildung bzw. Hypothesen und Theorieüberprüfung am Einzelfall*.

Vor allem dem Nachvollzug des subjektiven Sinns, der Deskription sozialen Handelns aber auch der empirisch begründeten Hypothesenbildung sowie der Prüfung von Theorien am Einzelfall, wird im Zuge der empirischen Untersuchung der vorliegenden Masterarbeit unterschiedliche Gewichtung beigemessen. Es gilt an dieser Stelle zu erwähnen, dass es keineswegs Ziel qualitativer Sozialforschung – im Gegensatz zu quantitativer Sozialforschung – ist, „Aus-sagen über Verteilungen und Repräsentativität ihrer Ergebnisse“ bzw. „numerische Verallgemeinerungen, d.h. Verallgemeinerungen basierend auf Häufigkeiten“ (ebd., 27) zu tätigen. Viel eher geht es darum, sogenannte Muster aufzudecken und theoretische Verallgemeinerungen durch die Abstraktion des Einzelfalls vorzunehmen (ebd., 13) – wie auch durch die empirische Untersuchung der vorliegenden Masterarbeit gezeigt wird.

In den nachfolgenden beiden Kapiteln stehen die Darstellung sowie die Begründung der Wahl der Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden einschließlich zugrundeliegender theoretischer sowie methodologischer Annahmen im Fokus.

3.3 Erhebungsmethode – Qualitatives Leitfadeninterview

Die Wahl der Datenerhebung in Form von Interviews im Allgemeinen lässt sich in Anlehnung an Hron (1994, 119 zit. n. Christof 2009b, 18) mit dem Hinweis begründen, dass mit Hilfe von Interviews „Einstellungen, soziale Orientierungen, Denkgewohnheiten, spezifische Wahrnehmungsmuster, Handlungsmotive oder Ziele von Individuen oder Gruppen erfaßt, analysiert und möglicherweise weitergehenden wissenschaftlichen Problembearbeitungen, z.B. psychologischen oder pädagogischen Fragestellungen zugeführt werden“ können. In der vorliegenden Masterarbeit stehen Einstellungen, Wahrnehmungs- sowie Denk- und Handlungsmuster von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des ausgewählten Projekts *Freizeitbuddys bei Demenz* der Caritas Pflege Wien im Zentrum des Forschungsinteresses. Es wird versucht, die subjektiven Deutungen der Befragten zu rekonstruieren, wodurch sich die Erhebung mittels qualitativer Interviewverfahren als geeignete Herangehensweise auszeichnet, um diese empirisch zu untersuchen.

Um nähere Informationen zu den Erfahrungen und Assoziationen hinsichtlich der Demenzthematik und möglichen sozialen Lernprozessen bzw. ggf. daraus resultierenden Bildungsprozessen zu erhalten, wurden *leitfadengestützte* Interviews mit den ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen durchgeführt, da bei dieser Variante des qualitativen Interviews „das Subjekt themenspezifisch zum Sprechen (hier: Antworten) gebracht werden“ soll (Flick 1991, 158). Die Hauptaufgabe der Forscher*innen besteht dabei darin, „zwischen den Äußerungsinteressen des befragten Subjekts und damit auch dem Fluß des Gespräches, der Struktur des Leitfadens sowie der begrenzten Zeit zu vermitteln“ (ebd.).

Bei der Generierung des Leitfadens gilt es vor allem dem Credo „so offen und flexibel ... wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig“ (Helfferich 2011, 181) zu folgen, denn das Leitfadeninterview sollte nach Bortz und Döring (2006, 310f) genügend Spielraum für freies Erzählen und spontanes Agieren in der Interviewsituation durch das Einbringen von neuen Fragen und Themen lassen. Dementsprechend wurden zunächst deduktiv Kategorien für die Fragen des Leitfadens in Anlehnung an die Ergebnisse der Literaturrecherche und somit der theoretischen Grundlagen dieser Masterarbeit entwickelt. Zusätzlich wurde die Erstellung des Leitfadens an den theoretischen Grundlagen des *pädagogisch reflexiven Interviews* nach Eveline Christof (2009a, 2009b) angelehnt. Diesem speziellen Interviewformat sowie der Frage, weshalb bestimmte Aspekte dieses spezifischen Forschungsprogramms für den Erkenntnisgewinn der vorliegenden Masterarbeit durchaus nützlich erscheinen, widmet sich der nachfolgende Abschnitt.

3.3.1 Das pädagogisch reflexive Interview

Das pädagogisch reflexive Interview als qualitativ-empirisches Forschungsprogramm stellt einen spezifischen Interviewtypus im Pool der leitfadengestützten Interviewformen dar. Unter dem Begriff *Forschungsprogramm* versteht die Begründerin des pädagogisch reflexiven Interviews Eveline Christof (2009a, 5) zum einen in Anlehnung an Witzel (1982) „die Verwendung von ganz bestimmten Schritten, um mit dem Forschungsvorhaben ein bestimmtes Ziel zu erreichen“, zum anderen – und hier bezieht sich Christof (ebd.) auf Groeben et al. (1988) – als „die Einbettung einer Methode im weitesten Sinne in theoretische Grundannahmen.“ Diese spezielle Form des qualitativen Interviews scheint für die Erkenntnisgewinnung in dieser Arbeit besonders fruchtbar, da der Fokus des Forschungsprogramms auf Lern- und Bildungsprozessen liegt, welche im Rahmen dieser Masterarbeit einen zentralen Aspekt darstellen.

Christof (2009a) greift hierbei insbesondere den Interaktionsprozess zwischen Forschenden und Beforschten heraus. Dieser in der qualitativen Sozialforschung oftmals als Schwachstelle im Rahmen der Datenerhebung angesehene Prozess wird von Christof (2009a, 3) als besonders ertragreiches Moment in der Erforschung von Lern- und Bildungsprozessen beschrieben:

„Die Anregung bestimmter Denk- und Lernprozesse ist eine spezifische Eigenschaft von Interviewsituationen. Wenn diese Lernprozesse reflektiert werden und zu einer Änderung des Selbst- und/ oder Weltverständnisses führen, kann von Bildungsprozessen gesprochen werden. Es ist möglich, diese Prozesse [im Rahmen des Interviews; Anm. A.W.] aufzugreifen, sie zu verstärken und als Anregung eines Bildungsprozesses ad hoc zu beforschen, weil sie sich im Prozess des Erzählens ereignen“ (Christof 2009a, 3).

Diesen Überlegungen zufolge können Lernprozesse und ggf. daraus resultierende Bildungsprozesse durch den Interaktionsprozess zwischen Interviewer*in und Interviewpartner*in im Laufe des Interviews angeregt und zugleich erforscht werden.

„Ziel dieses Interviewtypus ist, meist unbewusst ablaufende Lernprozesse, die in einem Interview zum Großteil ungenützt ablaufen, aufzugreifen und methodisch zu unterstützen, um so einen Bildungsprozess bei den Befragten anzuregen“ (ebd.). Konkret werden hierbei die Interviewten gebeten, über negative Erfahrungen beispielsweise im beruflichen Alltag zu erzählen. Im Anschluss werden diese Erfahrungen unter Anleitung des*der Interviewenden reflektiert und dabei versucht, die als negativ erlebte Situation aus einer anderen Perspektiven zu betrachten bzw. ihr eine neue Rahmung zu geben, die evtl. einen positiven Ausgang des Erlebnisses mit sich bringen würde – es gilt hierbei vor allem, das „eigene Handeln kritisch zu hinterfragen“ (ebd., 4). Dabei geht es in erster Linie darum, „implizite Subjektive Theorien zu explizieren, indem sie einem interessierten Zuhörer/ einer interessierten ZuhörerIn erläutert werden“ (ebd.,

4). Ziel ist es, so auf „eine Transformation der Bedeutungszuschreibungen der Befragten [hinzuwirken; Anm. A.W.], indem deren Deutungen hinterfragt, ausgeweitet und möglicherweise umgedeutet werden“ (Christof 2009a, 3). Durch die gemeinsame Reflexion der erzählten Erfahrungen wird in dem*der Interviewten ein Denk- bzw. Lernprozess angeregt, welcher laut Christof (2009a, 5) durch die Rückmeldung der Interviewer*innen an die Interviewten zur Bewusstwerdung und somit in weiterer Folge in einen Bildungsprozess übergeht, sofern dies zu einer „Transformation der Sichtweise von sich selbst oder der umgebenden Welt“ führt.

Nun wird in der vorliegenden Masterarbeit allerdings davon ausgegangen, dass die zu untersuchenden sozialen Lernprozesse bereits durch die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz angeregt werden – wie Wißmann (2016) und Schulz-Nieswandt (2012) betonen – und nicht erst durch die Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten im Interview selbst. Dennoch scheinen sich gewisse Aspekte des oben vorgestellten Forschungsprogramms hinsichtlich der empirischen Untersuchung von Bildungsprozessen als „Transformation der Sichtweise von sich selbst oder der umgebenden Welt“ (Christof 2009a, 5) durchaus zu eignen, um so ggf. erwünschte Änderungen sozialer Reaktionen, welche bestenfalls dazu beitragen sollten, eine „Kultur der offenen Begegnung“ (Schulz-Nieswandt 2012, 593) zu schaffen, wissenschaftlich zu erfassen.

Zusammenfassend gilt es, soziale Lernprozesse, welche durch die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz ausgelöst wurden, durch gezielte Fragen im Zuge des Interviews zu identifizieren und diese durch die Aufforderung zur Reflexion den Interviewpartner*innen bewusst zu machen, wodurch wiederum Bildungsprozesse zum einen angeregt, zum anderen empirisch fassbar gemacht werden können. An diesem Punkt erscheint es sinnvoll, die dem pädagogisch reflexiven Interview zugrundeliegenden theoretischen Annahmen und methodischen Ansätze darzulegen, um jene Schritte bzw. Aspekte hervorzuheben, welche für das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit von Bedeutung erscheinen. Aus diesen Überlegungen lässt sich bereits schließen, dass die methodische Vorgehensweise des pädagogisch reflexiven Interviews im Rahmen der empirischen Untersuchung dieser Masterarbeit nicht in vollem Umfang übernommen wurde. Die Durchführung der Interviews sowie die Erstellung des Leitfadens wurden hingegen aufgrund des Forschungsschwerpunkts durchaus an die methodischen Grundlagen dieses spezifischen Interviewtypus angelehnt, wie die anschließenden Ausführungen zeigen werden.

3.3.2 Theoretische Grundlagen und methodologische Ansätze

In diesem Abschnitt gilt es, jene theoretischen Grundannahmen sowie methodologischen Ansätze des pädagogisch reflexiven Interviews nach Eveline Christof (2009a, 2009b) hervorzuheben, welche auch für die empirische Untersuchung der vorliegenden Masterarbeit von Bedeutung erscheinen.

I Das Verhältnis von Lernen und Bildung

In Hinblick auf das Verhältnis von Lernen und Bildung zieht Christof (2009b) als theoretische Grundlage des pädagogisch reflexiven Interviews unter anderem die strukturelle Bildungstheorie von Winfried Marotzki (1990) heran, welcher wiederum seine Überlegungen an Gregory Bateson anlehnt. Das Verhältnis von Bildungs- und Lernprozessen wird demnach im Rahmen des pädagogisch reflexiven Interviews wie folgt beschrieben:

„Bildung ist eine Art *reflexives Lernen*, das sich auf eigene innere Dispositionen des Subjekts bezieht, welche die eigene Sicht, bzw. Wahrnehmung des Selbst und der Welt betrifft. Kommt es nun durch *neue Erfahrungen und Reflexion* zu einer begründeten *Änderung des Selbst- und Weltverhältnisses* einer Person, dann handelt es sich dabei um einen Bildungsprozess“ (Christof 2009b, 41f; Herv. A.W.).

Um von Bildung sprechen zu können, muss den Lernenden demnach die persönliche Änderung des Selbst- und Weltverhältnisses im Moment der Reflexion *bewusst* werden. Doch lediglich die Bewusstwerdung des eigenen Transformationsprozesses scheint laut den Ausführungen von Christof (2009b, 42) nicht ausreichend, um von einem Bildungsprozess sprechen zu können. An diesem Punkt verweist Christof (ebd.) auf Meder (2000, 2007), welcher Bildung als einen Prozess, aber zugleich auch als *Ziel* dieses Prozesses sieht. Hinsichtlich der Frage nach dem Ziel von Bildung betont Christof (2009b, 42), dass Bildungsprozesse „eine Verbesserung der Situation des Einzelnen und der Gesellschaft als Ziel [haben; Anm. A.W.]. Sie zielen weiters darauf ab, einzelne Subjekte autonom und handlungsfähig – und damit zu bewussten, mündigen, kritischen und fähigen Mitgliedern der Gesellschaft – zu machen.“ Daraus schließt Christof (ebd.) in weiterer Folge, dass

„ein Transformationsprozess des Selbst – oder Weltverhältnisses ... somit immer nur dann als ein Bildungsprozess – auch wenn er mithilfe von Reflexion und Lernen zustande gekommen ist – anzusehen [ist; Anm. A.W.], wenn er auch zu irgendeiner Form der Erhöhung der Autonomie und Handlungsfähigkeit des Einzelnen führt und bzw. oder zur Verbesserung eigener und gesamtgesellschaftlicher Verhältnisse beiträgt.“

Die Verbesserung der eigenen bzw. der gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse als normatives Ziel spielt auch für das Forschungsinteresse der vorliegenden Masterarbeit eine entscheidende Rolle. So sollen die Ziele der UN-BRK im Sinne der Schaffung einer inklusiven Gesellschaft

einen Vorteil für alle Mitglieder dieser Gesellschaft erbringen. Nun stellt sich die Frage, inwiefern der Weg zur Inklusion bzw. der Inklusionsprozess an sich im Rahmen der Masterarbeit ergründet werden kann. Und auch hier lautet die Antwort, wie bereits an früherer Stelle betont, dass durch die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit lediglich ein Teil des Inklusionsprozesses im Sinne eines möglichen Weges – von der aktuellen Exklusion von Menschen mit Demenz als Ausgangspunkt bis hin zu dem von der UN-BRK geforderten Ziel der Inklusion und sozialen Teilhabemöglichkeit von Personen mit Demenz – untersucht werden kann.

An dieser Stelle soll der Blick erneut auf die in Kapitel 2.4 vorgestellte Definition des sozialen Lernens gelegt werden. Soziale Lernprozesse zeichnen sich durch den *aktiven* und *intentionalen* Erwerb *sozial-emotionaler Kompetenzen* bzw. *kultureller Fähigkeiten*, *Verhaltens-* und *Denkweisen* durch die *Begegnung* mit einem Gegenüber aus. Den Rahmen sozialer Lernprozesse bildet demzufolge die Begegnung mit meinem Gegenüber. Im Zuge der empirischen Untersuchung dieser Masterarbeit steht die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz im Fokus der Aufmerksamkeit. Dabei gilt es zunächst, mit Hilfe des Interviewleitfadens dem Erwerb dieser oben genannten sozial-emotionalen Kompetenzen, kulturellen Fähigkeiten sowie Verhaltens- und Denkweisen näher auf den Grund zu gehen, um den Interviewpartner*innen in einem weiteren Schritt durch die Anregung zur Reflexion diesen Erwerb bewusst zu machen und somit Bildungsprozesse anzuregen bzw. diese empirisch fassbar zu machen.

Nachfolgend werden nun zwei angesichts des Forschungsinteresses der vorliegenden Masterarbeit wichtige methodische Eckpfeiler des pädagogisch reflexiven Interviews aufgegriffen und expliziert.

II Das problemzentrierte Interview

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt angedeutet, orientiert sich das pädagogisch reflexive Interview unter anderem am *problemzentrierten Interview* in Anlehnung an Andreas Witzel (1982), in welchem „gesellschaftlich relevante Probleme in einzelnen biographischen Interviews oder Gruppendiskussionen“ (Christof 2009b, 194) thematisiert werden. Bei beiden leitfadengestützten Interviewformen – sowohl dem pädagogisch reflexiven Interview als auch dem problemzentrierten Interview – steht die *Problemzentrierung* im Vordergrund.

„Im problemzentrierten Interview geht es darum, mit den Befragten gemeinsam eine Art Problemsicht, eine Problemwahrnehmung und eine gewisse Art der Auseinandersetzung (Problemlösung, Aufklärung, Problembewältigung) zu erörtern“ (ebd. 196). In erster Linie gilt es hierbei, die Befragten dazu anzuregen, sich bewusst mit ihrer persönlichen Weltsicht in

Hinblick auf das gesellschaftlich relevante Problem auseinanderzusetzen, wobei nach den „eigenen Anteilen sowie strukturellen Bedingungen eines Problems gefragt, dieses umfassend behandelt und die Darstellung reflektiert“ wird (ebd., 196). In der vorliegenden Masterarbeit stehen Probleme der gesellschaftlichen Exklusion sowie die Frage nach sozialer Inklusion von Menschen mit Demenz im Vordergrund. Die Interviewten sollen mit Hilfe der vorab formulierten Fragen des Interviewleitfadens dazu angeregt werden, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen bzw. ihre persönliche Weltsicht diesbezüglich darzulegen, um diese in einem weiteren Schritt durch die Anregung der Interviewerin reflektieren zu können.

Die Reflexion des dargestellten Problems erfolgt im problemzentrierten Interview durch die direkte Konfrontation mit dem bereits Gesagten. An dieser Stelle können beispielsweise widersprüchliche Aussagen der Interviewten durch den*die Interviewer*in aufgegriffen werden und das Gegenüber so zur Reflexion seiner eigenen Äußerungen aufgefordert werden (ebd., 197). Im pädagogisch reflexiven Interview wird diese Konfrontation durch eine *Rückmeldung* im Zuge eines zweiten Interviews ersetzt, wobei dieses Feedback durch den*die Interviewer*in auf genaueren Analysen des Inhalts des ersten Interviews aufbaut.

Die empirische Untersuchung der vorliegenden Masterarbeit orientiert sich an diesem Punkt an der Vorgehensweise des problemzentrierten Interviews, bei welchem die Befragten direkt im Anschluss an ihre Erzählungen durch den*die Interviewer*in mit ihren eigenen Überlegungen erneut konfrontiert werden. Diese Entscheidung lässt sich durch die Annahme begründen, dass die Beschreibung der im Fokus dieser Arbeit stehenden sozialen Lernprozesse der Interviewten bereits durch die Erzählungen im Interview hervorgeht. Diese Lernprozesse können so in einem weiteren Schritt durch das Aufgreifen des Erzählten, den Interviewten bewusst gemacht werden, wodurch in weiterer Folge von einem – durch eben diese Bewusstwerdung bzw. Reflexion des Lernprozesses sowie die damit einhergehende Bedeutung für eigene sowie gesamtgesellschaftliche Verhältnisse – daraus resultierenden Bildungsprozess gesprochen werden kann.

Inhaltlich stehen bei beiden Interviewformen – dem pädagogisch reflexiven und dem problemzentrierten Interview – die *subjektiven Theorien* der Interviewten im Vordergrund, welche wiederum als eigenes Forschungsprogramm einen weiteren methodischen Eckpfeiler des pädagogisch reflexiven Interviews darstellen. Dementsprechend wird in den nachfolgenden Ausführungen ausführlicher auf dieses spezifische Forschungsprogramm eingegangen.

III Subjektive Theorien

Neben dem problemzentrierten Interview orientiert sich das pädagogisch reflexive Interview am Forschungsprogramm der *Subjektiven Theorien* in Anlehnung an Groeben et al. (1988). Beide Forschungsprogramme – das pädagogisch reflexive Interview sowie die Subjektiven Theorien – basieren laut Christof (2009b, 143f) auf dem Menschenbild des „reflexiven Subjekts“, welches die Auffassung beinhaltet, „dass Individuen ihren Entscheidungen und Handlungen Überlegungen zugrunde legen, die – ähnlich wissenschaftlichen Theorien – fundiert und strukturiert sind und die entschlüsselt, expliziert und mitgeteilt werden können.“ Um diese Subjektiven Theorien zu erforschen, werden unterschiedliche Methoden – sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungsverfahren – angeführt. Als „klassische Erhebungsmethoden“ erwähnt Christof (2009b, 144f) verschiedenste Formen von Interviews, darunter auch das leitfadengestützte Interview, welches im Zuge der vorliegenden Masterarbeit gewählt wurde.

Zusammenfassend erläutert Christof (2009b, 134) das Ziel der Subjektiven Theorien als Forschungsprogramm wie folgt:

„In diesem Programm geht es um Untersuchungen, die genau jenes Zusammenwirken von individuellen Überzeugungen, eigenen Interpretationen, daraus resultierenden Schlussfolgerungen und daran anschließenden persönlichen Handlungsmöglichkeiten aufzeigen bzw. gewohnte Routinen in den Blick bringen wollen. Es werden die kognitiven Systeme von Personen untersucht, die (...) für die Handlungsorientierung der Subjekte meist bestimmend, zumeist aber leitend, sind. Der Entwurf von einzelnen Elementen Subjektiver Theorien erfolgt in Anbindung an Alltagswissen und Alltagskonzepte.“

Ziel dieses Forschungsprogramms ist keineswegs der Versuch, weitgehende Schlussfolgerungen im Sinne objektiver Theorien zu ziehen, sondern viel eher, „Zusammenhänge menschlichen Erlebens mit menschlichem Handeln in spezifischen, genau abgegrenzten und bestimmten Situationen aufzuklären“ (Christof 2009b, 134). Nicht die „objektive Darstellung“ der Erfahrung bzw. der erlebten Situation der Befragten steht im Vordergrund, sondern die Rekonstruktion der Überlegungen sowie Vorannahmen der Interviewten, welche ihre Handlungen in der jeweiligen Situation ggf. geleitet haben (ebd.).

So schreibt Christof (2009b, 136): „Der Ansatz des Forschungsprogramms Subjektive Theorien widmet sich der Erforschung genau jener Momente, Einstellungen, Entscheidungen, die vor einer Handlung liegen und sie letztlich bestimmen.“ An dieser Stelle gilt es, erneut auf die bereits im ersten Teil dieser Arbeit dargestellten Ausführungen von Cloerkes (2007) hinzuweisen, welcher betont, dass die Ebene der Einstellungen von der Ebene der Handlungen grundsätzlich getrennt zu betrachten ist. Diese Annahme geht in den Erläuterung von Christof

(2009b) nicht eindeutig hervor, obwohl an anderer Stelle die Rede von *leitender* „Handlungsorientierung“ bzw. „Handlungsmöglichkeiten“ (ebd., 134; Herv. A.W.) ist und der Kausalzusammenhang zwischen subjektiven Einstellungen und tatsächlichen Verhaltensweisen somit nicht bedingungslos angenommen wird. Der Überlegung, dass Einstellungen unsere Handlungen bis zu einem gewissen Grad beeinflussen, kann zwar grundsätzlich zugestimmt werden, die Auffassung, dass Handlungen unter anderem durch Einstellungen *letztlich bestimmt* werden – wie Christof in Anlehnung an das Forschungsprogramm der Subjektiven Theorien schreibt – wird hier jedoch kritisch hinterfragt. Dennoch scheint sich ein Blick auf die theoretischen Annahmen des Forschungsprogramms der Subjektiven Theorien zu lohnen, um den subjektiven Einstellungen der Interviewpartner*innen im Zuge der leitfadengestützten Interviews dieser Arbeit näher auf den Grund gehen zu können.

Im Gegensatz zum Forschungsprogramm der Subjektiven Theorien bildet das „Aufdecken der dem eigenen Handeln vorgelagerten Entscheidungen“ nicht das Endergebnis der Forschungsbemühungen im pädagogisch reflexiven Interview. Denn es werden die Interviewten im pädagogisch reflexiven Interview „zum Reflektieren eben dieser Handlungsvoraussetzungen sowie zum Aufzeigen alternativer Handlungsszenarien“ (ebd., 136) aufgefordert. Dieses reflexive Element wurde auch in den leitfadengestützten Interviews, die im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführt wurden, aufgegriffen. Die Interviewpartner*innen wurden demnach im Anschluss an die Paraphrasierung ihrer subjektiven Theorien durch die Interviewerin erneut dazu aufgefordert, zu ihren eigenen Theorien Stellung zu nehmen. Dadurch wurde die Bewusstwerdung der zumeist unbewussten subjektiven Theorien angeregt. So konnten den Befragten in weiterer Folge die sozialen Lernprozesse, welche durch die Erzählungen im Interview hervorgegangen sind, bewusst gemacht werden. Welche Bedeutung diese bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Lernprozessen für die vorliegende Arbeit bzw. die ausgewählte Forschungsfrage mit sich bringt, wurde bereits weiter oben durch die Darstellung des Verhältnisses von *Lernen* und *Bildung* verdeutlicht.

In den nachfolgenden Kapiteln wird näher auf die Auswahl der konkreten Interviewpartner*innen eingegangen bzw. das Verfahren der Datenerhebung skizziert, um anschließend auf die Auswertung der erfassten Daten eingehen zu können.

3.3.3 Die Interviewpartner*innen

Mit Hilfe der Unterstützung der Koordinatorin des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz wurde ein E-Mail-Aufruf zur freiwilligen Teilnahme an leitfadengestützten Interviews, welche im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführt wurden, gestartet. Die E-Mail, welche an sämtliche ehrenamtliche Mitarbeiter*innen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz versendet wurde, enthielt eine kurze Beschreibung des Forschungsvorhabens sowie die Information bezüglich Anonymisierung und Datenschutz.

Auf diesen Aufruf hin meldeten sich sieben interessierte potenzielle Interviewpartner*innen. Das ausgewählte Sample der empirischen Untersuchung kann demnach als „sich selbstgenerierend“ (Akremi 2019, 320) bezeichnet werden. Mit sechs der interessierten ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen konnten zeitnahe Interviewtermine vereinbart werden, welche trotz der Option der virtuellen Durchführung der Interviews via Zoom in allen Fällen aufgrund der Vorliebe der Befragten analog durchgeführt wurden. Die Gruppe der Interviewpartner*innen lässt sich grundsätzlich als durchaus heterogen bezüglich Alter, Geschlecht, Ausbildung/ beruflicher Hintergrund sowie der Dauer der Tätigkeit im Projekt kennzeichnen, wobei die Heterogenität kein Kriterium für die Auswahl des Samples darstellte. Einziges Kriterium, welches die Befragten in Bezug auf die Thematik erfüllen mussten, war die *aktive* Tätigkeit im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz. Alle Interviewten konnten demnach auf einen unterschiedlich großen Erfahrungsschatz in Anbetracht ihres Freiwilligeneinsatzes zurückgreifen.

Unter den sechs interviewten Freizeitbuddys befinden sich vier Frauen und zwei Männer im Alter von 23-52 Jahren. Zwei von ihnen sind Studierende der Fachrichtungen Psychologie und Jus, eine der Befragten war früher als Juristin tätig, eine weitere Person absolvierte eine Lehre zur Großhandelskauffrau. Einer der Freizeitbuddys ist aktuell im administrativen Bereich tätig und eine weitere Person im Projektmanagement. Vier der interviewten Personen sind bereits von Projektbeginn an als Freizeitbuddys im Einsatz, die anderen beiden sind seit Anfang bzw. Ende des Jahres 2019 im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz. Lediglich eine der sechs interviewten Personen ist als Buddy im Tandem – bestehend aus einem Freizeitbuddy und einer*m Betroffenen – tätig, der Rest von ihnen ist in der Gruppe aktiv, wobei hier bei einer der interviewten Personen ein Tandem angedacht ist.

3.3.4 Der Prozess der Datenerhebung

Im Zuge der Durchführung der leitfadengestützten Interviews wurde darauf geachtet, den Interviewpartner*innen trotz der vorgegebenen Fragen des vorab formulierten Leitfadens² genügend Raum zu geben, um ihre subjektiven Theorien zu explizieren und so der Gefahr einer von Hopf (2016, 53) beschriebenen „Leitfadenbürokratie“ zu entgehen.

Die Flexibilität des Leitfadens war in diesem Sinne besonders gefordert, um beliebte Interviewfehler wie beispielsweise „das Ignorieren von Aussagen, die für die Befragten wichtig sind, das allzu rasche Abhandeln solcher unerwarteter Informationen und ... die Ankündigung, einen Sachverhalt, der für den Interviewpartner hohe Relevanz hat, später zu behandeln, ohne dies dann angemessen zu tun“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014, 130), zu vermeiden. Vorab überlegte Phrasen wie beispielsweise „Du hast bereits erwähnt ... kannst du mir darüber noch mehr erzählen oder kannst du das noch genauer ausführen?“ wurden insbesondere dann nützlich, wenn die Struktur des Leitfadens unterbrochen wurde und gewisse Themenbereiche bereits bei früheren Erzählungen kurz angeschnitten wurden. Diese Phrasen in Form von Rückfragen kamen allerdings nur dann zum Einsatz, sofern der Eindruck entstanden ist, dass das Erzählpotenzial des Gegenübers bezüglich des Themenbereichs noch nicht ausgeschöpft war.

Mit Hilfe von Paraphrasierungen der von den Interviewpartner*innen bereits erwähnten Inhalte wurde zum einen versucht, dem Gegenüber das Gefühl zu vermitteln, dass ihm aktiv zugehört wird, auf der anderen Seite dienten die Rückfragen an mancher Stelle auch dem besseren Verständnis auf Seiten der Interviewerin. Außerdem konnten so die Interviewpartner*innen auch stellenweise dazu aufgefordert werden, zu ihren subjektiven Theorien konkret Stellung zu nehmen, um so die Bewussterwerdung der zumeist unbewussten subjektiven Theorien gegenüber dem im Fokus dieser Arbeit stehenden Phänomen sowie in weiterer Folge eine bewusste Auseinandersetzung mit den persönlichen Lernprozess, anzuregen.

Ähnlich wie bei der Vorgehensweise des pädagogisch reflexiven Interviews wurden als Intervieweinstieg zunächst *allgemeine Fragen* zur Person in Bezug auf Ausbildung, beruflichen Hintergrund sowie der Dauer und Art der Tätigkeit im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz gestellt. In einem weiteren Schritt wurden Fragen zu *Wissen über Demenz* sowie *Erfahrungen im Umgang* mit betroffenen Personen vor Beginn der Tätigkeit als Freizeitbuddy gestellt. Auf diesem Weg wurde versucht, die Befragten dazu aufzufordern, ihr persönliches Bild von Demenz *vor dem Freiwilligeneinsatz* nachzuzeichnen. In Anlehnung daran wurde von der persönlichen

² Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang der vorliegenden Arbeit (App. 4).

Einstellungsebene bzw. den aktuellen Vorstellungen zum Thema Demenz nach Einschätzungen bezüglich der *gesellschaftlichen Wahrnehmung* des Phänomens gefragt, indem unter anderem nach den Reaktionen des Freundes- und Bekanntenkreises hinsichtlich der Freiwilligentätigkeit der Interviewpartner*innen gefragt wurde. Weiters standen der *persönliche Zugang* sowie die *Motivation*, an genau diesem Projekt teilzunehmen, im Fokus der Aufmerksamkeit.

In einem nächsten Schritt wurden die Interviewpartner*innen gebeten, sich in die Zeit des *Beginns ihres Freiwilligeneinsatzes* zurückzusetzen, um so Erzählungen über die ersten Erfahrungen und Eindrücke sowie Überraschungen oder unerwartete Ereignisse anzuregen. Im Anschluss daran wurden die Befragten gebeten über ihre *aktuellen Perspektiven* in Bezug auf die Thematik zu sprechen. Dabei wurden sie dazu aufgefordert, eine sowohl positive als auch negative Erfahrung während ihrer Tätigkeit als Freizeitbuddy zu schildern, wobei bei negativ bewerteten Ereignissen in Anlehnung an die Vorgehensweise des pädagogisch reflexiven Interviews nach alternativen Situationsausgängen geforscht wurde, indem die Interviewpartner*innen erneut zur Reflexion dieser Situation und der Überlegung alternativer Handlungsoptionen angeregt wurden.

In einem weiteren Themenblock wurde der Schwerpunkt des Interviews auf die Frage nach *sozialen Lernprozessen* gelegt, wobei die Befragten an dieser Stelle gebeten wurden, rückblickend auf den Beginn ihres Freiwilligeneinsatzes bis hin zur gegenwärtigen Situation ihre persönlichen Änderungen hinsichtlich Vorstellungsbildern sowie Wissen über bzw. Umgang mit Menschen mit Demenz zu beschreiben und anschließend zu reflektieren, was ihrer Ansicht nach zu dieser Änderung beigetragen haben könnte.

Abschließend wurden die Interviewpartner*innen im Sinne eines *Ausblicks* dazu angeregt, über Strategien der Änderung der aktuellen gesellschaftlichen Wahrnehmung von Menschen mit Demenz nachzudenken und mögliche Lösungsvorschläge zu erläutern.

Die insgesamt sechs durchgeführten qualitativen Leitfadeninterviews wurden nach Einholung des Einverständnisses der Interviewpartner*innen mittels Tonaufnahmegerät akustisch aufgezeichnet und im Anschluss an die Erhebung unter Berücksichtigung der Transkriptionsregeln³ nach Kuckartz et al. (2008) transkribiert. Dieses Transkriptionssystem eignet sich laut Vogt und Werner (2014, 44) insbesondere für die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse, welche in dieser Masterarbeit als Auswertungsmethode gewählt wurde. Alle personenbezogenen Daten

³ siehe Anhang (App. 5)

wurden unter Einhaltung des persönlichen Datenschutzes anonymisiert und die Interviewaufzeichnungen nach Abschluss der Masterarbeit gelöscht.

Im nachfolgenden Kapitel wird zum einen die Wahl der Datenauswertungsmethode begründet, zum anderen soll der Auswertungsprozess im Detail veranschaulicht werden, bevor die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in einem weiteren Kapitel dargestellt werden können.

3.4 Auswertungsmethode – Qualitative Inhaltsanalyse

Für die Auswertung der erhobenen Leitfadeninterviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Philipp Mayring gewählt. Ziel qualitativer Inhaltsanalyse ist eine „systematische, fragestellungs- und theoriegeleitete Auswertung von Textmaterial“ (Mayring 2019, 12).

Im Allgemeinen sieht Mayring (2015, 12) als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Inhaltsanalyse jegliche Formen von fixierter Kommunikation, wobei unter Kommunikation nicht ausschließlich verbale Formen verstanden werden, sondern Kommunikation im weiter gefassten Sinne als Übertragung von Symbolen. Sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse geht dabei systematisch sowie regelgeleitet vor, um so dem Gütekriterium intersubjektiver Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden. Schließlich arbeitet sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse theoriegeleitet, indem sie Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert bzw. werden die Ergebnisse der Analyse wiederum vom jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert. Die einzelnen Analyseschritte sind dabei ebenfalls von theoretischen Überlegungen geleitet (ebd., 13). Unter dieser sogenannten *Theoriegeleitetheit* versteht Mayring (ebd., 53), „dass der Stand der Forschung zum Gegenstand und vergleichbaren Gegenstandsbereichen systematisch bei allen Verfahrensentscheidungen herangezogen wird.“ Theorie wird dabei als „System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand“ bzw. als „gewonnene Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand“ (ebd. 59f) begriffen. „Theoriegeleitet heißt nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen“ (ebd., 60). Diesen Aspekt gilt es, bei der Auswertung der erhobenen Leitfadeninterviews mit den ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz zu berücksichtigen.

Mit der konkreten methodischen Ausarbeitung unterschiedlicher Formen der qualitativen Inhaltsanalyse verfolgt Mayring (ebd., 10) das Ziel, Techniken zu entwickeln, „die systematisch, intersubjektiv überprüfbar, gleichzeitig aber der Komplexität, der Bedeutungsfülle, der ‚Interpretationsbedürftigkeit‘ sprachlichen Materials angemessen sind“ und verdeutlicht weiters,

dass qualitative Inhaltsanalyse „immer ein Verstehensprozess von vielschichtigen Sinnstrukturen im Material [ist; Anm. A.W.]. Die Analyse darf nicht bei dem manifesten Oberflächeninhalt stehen bleiben, sie muss auch auf *latente Sinngehalte* abzielen“ (ebd., 32; Herv. i. O.).

Mayrings Anliegen ist es, „eine Methodik systematischer Interpretation zu entwickeln, die an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht“ (ebd., 50). Dabei sollen die Stärken quantitativer Inhaltsanalyse beibehalten werden „und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse“ (ebd.) entwickelt werden.

Als Kennzeichen qualitativer Inhaltsanalyse sieht Mayring (ebd., 50f) somit zum einen die *Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang* – „Der Text wird so immer innerhalb seines Kontextes interpretiert, das Material wird auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht“ (ebd., 50). Zum anderen verweist er auf das bereits erwähnte *systematische, regelgeleitete Vorgehen*, wobei zu betonen ist, dass die Inhaltsanalyse „kein Standardinstrument [ist; Anm. A.W.]; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“ (ebd., 51).

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht dabei die Erstellung eines *Kategoriensystems*, welches wie eine Art Suchraster auf das zu untersuchende Datenmaterial angewandt wird. Die einzelnen Kategorien dieses Systems werden zunächst theoriegeleitet erarbeitet, in einem weiteren Schritt an einem Teil des Materials in Form eines Probedurchlaufs ausprobiert und so ggf. überarbeitet, bevor das gesamte Material mit diesem Suchraster bearbeitet werden kann (ebd., 20). „Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar. Auch sie [die Kategorien; Anm. A.W.] ermöglichen das Nachvollziehen der Analyse für andere, die Intersubjektivität des Vorgehens“ (ebd., 51). Der Entstehung des im Zuge der Datenauswertung entwickelten Kategoriensystems wird ein eigenes Kapitel (3.4.2) in dieser Masterarbeit gewidmet, da es sich dabei um das Kernstück qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015) handelt.

Die Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) als Auswertungsmethode des erhobenen Datenmaterials lässt sich in erster Linie durch das spezifische Forschungsinteresse dieser Arbeit begründen. Der Frage nach der Gestaltung sozialer Lernprozesse, welche durch die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz angeregt werden, gehen diverse theoretische Grundannahmen voraus, welche im ersten Teil der vorliegenden Masterarbeit ausführlich dargelegt wurden. Durch diese theoretischen Vorüberlegungen wurde die resultierende

forschungsleitende Frage bereits zu Beginn des Forschungsprozesses stark eingegrenzt und somit präzise formuliert. In diesem Sinne scheint die gewählte Auswertungsmethode geeignet, denn

„[b]ei der qualitativen Inhaltsanalyse wird fragestellungsbezogen gearbeitet. Die textanalytischen Fragestellungen (ggf. durchaus mehrere) werden aus der übergeordneten Fragestellung des Forschungsprojektes abgeleitet. Am Ende der Auswertung sollte eine Beantwortung dieser Fragestellungen stehen. Das grenzt die qualitative Inhaltsanalyse von gänzlich offenen, explorativen Verfahren wie z.B. der Grounded-Theory-Methodologie ab“ (Mayring 2019, 3).

Diesen Überlegungen muss allerdings entgegengehalten werden, dass auch explorative Verfahren einer Fragestellung folgen bzw. auf eine Beantwortung der Forschungsfrage(n) abzielen. Die Fragestellungen bei explorativen Verfahren scheinen hingegen – dem „Prinzip der Offenheit“ (Rosenthal 2015, 50) entsprechend – zu Beginn des Forschungsprozesses weniger klar umrissen und im Gegensatz zu deduktiven Vorgehensweisen „noch recht vage formuliert“ (ebd.). Der Entdeckungslogik des Forschungsprozesses folgend können sich diese Fragestellungen im Zuge der empirischen Untersuchung laufend ändern bzw. noch weiter spezifiziert werden.

Die forschungsleitende Frage der vorliegenden Masterarbeit wurde vor Beginn der empirischen Untersuchung unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen bereits sehr präzise formuliert und im Laufe des weiteren Forschungsprozesses nicht mehr verändert. Da die Wahl der Datenerhebungsmethode ebenfalls in Anlehnung an die dargestellte Theorie dieser Arbeit erfolgte, wurde diese Vorgehensweise auch im Zuge der Datenauswertung weitergeführt, um so weiterhin die theoretischen Grundannahmen bei der Interpretation der Daten berücksichtigen zu können. Bevor auf den Prozess der Datenauswertung im Detail eingegangen wird, gilt es allerdings näher auf die ausgewählte Analysetechnik der qualitativen Inhaltsanalyse einzugehen.

3.4.1 Analysetechnik – Die inhaltliche Strukturierung

Grundsätzlich unterscheidet Mayring (2015, 67) drei Grundformen des Interpretierens: *Zusammenfassung*, *Explikation* und *Strukturierung*. Aus diesen drei Grundformen stellt Mayring (ebd., 68) wiederum einen Katalog bestehend aus insgesamt *acht* unterschiedlichen Analysetechniken zusammen. Im Zuge der Auswertung des vorliegenden Datenmaterials wurde auf die Grundform der *Strukturierung* zurückgegriffen, da das Ziel der Analyse darin besteht, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien

einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (ebd., 67). Mayring unterscheidet hier wiederum vier unterschiedliche Formen der Strukturierung – *formale*, *inhaltliche*, *typisierende* und *skalierende* Strukturierung. Angesichts des Forschungsinteresses der vorliegenden Masterarbeit sowie der ihr zugrundeliegenden Forschungsfrage wurde die Analysetechnik der *inhaltlichen Strukturierung* gewählt: „Eine inhaltliche Strukturierung will Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen“ (ebd., 99).

Die Vorgehensweise dieser speziellen Analysetechnik lässt sich in insgesamt zehn Arbeitsschritte unterteilen. Bevor auf diese Schritte näher eingegangen wird, soll allerdings die Erstellung des Kategoriensystems als Kern der gewählten Datenauswertungsmethode im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit im Detail dargestellt werden. Im Anschluss steht die konkrete Anwendung dieses Systems im Zuge der Auswertung der Interviewdaten und somit die methodische Vorgehensweise der Datenauswertung im Mittelpunkt.

3.4.2 Erstellung des Kategoriensystems

Bei der Erstellung des Kategoriensystems wurden die Hauptkategorien sowie dazugehörige Unterkategorien zunächst theoriegeleitet entwickelt, wodurch von einer deduktiven Kategorienanwendung gesprochen werden kann (Mayring 2015, 68). Neben der deduktiven Ableitung der Kategorien, wurden in einem zweiten Schritt auch induktiv die Ausprägungen bzw. Ebenen einzelner Unterkategorien im Zuge eines ersten Materialdurchlaufs differenziert. Zusätzlich wurden jene Unterkategorien ergänzt, welche sich induktiv aus dem Material heraus ergeben haben. Mayring (2014, 104) spricht hierbei von einem gemischten Analyseverfahren, bei welchem sowohl deduktive als auch induktive Verfahren bei der Kategorienbildung möglich sind, sofern dies sinnvoll erscheint.

Die Kategorien wurden zunächst entsprechend der einzelnen Themenblöcke des Interviewleitfadens ausgewählt, welcher ebenfalls theoriegeleitet entwickelt wurde. Dabei wurde nach dem von Mayring (ebd., 97) beschriebenen dreigliedrigen Verfahren vorgegangen, welches zunächst die *Definition* der Kategorie vorsieht, um so zu entscheiden, welche Textteile unter die jeweilige Kategorie fallen. Daran anschließend erfolgte die Suche nach sogenannten *Ankerbeispielen* – konkrete Textstellen aus dem Material, welche als Beispiele für die ausgewählte Kategorie gelten sollen. Schlussendlich wurden an jenen Stellen, wo Abgrenzungsprobleme zwischen

Kategorien vorgefunden wurden, *Kodierregeln* formuliert, um eine eindeutige Zuordnung der Textstellen zu ermöglichen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Untersuchung sozialer Lernprozesse im Zentrum dieser Arbeit steht, wurde bei der Erstellung des Kategoriensystems insbesondere der Aspekt der Prozesshaftigkeit und somit die zeitliche Dimension eines Lern- bzw. Bildungsprozesses miteinbezogen. So lassen sich die vier Hauptkategorien (HK) an den jeweiligen Stationen der Erfassung von Lern- bzw. Bildungsprozessen festmachen: angefangen bei der Zeit *vor* der Freiwilligentätigkeit als Ausgangslage, über den *Beginn* des Freiwilligeneinsatzes als kurzen Zwischenstopp, bis hin zur Gegenwart und somit dem *aktuellen* Standpunkt der Interviewten im Hier und Jetzt. Im Rahmen der vierten und letzten Hauptkategorie, welche auch als Kernkategorie gesehen werden kann, lassen sich implizit Bezüge zu den drei zuvor genannten Hauptkategorien finden. Hier wurden jene Aussagen der Interviewpartner*innen zusammengefasst, bei welchen sie im Zuge des Interviews dazu angeregt wurden, bisherige Lernprozesse innerhalb ihrer Tätigkeit als Freizeitbuddys zu reflektieren. Durch die Paraphrasierung der subjektiven Theorien der befragten Freizeitbuddys im Zuge des Interviews wurde versucht, den Interviewpartner*innen die dargestellten Lernprozesse bewusst zu machen, worin wiederum laut Christof (2009b, 47f) das Potenzial liegt, Bildungsprozesse anzuregen.

Neben den vier Hauptkategorien wurden zwei Nebenkategorien (NK) entwickelt, welche nicht unmittelbar mit der forschungsleitenden Frage in Verbindung gebracht werden konnten, dennoch angesichts des vorliegenden Forschungsinteresses nicht unberücksichtigt bleiben sollen. Die erste Nebenkategorie beinhaltet die erhobenen *soziodemografischen Daten* der Freiwilligen – Alter, beruflicher Hintergrund/ Ausbildung inkl. Dauer und Art (Tandem oder Gruppe) der Tätigkeit im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz – ,welche bereits in Kapitel 3.3.3 bei der Beschreibung des Samples vorgestellt wurden. Die zweite Nebenkategorie stellt eine Art *Ausblick* dar und umfasst sämtliche Einschätzungen der Interviewten zur Frage, was sich aus ihrer Sicht aktuell in Bezug auf die Demenzthematik ändern müsse sowie mögliche Ideen, wie es zu dieser Änderung kommen könnte. Die Bildung der jeweiligen Unterkategorien (UK) wurde an den einzelnen Fragen des Interviewleitfadens angelehnt, wodurch neben den vier Haupt- und zwei Nebenkategorien insgesamt 14 Unterkategorien herausgearbeitet werden konnten.

Da die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Kategoriensystems vorsieht, dass Kategorien „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft“ (Mayring 2015, 61) werden, wurde ein

Probedurchlauf am ersten der sechs Interviewtranskripte vorgenommen. Bei diesem ersten Materialdurchlauf wurden, wie von Mayring (ebd. 109) beschriebenen, sogenannte *Fundstellen* markiert und in einem weiteren Schritt bearbeitet bzw. extrahiert, um anschließend das Kategoriensystem zu überarbeiten. Dadurch, dass sich im ersten Materialdurchlauf zusätzliche Aspekte herauskristallisiert hatten, welche nicht im ursprünglichen Kategoriensystem erfasst wurden, in Hinblick auf das Forschungsinteresse allerdings relevant erscheinen, wurden die Kategoriendefinitionen dementsprechend angepasst bzw. zusätzliche Ebenen einzelner Kategorien eingefügt.

Eine Liste der Haupt- und Nebenkategorien, ihrer zugehörigen Unterkategorien inkl. der theoriegeleiteten Fragenstellungen sowie eine Darstellung des Kodierleitfadens, mit welchem schlussendlich das gesamte Datenmaterial bearbeitet wurde, findet sich im Anhang (App 6. sowie App. 7) der vorliegenden Arbeit. Auf die einzelnen Kategorien bzw. ihre jeweiligen Ausprägungen wird im Kapitel der Ergebnisdarstellung näher eingegangen. Zuvor soll allerdings der Prozess der Datenauswertung im Detail erläutert werden.

3.4.3 Der Prozess der Datenauswertung

Nachdem die ersten Schritte des allgemeinen Ablaufmodells qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, 62) – *Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation, Untersuchung formaler Charakteristika des Materials, Untersuchung der Richtung der Analyse* – geklärt wurden, erfolgte zunächst die *theoretische Differenzierung der Forschungsfrage*. In diesem Schritt wurde die forschungsleitende Frage, *wie sich soziale Lern- und Bildungsprozesse für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen im Rahmen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz der Caritas Pflege Wien gestalten*, in folgende fünf Unterfragen unterteilt, welche bei der Analyse der Interviewtranskripte berücksichtigt wurden:

- Welchen Bezug gab es vor dem Freiwilligeneinsatz zu dem Phänomen Demenz?
- Wie gestaltet sich der Beginn des Freiwilligeneinsatzes?
- Welche Perspektiven nehmen die Interviewten aktuell bzgl. der Thematik ein?
- Welche Veränderungen können die Interviewten seit Beginn des Freiwilligeneinsatzes an sich festmachen?
- Was muss sich aus Sicht der Interviewten aktuell in der Gesellschaft in Bezug auf die Demenzthematik ändern und welche Ideen haben die Interviewten, wie es zu diesen Veränderungen kommen könnte?

Im Anschluss erfolgten die Bestimmung der Analysetechnik (Strukturierung) sowie die Festlegung des konkreten Ablaufmodells (inhaltliche Strukturierung). Die Vorgehensweise der *inhaltlichen Strukturierung* lässt sich, wie bereits weiter oben erwähnt, in insgesamt zehn Arbeitsschritte unterteilen. In einem ersten Schritt gilt es, die Analyseeinheiten zu bestimmen, wobei die „Festlegung, was als minimaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kodiereinheit), was als maximaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kontexteinheit) und welche Textbestandteile jeweils nacheinander kodiert werden (Auswertungseinheit)“ (Mayring 2015, 15) im Mittelpunkt dieses Arbeitsschrittes steht. Die Kodiereinheit der vorliegenden Analyse wurde als vollständiger Satz festgelegt, als Kontexteinheit wurde eine Aussage bzw. ein abgeschlossener Gedankengang der Interviewten bestimmt und die Auswertungseinheit bildeten die sechs erhobenen Leitfadeninterviews.

Die anschließenden fünf Schritte des Ablaufmodells der inhaltlichen Strukturierung – *theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien* (2), *Bestimmung der Ausprägungen bzw. Unterkategorien* (3), *Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien* (4), *erster Materialdurchlauf – Fundstellenbezeichnung* (5) sowie die *Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen* (6) – umfassen die *Erstellung des Kategoriensystems*, auf welche bereits im vorangegangenen Kapitel 3.4.2 ausführlich eingegangen wurde.

Schritt sieben beinhaltet eine Überarbeitung von Kategoriensystem und Kategoriendefinition. Hier wurde die Definition der Unterkategorie *Wahrnehmung von Demenz* erweitert, da im ersten Materialdurchgang neben den Aspekten *persönliche Wahrnehmung*, *Wahrnehmung des sozialen Umfelds* und *gesellschaftliche Wahrnehmung* auch die *Wahrnehmung der Betroffenen* sowie jene der *Angehörigen* thematisiert wurde. Außerdem wurde eine weitere Unterkategorie im Reflexionsteil hinzugefügt – UK 4.0 Allgemeine Veränderungen – welche sich ebenfalls induktiv aus dem Material heraus ergab. Nach dieser Überarbeitung wurde das gesamte Datenmaterial mit Hilfe des festgelegten Kategoriensystems analysiert, wobei – wie beim ersten Materialdurchgang – zunächst Fundstellen extrahiert wurden. Bei der Extraktion der Fundstellen wurde auf das von Mayring (2014) bzw. Fenzl und Mayring (2017) entwickelte Softwareprogramm *QCAmap* zurückgegriffen, welches die Zuordnung der Fundstellen zu den einzelnen Kategorien vereinfachte. Nach Abschluss der Analyse des gesamten Datenmaterials konnte mit Hilfe des Programms ein Überblick über das extrahierte Material in Form einer Excel Tabelle geschaffen werden. Durch diese Vorgehensweise konnten insgesamt 260 Fundstellen aus 70 Seiten Interviewtranskript extrahiert werden und den 14 Unterkategorien bzw. vier Haupt- und zwei Nebenkategorien zugeordnet werden.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass es bei der inhaltlichen Strukturierung als Analysetechnik qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Philipp Mayring (2015, 100) in erster Linie darum geht,

„bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien und (sofern notwendig) Unterkategorien bezeichnet. Nach der Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems ... wird das in Form von Paraphrasen extrahierte Material ... zusammengefasst.“

Im weiteren Verlauf der Datenanalyse wurden somit zunächst Paraphrasierungen der einzelnen Fundstellen vorgenommen und zur besseren Übersicht in die bereits bestehende Excel Tabelle eingetragen. Schlussendlich wurden jene Paraphrasen für die vier Haupt- und zwei Nebenkategorien bzw. die einzelnen Unterkategorien zusammengefasst. Die Ergebnisse dieses Auswertungsprozesses sollen nun im nachfolgenden Kapitel veranschaulicht werden.

4. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel gilt es, die Ergebnisse der Auswertung der erhobenen Interviewdaten darzustellen. Zur besseren Veranschaulichung werden dazu die vier Hauptkategorien (HK) einzeln unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Unterkategorien (UK) vorgestellt. Dabei wird die Reihenfolge der vorgestellten Kategorien an die Prozesshaftigkeit und somit die zeitliche Ebene der Lern- bzw. Bildungsprozesse der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen angelehnt.

Zunächst werden jene Erzählungen, welche die *Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz* (HK1) umfassen dargestellt. Daran anschließend werden sämtliche Aussagen, welche den *Beginn der Freiwilligentätigkeit* (HK2) beinhalten, aufgezeigt, gefolgt von einer Zusammenfassung jener Erzählungen, welche die *aktuellen Perspektiven auf das Phänomen Demenz* (HK3) darstellen. Abschließend werden die Kategorie der *Reflexion* in Bezug auf *persönliche Veränderungen* (HK4) der Freiwilligen sowie die zweite Nebenkategorie im Sinne eines *Ausblicks* (NK2) vorgestellt. Die Inhalte der ersten Nebenkategorie, welche die *soziodemografischen Daten* der Interviewten umfassen, wurden bereits in Kapitel 3.3.3 bei der Beschreibung des Samples präsentiert.

Neben der Definition der jeweiligen Hauptkategorie sowie der inhaltlichen Zusammenfassung der zugehörigen Unterkategorien werden auch ausgewählte Ankerbeispiele in Form von Zitaten aus den Interviewtranskripten sowie die entsprechenden Leitfragen der einzelnen Hauptkategorien dargelegt.

HK 1 – Vor dem Freiwilligeneinsatz

Leitfrage: Welchen Bezug gab es vor dem Freiwilligeneinsatz zu dem Phänomen Demenz?

Kategoriendefinition: Sämtliche Erzählungen, die auf die Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz zurückzuführen sind – *Wissen* (UK 1.1) über und *Erfahrungen* (UK 1.2) mit Demenz sowie *Vorstellungsbilder* (UK 1.3) vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes, *Zugang* zum Projekt, *Motivation* und persönlicher *Gewinn* hinsichtlich der Projektteilnahme (UK 1.4) sowie *Erwartungen* vor dem ersten Einsatz (UK 1.5).

UK 1.1 Wissen über Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz

B5: „Recht viel oder mehr als mir lieb ist. Durch meine Verwandtschaft, da sind zwei Betroffene, die an Demenz erkrankt sind (...) Aber so wirklich Wissenschaftliches darüber habe ich nichts gewusst, ich habe einfach nur praktisch sehr viel mitbekommen, was die Krankheit so mit sich bringt“ (I5, 1/22-26).

Das Wissen zum Thema Demenz der interviewten Freizeitbuddys vor Beginn ihrer Tätigkeit bei der Caritas reicht von vollkommener Unwissenheit, über mehr oder weniger praktisches Wissen aufgrund persönlicher oder beruflicher Erfahrungen, bis hin zu grundlegendem theoretischen Vorwissen, welches von einem der Freiwilligen im Zuge der gewählten Ausbildung erworben wurde. Der Begriff Demenz war für die Hälfte der Interviewten vor ihrer Tätigkeit als Freizeitbuddy völlig unbekannt, wobei in den Interviews betont wird, dass in diesem Zusammenhang zuvor eher Begriffe wie *Altersvergesslichkeit* oder *Alzheimer* mit dem vorliegenden Phänomen assoziiert wurden. Sofern vor Beginn der Freiwilligentätigkeit Wissen über das Phänomen Demenz vorhanden war, wird dieses von den Befragten in den Interviews als eher oberflächlich beschrieben.

UK 1.2 Erfahrungen mit Menschen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz

B3: „Naja eigentlich wahrscheinlich, aber ich habe es nicht gewusst, weil ich nicht wusste, was Demenz ist. Also meine Oma war im letzten Jahr ihres Lebens wirklich ganz verwirrt, hat falsche Sachen den falschen Leuten gesagt (...) Also Sachen, die sie wahrscheinlich mitbekommen hat, ohne, dass es ihr jemand gesagt hat. Und das alles führe ich jetzt auf eine Art wahrscheinlich Demenz zurück. (...) Also ich weiß es nicht“ (I3, 2/28-36).

Die Erfahrungen bzw. Berührungspunkte mit Menschen mit Demenz vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes reichen bei den befragten Freizeitbuddys von keiner Erfahrung bis zu sehr engem Kontakt zu Betroffenen. Von den Interviewten geben zwei Personen an, vor Beginn ihres Freiwilligeneinsatzes mit dem Thema Demenz direkt in Berührung gekommen zu sein, da in beiden Fällen Mitglieder der Familie betroffen waren. Beide hatten bis zum Tod ihrer betroffenen Angehörigen sehr intensiven Kontakt zu ihnen. Ein weiterer Freizeitbuddy berichtet von eher oberflächlichem Kontakt im Zuge seiner Tätigkeit als Rettungssanitäter. Zwei weitere Freiwillige stellen im Nachhinein die Vermutung an, dass sie ebenfalls Familienmitglieder hatten, die von einer Demenz betroffen waren. Allerdings geben die Befragten an, dies zum damaligen Zeitpunkt nicht gewusst zu haben.

UK 1.3 Demenzbilder vor dem Freiwilligeneinsatz

B4: „Das Bild von einem Demenzkranken, ja also eigentlich alte Leute. Alte Leute für mich, denen man es ansieht klingt vielleicht jetzt ein bisschen, nicht falsch aber ja alte Leute, die vielleicht schon langsam im Pflegestadium sind. So hatte ich Demenz als Bild im Kopf. Die Unterstützung benötigen. Ja, von denen man, wenn man sie sieht merkt, okay der hat Demenz, also wie so ein Stigma“ (I4, 2/12-16).

In erster Linie scheinen die beschriebenen Demenzbilder der Freizeitbuddys vor Beginn ihres Freiwilligeneinsatzes eher defizitär konnotiert. So wurde Demenz vorwiegend mit alten Menschen, die wieder zu Kindern werden oder mit Menschen, die keinen Bezug zu ihrer eigenen Vergangenheit haben, assoziiert. Demenz wurde als etwas Sichtbares eingestuft, ein Phänomen, das nur bei sehr alten Personen im Pflegestadium auftritt. Bilder wie ein „Mensch in einer Zwangsjacke, der überall herumläuft und herumschreit“, Menschen als „leere Hüllen“ im Sinne von Personen, die ihre Umgebung bzw. ihr soziales Umfeld nicht mehr wahrnehmen, werden dabei im Interview beschrieben. Andererseits berichtet eine der Freiwilligen, dass ihr Demenz vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes als Krankheitsbild nicht wirklich bewusst war. Für sie gehörten Vergesslichkeit und Verwirrtheit als „normale“ Alterserscheinung zum Alt-Sein dazu.

UK 1.4 Zugang zum Projekt Freizeitbuddys bei Demenz

B2: „Es ist mein Hobby. Ob ich jetzt, weiß ich nicht, zwei Stunden in der Woche Tennis spielen gehe oder zwei Stunden mit jemandem spazieren gehe, das ist egal, ich mache etwas. Das Tennisspielen interessiert mich nicht aber der Mensch interessiert mich und da tu ich was Gutes auch gleich. Also es ist einfach so wie eben manche Sport als Hobby haben, habe ich eben das als Hobby (lacht)“ (I2, 11/3-8).

Die Hälfte der Freiwilligen war zu dem Zeitpunkt, als sie sich dazu entschlossen hatte, am Projekt teilzunehmen, arbeitssuchend. Alle Freizeitbuddys wollten sich im sozialen Bereich ehrenamtlich betätigen und sind durch eigeninitiierte Recherchen auf das Projekt Freizeitbuddys bei Demenz gestoßen. Jene Personen, welche bereits Berührungspunkte mit Menschen mit Demenz vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes hatten, geben an, dass diese Erfahrung unter anderem die Hauptmotivation darstellte, sich im Rahmen des ausgewählten Projekts freiwillig zu engagieren. Interesse an älteren Menschen, Spaß und Freude, Menschen zu unterstützen, etwas für die Betroffenen oder Angehörigen zu leisten, sie zu entlasten oder ihnen eine schöne Zeit zu ermöglichen, werden als weitere Motivationspunkte genannt. Auch das Sammeln von Erfahrungen für spätere berufliche Laufbahnen sowie die Abwechslung zum aktuellen Job, aber auch zum Alltag, werden von den Interviewten als Gründe angegeben, sich im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz einzubringen.

UK 1.5 Erwartungen an das Projekt vor dem Freiwilligeneinsatz

B6: „Mhm, ich glaube so eine konkrete Erwartung, wie dann der Umgang mit den Menschen praktisch stattfinden würde ist, dass ich mir gedacht habe, dass die Menschen sehr viel Raum einnehmen und sehr wenig agreeable sind. Quasi einfach diese schwindenden Gehirnleistungen oder kognitive Leistungen, auch dieses, andere Menschen sind hier, andere Menschen haben Bedürfnisse, das schwindet. Und dass sie vielleicht auch sehr fordernd werden mit der Zeit“ (I6, 5/15-20).

In Bezug auf die Erwartungen der Freiwilligen berichtet ein Teil von ihnen, dass er ohne spezielle Vorstellungen möglichst offen und neugierig in das ausgewählte Projekt gegangen ist. Andere erwähnen hingegen Ängste und Unsicherheiten hinsichtlich des Umgangs mit den Betroffenen. Zudem hegten sie die Erwartung, dass sich der Erstkontakt als schwierig

herausstellen würde bzw. es zur Herausforderung werden könnte, eine Verbindung zu den Betroffenen herzustellen und zu ihnen durchzudringen.

HK 2 – Beginn des Freiwilligeneinsatzes

Leitfrage: Wie gestaltet sich der Beginn des Freiwilligeneinsatzes?

Kategoriendefinition: Sämtliche Erzählungen, welche den Beginn des Freiwilligeneinsatzes umfassen – *Erste Eindrücke bzw. Erfahrungen im Projekt* (UK 2.1) sowie die *Reflexion* zu den Erwartungen vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes (UK 2.2).

UK 2.1 Erste Eindrücke/ Erfahrungen im Projekt

B1: „Ich habe es als sehr sehr positiv empfunden, dieses Zusammensein und natürlich. Und dadurch, dass das aber so gut eingegliedert war, sind mir auch die Betroffenen erst später aufgefallen. Auch wie extrem natürlich diese Krankheit da Auswirkungen zeigt auf eine Person und das habe ich dort als erstes eigentlich gar nicht so oder zumindest nicht negativ wahrgenommen“ (I1, 7/ 3-8).

Die ersten Eindrücke und Erfahrungen der Freizeitbuddys lassen sich als sehr unterschiedlich charakterisieren: von Freiwilligen, die ihren ersten Einsatz als sehr positiv empfunden hatten, über jene, die zu Beginn überfordert waren, da sie vorab nicht wussten, wie sie mit den Betroffenen umgehen sollten, bis hin zu Teilnehmer*innen, die Ängste hinsichtlich einer zu rasch übertragenen Verantwortung entwickelten. Die Diversität der Gruppenmitglieder – und hier wurden sowohl die Betroffenen als auch die Freiwilligen erwähnt – scheint für einige Freizeitbuddys als besonders eindrücklich in Erinnerung geblieben zu sein.

UK 2.2 Reflexion bezüglich Erwartungen

B1: „Ich war dann eigentlich generell am Anfang überrascht, dass das besser gelingt, als man glaubt oder ich habe halt geglaubt, man muss da super geschult sein und das und das an den Tag legen. Und, dass ich gleich eigentlich mit meinem vielleicht Naturell und mit meiner Art mit solchen Menschen und das klingt vielleicht komisch, mit solchen Menschen vielleicht besser zurechtkomme als mit anderen Menschen (lacht)“ (I1, 10/4-9).

B3: „Die, die mich überraschen, sind immer die, die Sachen können oder sagen, wo du denkst, na der ist noch ganz da eigentlich. Also dieser junge Mensch da, der wirklich ziemlich schnell und ziemlich stark betroffen wurde, der hat während seiner Demenzzeit Chinesisch gelernt, also zu schreiben und er hat es wirklich nach Monaten noch können und er wusste, was er macht. Obwohl, alles andere hat er vergessen, aber das hat er gelernt. Und so etwas überrascht mich immer wieder, also gerade, wie ja, wie es eigentlich manchen gut geht“ (I3, 6/6-12).

Im Zuge einer ersten Reflexion hinsichtlich ihrer persönlichen Erwartungen können alle befragten Freizeitbuddys unterschiedliche Aspekte ausmachen, mit denen sie ursprünglich nicht gerechnet hätten bzw. die sie im Nachhinein betrachtet als *überraschend* bezeichnen würden. Zum einen berichten mehrere Buddys, dass sie überrascht waren, dass Demenz nicht wie erwartet auf den ersten Blick sichtbar war. So wurden vor allem jüngere Betroffene zu Beginn oftmals fälschlicherweise als Angehörige eingestuft. Weiters wurden bestimmte Fähigkeiten wie Rechenkünste oder Fremdsprachenkenntnisse der Betroffenen unterschätzt bzw. die Erfahrung, dass Betroffene trotz Demenzdiagnose neue Fähigkeiten entwickeln, als nicht mit dem theoretischen Vorwissen übereinstimmend erkannt. Auch die große Bandbreite an unterschiedlichen Demenzformen sowie deren symptomatische Ausprägungen waren für den Großteil der Befragten neu. Die Tatsache, dass sich die Interaktion mit den Betroffenen doch einfacher gestaltete als gedacht bzw. dazu nicht wie erwartet besondere Vorkenntnisse notwendig waren und der Austausch als gleichwertig bzw. für beide Seiten angenehm empfunden wurde, schien einige der Interviewten ebenfalls positiv zu überraschen. Eine der Freiwilligen berichtet im Interview von einem „Aha-Erlebnis“, bei welchem sie durch die Erzählung einer Angehörigen den Eindruck vermittelt bekommen hat, dass Demenz trotz aller negativen Aspekte, von denen sie bisher gehört hatte, auch positive Seiten haben kann. Weiters wird die Erkenntnis, dass doch einige der Betroffenen sehr gut mit ihrer Krankheit umgehen können und dass es ihnen dabei „eigentlich ganz gut geht“ von den Befragten als unerwartet hervorgehoben. Diesbezüglich wird die Unterstützung insbesondere durch die Angehörigen der demenzbetroffenen Personen von den Interviewten als Einflussfaktor auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz identifiziert.

HK 3 – Aktuelle Perspektiven

Leitfrage: Welche Perspektiven nehmen die Interviewten aktuell bzgl. der Thematik ein?

Kategoriendefinition: Sämtliche Erzählungen, die die aktuelle Perspektive auf das Phänomen Demenz widerspiegeln – darunter fallen die *persönliche* Wahrnehmung, die Einschätzung der Wahrnehmung des *sozialen Umfelds*, die Einschätzung der *gesellschaftlichen* Wahrnehmung aber auch jene in Bezug auf die Wahrnehmung der *Angehörigen* sowie der *Betroffenen* selbst (UK 3.1). Neben der Wahrnehmung des Demenzphänomens werden das *aktuelle Wissen* (UK 3.2) diesbezüglich sowie die *Erfahrungen* als Freizeitbuddys (UK 3.3) in dieser Kategorie berücksichtigt.

UK 3.1 Aktuelle Wahrnehmung des Demenzphänomens

Persönliche Wahrnehmung

B2: „Ähm, dass es ganz normale Leute im Prinzip sind. Ähm es kommt auch darauf an, welche Demenz sie haben. Dadurch, dass es ja 1000 verschiedene Formen gibt. Und ja, sie sind teilweise vielleicht auch wie Kinder, aber du musst daran denken, sie standen einmal im Leben und sie haben Lebenserfahrung gesammelt und ja. Du kannst sie nicht wirklich wie ein Kind sehen, du musst sie manchmal wie ein Kind behandeln aber nicht als Kind sehen. So würde ich das jetzt erfassen (I2, 2/24-29).

Aus der aktuellen Perspektive wird von den Freiwilligen insbesondere die Einzigartigkeit bzw. Unterschiedlichkeit der Betroffenen hervorgehoben, wobei diesbezüglich von einer Freiwilligen kritisch auf die Unzulänglichkeit medizinischer Kategorisierungsversuche hingewiesen wird. Eine intensive Beschäftigung mit den Betroffenen im Sinne eines Kennenlernens sei notwendig, um auch die individuellen Bedürfnisse der Person einschätzen zu können. Die Individualität der Betroffenen gehe trotz der Krankheit nicht verloren. Dabei werden Menschen mit Demenz zum einen als „ganz normale Leute“ beschrieben, zum anderen werden sie als sehr sensibel wahrgenommen – „man kann ihnen nichts vorspielen“ und muss ihnen selbst mit sehr viel Sensibilität begegnen.

Einschätzung zur Wahrnehmung des sozialen Umfelds

B5: „Ahm ja also jemand, der dann nicht schon ein bisschen Erfahrung damit hat, vor allem in unserem Alter also so 20 bis 30, hat ein bisschen mehr Schwierigkeiten, sich etwas darunter vorzustellen. Sowohl von der Krankheit her als auch vom Umgang, dass sie einen spezielleren Umgang brauchen als jemand, der jetzt wieder eine andere Krankheit hat“ (I5, 3/31-35).

Ein Großteil der Freizeitbuddys berichtet, dass die Reaktionen ihres unmittelbaren sozialen Umfelds auf ihre Tätigkeit im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz bislang durchwegs positiv waren, wobei von einer Freiwilligen Bedenken in Bezug auf die Ehrlichkeit ihrer Mitmenschen in Verbindung mit dem Aspekt sozialer Erwünschtheit geäußert werden. Abgesehen davon erzählen die Freiwilligen, dass ihr soziales Umfeld oftmals überrascht reagiere, wenn es erfährt, dass sich im Projekt auch sehr junge betroffene Teilnehmer*innen befinden, da Demenz mit Personen im höheren Alter in Verbindung gebracht wird. Eine Freiwillige berichtet, dass sie zwar von ihrer Familie durchaus positive Reaktionen in Bezug auf ihre Freiwilligentätigkeit erhält, gleichaltrige Personen aus dem Freundeskreis hingegen eher mit Verständnislosigkeit reagieren, was die Befragte wiederum auf fehlende Berührungspunkte zurückführt. Eine weitere Interviewte erzählt, sie müsse sich hin und wieder für ihr Hobby – das Projekt Freizeitbuddys bei Demenz – rechtfertigen, da ihr soziales Umfeld die Freiwilligentätigkeit als *Arbeit* einstuft und kaum zu verstehen scheint, dass mit dieser Tätigkeit auch Spaß seitens der Buddys verbunden ist.

Einschätzung zur Wahrnehmung der Gesellschaft

B6: „Ich glaube, ein Punkt, der mir einfallen würde, den ich auch so ein bisschen damit verbinden kann, was ich mir erwartet habe, so den Eindruck, den ich mir von dementen Personen erwartet habe, das auch der allgemeingesellschaftliche Eindruck sein könnte, also das ist meine Vermutung. Dass Menschen mit Demenz die Persönlichkeit, die Integrität einfach so das, was einen sozialen Menschen ausmacht, fehlt. Dass man sich da vielleicht vorstellt, es ist nur mehr quasi eine leere Hülle, die verwirrt ist und vergisst. Und so einen Eindruck hat, weil man vielleicht durch den fehlenden Kontakt zu den Personen, diese anderen Facetten nicht sieht dabei“ (I6, 3/33-40).

Angesichts der Einschätzung in Hinblick auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit Demenz stimmen alle Freizeitbuddys überein, dass Betroffene in der Öffentlichkeit kaum bis überhaupt nicht wahrgenommen werden – vor allem, wenn es sich um sehr junge demenzbetroffene Personen handelt. Diese würden eher als „komisch“, „betrunken“ oder

„verrückt“ abgestempelt werden. Ältere Menschen werden generell als Randgruppe identifiziert, wobei „Alt-Sein“ sowie die Auseinandersetzung mit dem Tod als „nicht so schöne Themen“ beschrieben werden. Daher rührt die Auffassung, dass sich kaum jemand mit dem Phänomen Demenz auseinandersetzen will, sofern man nicht selbst in irgendeiner Hinsicht betroffen ist. Einige Freizeitbuddys erzählen von Beobachtungen im öffentlichen Raum wie beispielsweise in Supermärkten, durch welche sie den Eindruck erhalten hätten, dass kaum Bewusstsein in der Bevölkerung in Bezug auf die Demenzproblematik herrsche, wobei dies auf mangelnde Informationen und fehlenden Kontakt zu den Betroffenen zurückgeführt wird. Auch Aspekte wie fehlende Barrierefreiheit in öffentlichen Bereichen oder die mediale Darstellung von Personen mit Demenz beispielsweise in Hollywood-Filmen, welche ein verzerrtes Bild von Demenz wiedergeben würden, werden von den Befragten kritisiert und mit einem fehlenden Bewusstsein in der Gesellschaft in Verbindung gebracht.

Einschätzung zur Wahrnehmung der Angehörigen

B2: „Genau und ich sehe es eben als Vorteil, dass ich die Leute früher nicht gekannt habe. Ich würde mir sicherlich bei meinen eigenen Verwandten schwerer tun, weil ich einfach sehe was sie verloren habe, als bei einem Fremden, den ich erst dann kennengelernt habe, wie er schon krank war. Weil da sehe ich nicht was sie verloren haben und hier bin ich der Überzeugung, dass ich mir dadurch leichter tue“ (I2, 6/40-7/2).

Bezogen auf die Wahrnehmung der Angehörigen äußern die Freiwilligen die Vermutung, dass sich viele Angehörige für die Symptome, welche zum Beispiel durch verändertes Verhalten der Betroffenen sichtbar werden, in der Öffentlichkeit schämen würden. In weiterer Folge würden sich viele Angehörige beispielsweise mit ihren betroffenen Partner*innen eher aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Eine weitere wichtige Beobachtung scheint die Unterscheidung zwischen der Wahrnehmung in Bezug auf die demenzbetroffene Person als deren Angehörige*r und jener als *außenstehender* Person. So erwähnen zwei der befragten Freizeitbuddys, dass ihre Eltern bereits erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden, der Umgang mit ihnen aber im Vergleich zu den Betroffenen im Projekt deutlich schwieriger erscheint. Diesen Umstand führen die Befragten auf die persönliche emotionale Verstrickung und die Tatsache zurück, dass sie die Betroffenen aus dem Projekt bereits mit der Diagnose kennengelernt hätten und somit mögliche Veränderungen nicht unmittelbar wahrnehmen würden, da kein Vergleich zu früheren Verhaltensweisen der Betroffenen vorliegt.

Einschätzung zur Wahrnehmung der Betroffenen

B6: „Also zu den zwei Personen, mit denen ich bisher am meisten Kontakt hatte, fällt mir stark auf, dass sie sehr positiv damit umgehen. Also beide Personen waren immer sehr gut gelaunt. Eine von den Personen hat ein gewisses Bewusstsein über diese Erkrankung und lässt sich aber doch davon nicht wirklich einschränken, also ist noch sehr aktiv“ (I6, 3/16-19).

Hinsichtlich der Betroffenenperspektive haben vier der befragten Freizeitbuddys den Eindruck, dass viele der betroffenen Projektteilnehmer*innen sehr gut mit ihrer Demenzdiagnose umgehen können, wobei Begriffe wie „Coping, Anpassungsfähigkeit“ und „lernen, mit der Situation umzugehen“ mit dieser Einschätzung in Verbindung gebracht werden. Grundsätzlich haben alle Freizeitbuddys den Eindruck, dass die Betroffenen selbst wesentlich besser bzw. „leichter“ mit der Situation umgehen können als ihre Angehörigen.

UK 3.2 aktuelles Wissen über Demenz

B1: „Und ich habe aber gemerkt und das ist meine Überzeugung, dass es gar nicht so schlecht war, das nicht mehr zu wissen, weil man viel unvoreingenommener mit den Menschen umgeht und auf sie zugeht, wenn man nicht weiß, was hat der für eine Art von Demenz. Weil, man lernt natürlich okay, was gibt es für Arten und diese Ärztin glaube ich war das, die hat das ein bisschen verwirrend auch gemacht. Und ich habe mir gedacht, na bist du narrisch, da gibt es so viele Arten und das ist das und ich kenne auch die Begriffe, also ich kenne sie schon, aber ich könnte dir das jetzt alles nicht mehr wiedergeben“ (I1, 8/30-37).

In Bezug auf den aktuellen Stand ihres Wissens zum Thema Demenz geben die Befragten an, durch den Qualifizierungskurs der Caritas Pflege „Begleitung von Menschen mit Demenz“ sehr viel Neues im Vergleich zu ihrem vorherigen Wissensstand gelernt zu haben. Dabei reicht das Wissen von medizinischen Grundlagen bis hin zu praktischem Wissen, welches die Freiwilligen im Zuge ihrer Tätigkeit als Freizeitbuddys erworben haben. Zum Teil erwähnen die Freizeitbuddys, dass sie die Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen, welche auf der Vermittlung medizinischen Fachwissens basierten, zwar als interessant empfunden hätten, im Laufe der Zeit allerdings einiges vergessen hätten bzw. dieses Wissen mittlerweile als weniger relevant oder sogar hinderlich in Hinblick auf die Praxis und somit den Umgang mit den Betroffenen einschätzen.

UK 3.3 aktuelle Erfahrungen als Freizeitbuddy

B5: „Also da kann ich mich erinnern, da waren wir einmal im Haus des Meeres und da war eine Dame, die habe ich schon von der Zeitreise gekannt und die ist normalerweise sehr zurückhaltend. (...) Und im Haus des Meeres ist sie von Aquarium zu Terrarium, zu den Affen gegangen, Schildkröten und so und die hat sich einfach voll gefreut: Und die hat die ganze Zeit gesagt, was sie so sieht und die Quallen und das hat sie voll fasziniert. Und das ist einfach schön, wenn man das sieht, dass die Leute dann doch ein bisschen aus sich rausgehen“ (I5, 5/1-9).

Positive Erfahrungen, welche im Zuge des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz gemacht wurden, beziehen sich in erster Linie auf die unterschiedlichen Ausflüge, die entweder im Einzel- oder Gruppensetting unternommen wurden. Dabei spielt vor allem der Aspekt, dass auch die Betroffenen eine schöne Zeit verbringen und das Gefühl, man hätte als Freizeitbuddy etwas bewirkt, eine entscheidende Rolle.

Negative Erfahrungen umfassen Situationen, in denen sich die Befragten überfordert fühlten, da sie ihre persönlichen Grenzen nicht verdeutlichen konnten, sofern Betroffene ihnen gegenüber aggressiv waren oder beleidigende sowie anzügliche Bemerkungen fallen ließen. Auch Situationen, in denen die Freiwilligen unsicher im Umgang mit Betroffenen waren, da diese sehr emotional wurden oder bei gemeinsamen Ausflügen fremden Personen wie beispielsweise anderen Museumsbesucher*innen gegenüber unangemessen reagierten, werden als große Herausforderungen beschrieben.

HK 4 – Reflexion – persönliche Veränderungen

Leitfrage: Welche Veränderungen können die Interviewten an sich festmachen?

Kategoriendefinition: Sämtliche Erzählungen, welche einen Vergleich zwischen der Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz und der heutigen Situation beinhalten bzw. mit einer Reflexion der Interviewpartner*innen einhergehen und so ggf. soziale Lern- und Bildungsprozesse aufzeigen. Zum einen werden in dieser Kategorie *allgemeine persönliche Veränderungen* (UK 4.0) dargestellt, zum anderen werden die Veränderungen in Bezug auf die *Einstellungen und Vorstellungsbilder* (UK 4.1) sowie im *Umgang mit Menschen mit Demenz* (UK 4.2) erfasst. Abschließend werden *subjektive Änderungstheorien* (UK 4.3) zusammengefasst.

UK 4.0 Allgemeine Veränderungen

B4: „Ja für mich relativieren sich manche Sachen. Also auch wenn es jetzt in meiner Arbeit stressig ist, denke ich mir okay, das ist zwar stressig, gewisse Dinge sind herausfordernd, auch, wenn man manches nicht immer schafft. Aber im Grunde ist es gar nicht so wichtig, weil man dann zum Beispiel so wie diesen Mittwoch, es ist Stress in der Arbeit und am Nachmittag gehe ich dann zu den Freizeitbuddys, ja da ist halt alles auf das Einfachste beschränkt (...) das manche Dinge dann, die eigentlich jetzt für einen wichtig sind oder vielleicht ja Erfolg, Beruf, im Endeffekt dann auch nur ein Teil davon sind. (...) Ja, dass man halt diesen Ausgleich hat, den ich habe und Dinge wieder anders sieht, man wird so rausgerissen aus dem Alltag“ (I4, 8/30-9/5).

Zum einen identifizieren die Freiwilligen eine allgemeine Sensibilisierung gegenüber dem Phänomen Demenz auch außerhalb des Projekts. Personen, welche laut den Einschätzungen der Interviewten dement sein könnten, werden in der Öffentlichkeit mehr wahrgenommen, z.B. im Supermarkt oder im Arbeitskontext. Es wird auch mehr auf ältere Personen, die evtl. Hilfe benötigen, zugegangen, wobei die Freiwilligen von ihrer grundsätzlich offeneren Haltung gegenüber anderen Menschen berichten. Außerdem erwähnen drei der Freizeitbuddys, dass sich für sie im Zuge der Freiwilligentätigkeit auch ein Wandel im persönlichen Wertesystem eingestellt habe. So werden manche Wertigkeiten im eigenen Leben wie Beruf und Erfolg relativiert, wobei zwei der Befragten verdeutlichten, dass durch das Projekt die Möglichkeit bestünde, aus der Welt der Leistungsorientierung, Schnelligkeit und dem Leistungsdruck vorübergehend auszuweichen. Durch die Teilnahme am Projekt würden sie aus dem Alltag ausbrechen können und wieder auf den „Boden der Tatsachen“ zurückgeholt werden. Die Tätigkeit im Projekt zeige ihnen, was für sie persönlich im Leben wesentlich sei, wodurch sich bei manchen Bescheidenheit einstelle. So tragen die erzählten Lebensgeschichten und geteilten Erfahrungen der Betroffenen im Projekt dazu bei, die eigenen Möglichkeiten mehr schätzen zu lernen, wobei dies laut den Aussagen eines Freizeitbuddys in seinem Fall insbesondere auf den Generationenunterschied zurückzuführen ist.

UK 4.1 Veränderung bezüglich Einstellungen/ Bildern

B4: „Ja, das ist so, wenn man sich damit beschäftigt, man hat keine Berührungsängste mehr. Man kann sich darunter etwas vorstellen. Und ich es jetzt nicht als schlimm empfinde, wenn jemand sagt, er hat Demenz. Also natürlich ist es keine einfache Krankheit aber das haben viele Krankheiten an sich, das ist normal, dass Krankheit, dass es halt nicht etwas Positives ist. Aber man kann lernen, damit umzugehen.“ (I4, 10/1-5)

Alle befragten Freizeitbuddys sprechen davon, dass sich ihr Bild von Demenz sowie den davon betroffenen Personen seit Beginn des Freiwilligeneinsatzes verändert habe. Von denjenigen, welche zuvor keine Berührungspunkte mit der Thematik hatten, bis zu jenen Personen, welche bereits selbst als Angehörige mit Demenz in Berührung gekommen sind. Die Freizeitbuddys stellen fest, dass Berührungsängste abgebaut werden konnten und Demenz zwar nach wie vor als Krankheit wahrgenommen wird, dies aber nichts Negatives sei, da die Freiwilligen im Zuge ihrer Tätigkeit im Projekt gesehen hätten, wie gut einige der Betroffenen damit umgehen würden. So konnte beispielsweise das Bild, Demenzbetroffene würden wieder zu Kindern werden, nicht bestätigt werden – sie werden als erwachsene Personen mit eigener Lebensgeschichte und einer großen Fülle an Lebenserfahrung wahrgenommen und nicht mehr als „leere Hüllen“. Die Facetten der Persönlichkeit und die Eigenheiten jeder Person werden nun ins aktuelle Demenzbild integriert. Auch die Unterscheidung zwischen verzerrten Hollywood-Darstellungen zum Thema Demenz und der Realität sei mittlerweile möglich. Eine Freiwillige spricht in diesem Zusammenhang auch von Bewunderung, da die Betroffenen ihrer Ansicht nach „absolut im Moment leben“ würden und dies in der heutigen Zeit der Schnelldigkeit kaum noch einem Menschen möglich sei.

UK 4.2 Veränderungen im Umgang mit Betroffenen

B2: „Ja am Anfang war es sicher Nervosität. Wie verhalte ich mich, verhalte ich mich richtig? Obwohl es kein richtig und kein falsch gibt (lacht). Aber trotzdem, wie gehe ich auf ihn zu, wie gehe ich auf die Leute zu, was mache ich mit ihnen. Also diese Berührungsängste habe ich jetzt nicht mehr. Also es ist sicher, man muss sich bei jedem neu einstellen, aber ich habe keine Berührungsängste mehr. Und ich gehe eigentlich auf diese Menschen möglichst normal zu und schaue, dass ich die Krankheit möglichst nebenbei lasse und versuche mit denen normal zu reden und mich mit denen normal zu unterhalten. Und auch wenn er dreimal dasselbe sagt, dann sagt er dreimal dasselbe und dann frage ich dreimal dasselbe, aber das ist auch okay. Aber ja ich schaue, dass es möglichst zu einer Unterhaltung kommt und dass die Leute möglichst viel erzählen können und das war sicher am Anfang, sicher sehr viel Berührungsängste und auch Nervosität“ (I2, 6/16-26).

B4: „Mhm die Berührungsängste sind weniger geworden, man achtet mehr, wie sich jemand verhält, also man kann das schon besser einschätzen. Also mir kommt vor dieser Einstieg ist dann leichter, auch wenn jemand Neues da ist, weil es einfach einfacher ist, ja. Und ich achte selber halt mehr darauf, wie ich dann also, wie ich agiere. Ich versuche dann auch immer so zu reflektieren ab und zu, okay hat das jetzt gepasst in der Situation oder hätte ich etwas anders machen können. Ähm ja, also man geht einen Schritt zurück selbst“ (I4, 9/19-29).

Grundsätzlich schätzen die Freiwilligen ihren Umgang mit Menschen mit Demenz verglichen mit dem Beginn des Freiwilligeneinsatzes als achtsamer ein. Man habe mittlerweile eine Art „Feingefühl“ für die Bedürfnisse der Betroffenen entwickelt, vor allem aber würde auch in der Kommunikation mit den Betroffenen mehr darauf geachtet werden, wie etwas formuliert wird bzw. wie das Gegenüber auf das Gesagte reagiert. Zeit und Geduld spielen hierbei auch eine große Rolle. Der Austausch mit den Betroffenen wird als reziprok und gleichwertig wahrgenommen – „da kann auch viel zurückkommen“. Anfängliche Unsicherheiten und Nervosität seien mittlerweile kaum noch Thema, da Berührungsängste nicht mehr vorhanden seien und versucht werde, die Krankheit „bei Seite zu lassen“ bzw. möglichst „normal“ auf die Betroffenen zuzugehen. Obwohl an anderer Stelle betont wird, dass es keine wirkliche Sicherheit im Umgang mit Betroffenen geben könne, da die Situationen sowie die Personen einzigartig seien, wird einigen Freiwilligen aber in der Rückschau bewusst, dass der Erfahrungsschatz dennoch zu einer vermehrten Sicherheit bzw. einem stärkeren Selbstbewusstsein im Umgang mit Betroffenen beitragen würde. Hierbei werden vor allem Offenheit und Flexibilität als notwendige Qualitäten im Umgang mit Betroffenen betont. Erfahrungen mit Menschen mit Demenz, welche vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes von manchen Freizeitbuddys gemacht wurden, werden aus heutiger Sicht anders bewertet bzw. wird von den Befragten erwähnt, dass sie ihr damaliges Verhalten den Betroffenen gegenüber rückblickend anders gestaltet hätten.

UK 4.3 Subjektive Änderungstheorien

B2: „Naja Erfahrung. Erfahrung mit den Leuten, dadurch dass ich ja vorher keine Erfahrung gehabt habe, nur was ich gehört habe und viel auch durch die Schulungen sicher. Also auch durch die Schulungen und die Weiterbildungen die es immer wieder gibt auch das“ (I2, 7/9-11).

Bei der Frage, was ihrer persönlichen Einschätzung nach zu den zuvor genannten Veränderungen beigetragen habe, erwähnen die Freizeitbuddys zum einen die Ausbildung in Form der Schulungen, welche sie bei der Caritas im Zuge des Qualifikationskurses absolviert hatten. An dieser Stelle wird dem theoretisch-medizinischen Wissen, welches zum Teil in den Kursen vermittelt wurde, allerdings weniger Gewichtung beigemessen. Viel eher hätten praxisorientierte Module zu den persönlichen Änderungen im Umgang mit den Betroffenen sowie zu einer Veränderung der Einstellungen ihnen gegenüber beigetragen. Dabei werden beispielsweise jene Module hervorgehoben, in denen Ausflugsziele vorab von den Freiwilligen erkundet wurden,

um anschließend im Team zu besprechen, welche Aspekte bei einem gemeinsamen Gruppenausflug zu beachten wären bzw. wo es zu möglichen Herausforderungen kommen könnte – wie zum Beispiel in Bezug auf die Barrierefreiheit. Diese Kurse hätten dazu beigetragen, sich besser in die Perspektive der Betroffenen hineinzuversetzen und somit einen sensibleren Blick auf das Phänomen Demenz zu erhalten. Zum anderen wird die Erfahrung an sich, welche die Freiwilligen in der Praxis und somit im Umgang mit den Betroffenen gewinnen konnten, besonders hervorgehoben, wenn es um subjektive Änderungstheorien geht. Der Austausch mit den Betroffenen selbst, anderen Freiwilligen sowie mit den Projektleitungen und -koordinator*innen habe dazu beigetragen, dass sich die Sichtweisen auf das Phänomen Demenz sowie der Umgang mit den Betroffenen verändert hätten.

NK 2 – Ausblick

Leitfrage: Was muss sich aus Sicht der Interviewten aktuell in der Gesellschaft in Bezug auf die Demenzthematik ändern und welche Ideen haben die Interviewten, wie es zu dieser Veränderung kommen könnte?

Kategoriendefinition: Sämtliche Einschätzungen zur Frage, was sich aktuell in Bezug auf die Demenzthematik ändern müsse und mögliche Ideen, wie es zu dieser Änderung kommen könnte.

B2: „Es braucht einfach mehr Aufklärung. Also das müsste man ins Volk bringen also einfach, es ist nichts Schlimmes, es ist nichts Ansteckendes, es ist leichter als Corona (lacht)“ (I2, 10/13-14).

B5: „Mhm schwierige Frage, aber ich finde persönlich Demenz, also man ist mit vielen Krankheit natürlich einfach nicht befasst, bis man das mitkriegt persönlich. Also in der Familie oder wirklich am eigenen Leib, das ist mit Demenz nicht anders. Und man glaubt oft, dass es auch wirklich nur ältere Leute betrifft oder wirklich alte Leute, 90 plus oder so. Und ich glaube, da setzt man teilweise schon ein bisschen falsch an, dass man eben nur Angehörige informiert und nicht generell die Öffentlichkeit informiert. Wenn Angehörige betroffen sind, ist es schon zu spät, sich zu informieren. (...) Da fände ich es zum Beispiel sehr sinnvoll, auch im Zuge der Ausbildung es zu machen, schon in der Schule zum Beispiel (...) wenn man einfach schon früher ansetzt und nicht erst, wenn jemand betroffen ist als Angehörige oder selbst, da ist es einfach oft schon zu spät glaube ich, ja“ (I5, 9/16-38).

In Hinblick auf die aktuelle gesellschaftliche Wahrnehmung des Demenzphänomens betonen die Interviewten, dass es mehr Aufklärungsarbeit bedarf. Einerseits Aufklärung darüber, dass auch jüngere Menschen von Demenz betroffen sein können, dass Demenz nichts „Schlimmes“

sei bzw. auch als „normal“ angesehen werden sollte. Andererseits Aufklärung darüber, dass Betroffene dennoch spezielle Bedürfnisse haben, die in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden. Hier gilt es, auch mehr Informationen an Geschäfte, Betriebe und Institutionen weiterzugeben, wobei von den Freizeitbuddys die Vorgehensweise der Caritas als Vorbild hervorgehoben wird. Einer der Interviewten wurde dazu bereits selbst aktiv, indem er Informationsbroschüren an Apotheken verteilte, welche sowohl für die Mitarbeiter*innen, als auch für die Kund*innen zur Verfügung standen. Mehr öffentliche Veranstaltungen, bei denen auch Betroffene als Expert*innen zu Wort kommen, sollen laut Ansicht eines Freiwilligen dazu beitragen, das Defizitbild einer Demenz zu ändern und das Verständnis der Gesellschaft für die Bedürfnisse der Betroffenen zu fördern. Auf der anderen Seite betont eine Freiwillige, dass Aufklärung und Information ihrer Ansicht nach zwar wichtig seien, dennoch kein allzu großes „Bahö“ darum gemacht werden sollte – so könne es evtl. gelingen, die Krankheit eines Tages nicht mehr als Krankheit zu sehen, sondern als Teil des Alterungsprozesses anzuerkennen. Konfrontation in Form von Kontakt zu den Betroffenen wird auch als mögliche Strategie genannt, die Gesellschaft aufmerksamer in Bezug auf die Demenzproblematik zu machen. Die Wichtigkeit einer möglichst frühen Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz wird ebenfalls betont. Diese sollte beispielsweise bereits im Zuge der Schulbildung stattfinden und nicht erst, wenn jemand im unmittelbaren sozialen Umfeld erkrankt. Sobald man selbst als Person oder auch als Angehörige*r betroffen ist, wäre der Blick verzerrt, vermutet eine der Freiwilligen, welche selbst im persönlichen Umfeld mit dem Phänomen Demenz konfrontiert wurde.

5. Diskussion & Beantwortung der Forschungsfrage

Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse der Datenauswertung gilt es nun, diese zu diskutieren und in Hinblick auf die forschungsleitende Frage unter Bezugnahme auf die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit zu interpretieren. Im Zentrum steht dabei die Beantwortung der eingangs gestellten Frage, *wie sich soziale Lern- und Bildungsprozesse für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen im Rahmen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz der Caritas Pflege Wien gestalten.*

Die Theorie sozialer Lernprozesse wurde im Rahmen dieser Masterarbeit als Möglichkeit aufgegriffen, der Exklusion von Menschen mit Demenz entgegenzuwirken und den Inklusionsprozess der Zielgruppe zu fördern. Wie sich dieser Prozess seitens der befragten Freizeitbuddys gestaltet, wird nun mit Hilfe der zuvor dargestellten Ergebnisse gezeigt bzw. unter

Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen dieser Masterarbeit diskutiert. Dazu soll zunächst die Definition sozialen Lernens erneut in Erinnerung gerufen werden. Soziale Lernprozesse zeichnen sich demzufolge durch den *aktiven* und *intentionalen Erwerb sozial-emotionaler Kompetenzen* bzw. *kultureller Fähigkeiten, Verhaltens- und Denkweisen* durch die *Begegnung* mit einem Gegenüber aus.

Bei näherer Betrachtung dieser Definition wird deutlich, dass die Tatsache, dass sich diese Lernprozesse durch den *Erwerb* bestimmter Kompetenzen, Fähigkeiten, Verhaltens- und Denkweisen auszeichnen, impliziert, dass es zunächst der Untersuchung einer Ausgangssituation bedarf, in welcher jene Kompetenzen (noch) nicht vorhanden sind. Dieser Aspekt wird durch die Kategorien *Vor dem Freiwilligeneinsatz* (HK1) sowie *Beginn des Freiwilligeneinsatzes* (HK2) abgedeckt und dient dem Vergleich zu den Kategorien *Aktuelle Perspektiven* (HK3) der Freiwilligen sowie der *Reflexion* (HK4) in Bezug auf persönliche Veränderungen. Mit Hilfe dieser vierten Kategorie zur *Reflexion* wurden die Freiwilligen dazu aufgefordert, ihre persönlichen Lernprozesse erneut darzustellen und durch einen Vergleich zu der Zeit vor ihrem Freiwilligeneinsatz persönliche Änderungen zu reflektieren, wodurch wiederum Bildungsprozesse zum einen angeregt, zum anderen sichtbar gemacht werden konnten. Die Frage nach den Bildungsprozessen gilt es an späterer Stelle zu diskutieren, zuvor stehen allerdings die sozialen Lernprozesse der Befragten im Vordergrund.

Bei der Frage nach der Gestaltung sozialer Lernprozesse der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen scheint es an diesem Punkt sinnvoll, die unterschiedlichen Aspekte der dargelegten Definition sozialen Lernens einzeln zu betrachten. Zu Beginn gerät demnach der *aktive* und *intentionale Erwerb* der Kompetenzen, Fähigkeiten, Verhaltens- und Denkweisen in den Blick. Hierbei scheinen insbesondere der *Zugang* zum Projekt bzw. die damit einhergehende *Motivation*, sich ehrenamtlich im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz zu engagieren, von Bedeutung. Um herauszufinden, inwiefern die Kriterien des *aktiven* und *intentionalen* Erwerbs auch bei den befragten Freizeitbuddys erfüllt sind, wurde nach den Beweggründen des Freiwilligenengagements gefragt, wodurch – wie in UK 1.4 *Zugang* veranschaulicht – jene Kriterien deutlich sichtbar wurden. Zusätzlich zu diesem Aspekt wird eine Verknüpfung zu dem von Cloerkes (2007, 147) angesprochenen Faktor der *Freiwilligkeit* bezüglich des Kontakts mit Betroffenen und dem damit einhergehenden Potenzial der Änderung sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung (Demenz) vorgenommen. Der Aspekt der Freiwilligkeit geht laut Cloerkes (ebd.) mit der Bereitschaft einher, „seine Haltung ändern zu wollen“, was wiederum mit der Annahme eines *aktiven* und *intentionalen Erwerbs* gewisser Kompetenzen kompatibel

erscheint. Dadurch, dass sich die Freizeitbuddys *ehrenamtlich* im Projekt engagieren, scheint sich die Frage nach der *Freiwilligkeit* bei den Interviewpartner*innen zu erübrigen. Im Zuge der Interviews wurde diesbezüglich – wie in UK 1.5 *Erwartungen* dargestellt – die offene und neugierige Grundhaltung der Befragten bzw. das Interesse am Gegenüber – zu erkennen in der Kategorie UK 1.4 *Zugang* – sowohl explizit als auch implizit hervorgehoben.

An zweiter Stelle soll der Erwerb gewisser *Denkweisen* näher betrachtet werden. Unter der Bezeichnung Denkweisen werden an dieser Stelle die *Einstellungen* gegenüber dem Phänomen Demenz sowie davon betroffener Personen verstanden. Hierbei sei erneut auf die drei Einstellungskomponenten in Anlehnung an Cloerkes (2007, 104) verwiesen – die *kognitive*, die *affektive* sowie die *konative* Komponente. In Bezug auf die Frage nach dem Erwerb dieser Denkweisen lohnt es sich, insbesondere einen Blick auf die Kategorien UK 1.1 *Wissen über Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz*, UK 1.3 *Demenzbilder vor dem Freiwilligeneinsatz*, UK 1.4 *Zugang zum Projekt*, UK 3.1 *aktuelle Wahrnehmung des Demenzphänomens*, UK 3.2 *aktuelles Wissen über Demenz* sowie UK 4.1 *Veränderungen bezüglich Einstellungen/ Bildern* zu werfen.

Auf der *kognitiven* Ebene der Einstellungen, welche zunächst mit den Kategorien hinsichtlich des *Wissens über Demenz* in Verbindung gebracht werden kann, berichten die Freiwilligen von einem *Wissenszuwachs*, wodurch der *Erwerb* von Wissen verdeutlicht wird. Dieses Wissen bezieht sich in geringem Ausmaß auf fachmedizinische Informationen. Viel eher wird in diesem Zusammenhang von einem eher *praktischen* Wissen gesprochen, wie etwa welche Aspekte es im Rahmen der Begegnung mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen gilt. Außerdem wird ein gesteigertes Bewusstsein bezüglich der Thematik deutlich. Dabei erwähnt ein Teil der Interviewten, dass sie – verglichen mit der Zeit vor ihrem Freiwilligeneinsatz – mittlerweile durch die Erfahrungen im Projekt ein konkreteres Bild hinsichtlich des Demenzphänomens hätten, was wiederum für den achtsamen Umgang mit den Betroffenen als notwendig erachtet wird.

Ein weiterer Aspekt, welcher der *kognitiven* Ebene zugeordnet wird, ist jener der zuvor bereits angedeuteten *Wahrnehmung* des Demenzphänomens sowie damit einhergehender *Vorstellungsbilder*. Nicht nur die persönliche Wahrnehmung in Hinblick auf Demenz in der Öffentlichkeit scheint sich laut den Aussagen der Befragten verändert zu haben – so ist beispielsweise von einem „schärferen Blick“ die Rede – ,sondern auch die Art und Weise, wie Menschen mit Demenz wahrgenommen werden. Im Vergleich zu den Demenzbildern, welche vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes bei manchen Freizeitbuddys vorherrschend waren und welche zum Teil mit den beschriebenen Defizitbildern von Wißmann (2015, 54) übereinstimmten, scheinen sich

diese – wie in UK 4.1 *Veränderungen bezüglich Einstellungen/ Bildern* verdeutlicht – sehr zum Positiven gewandt zu haben.

Rückschlüsse auf die *affektive* Komponente der Einstellungen der Befragten lassen sich zum einen in der Kategorie UK 1.4 *Zugang zum Projekt* finden, in welcher die *Motivation* am Projekt teilzunehmen sowie die Frage nach dem persönlichen *Gewinn* für die Freizeitbuddys zentral sind. Hier betonen die Interviewten, dass ein „gutes Gefühl“ für sie Voraussetzung sei, um sich freiwillig in dem ausgewählten Projekt zu engagieren. Diese positiven Gefühle werden zum einen durch den berichteten „Spaß“ an den Ausflügen und gemeinsamen Aktivitäten mit den Betroffenen verdeutlicht, zum anderen durch die Tatsache, dass die Freizeitbuddys der Ansicht sind, dass ihre Freiwilligentätigkeit auch im Gegenüber etwas Positives bewirkt und die Betroffenen die gemeinsame Zeit somit ebenfalls genießen. Durch jene Kategorien, welche die gesammelten *Erfahrungen* im Umgang mit Menschen mit Demenz umfassen, lassen sich weitere Aspekte der affektiven Komponente identifizieren. So scheint sich die Qualität dieser Komponente von anfänglichen Berührungsängsten sowie Unsicherheit in Hinblick auf die Begegnung mit Menschen mit Demenz, hin zur Freude an der Tätigkeit als Freizeitbuddy im Zuge des Freiwilligeneinsatzes positiv verändert zu haben. Anzumerken gilt es an dieser Stelle, dass negative Erfahrungen im Rahmen der Freiwilligentätigkeit zwar mit negativen Gefühlen der Freizeitbuddys einhergingen, von allen Interviewten allerdings die positiven Erfahrungen als überwiegend hervorgehoben wurden. Auch die Tatsache, dass die Freiwilligen betonten, immer wieder gerne zu den gemeinsamen Treffen zu kommen und dies zum Teil als „Ausbrechen aus dem Alltag“ beschrieben wird, lässt auf eine positiv konnotierte affektive Komponente der Einstellung gegenüber Menschen mit Demenz schließen.

Die *konative* Komponente der Einstellungen spiegelt sich in Aussagen wider, welche das persönliche Ziel der Freiwilligentätigkeit umfassen. So ist bei den Freizeitbuddys die Rede davon, dass sie den Betroffenen „etwas Gutes tun“ wollen, indem sie ihnen durch die Ausflüge und gemeinsamen Aktivitäten eine „schöne Zeit“ ermöglichen. Die Handlungstendenzen bzw. Handlungsintentionen scheinen demnach ebenfalls durchwegs positiv zu sein. Bei dieser Einstellungskomponente kann aus den erhobenen Interviewdaten allerdings kein Vergleich zu der Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz gezogen werden, wodurch keine Rückschlüsse auf eine qualitative Änderung möglich sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass – vor allem in Hinblick auf die *kognitive* sowie die *affektive* Komponente der Einstellungen der Freizeitbuddys – ein Erwerb gewisser Denkweisen im Sinne „positiver Bewertungen ... in Bezug auf ein soziales Objekt“ (Cloerkes

2007, 104) erkennbar ist. Dabei sei angemerkt, dass nicht davon ausgegangen wird, dass die Einstellungen der Freiwilligen vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes vorwiegend negativ konnotiert waren. Nichtsdestotrotz kann durch den Vergleich mit den Aussagen, welche die Zeit vor der Freiwilligentätigkeit betreffen, angenommen werden, dass die Qualität der Einstellungen im Zuge des Freiwilligenengagements viel deutlicher in den positiven Bereich gerückt scheint als zuvor.

Inwiefern sich eine Änderung im tatsächlichen Verhalten der Freiwilligen den Betroffenen gegenüber erkennen lässt, soll im nachfolgenden Absatz geklärt werden, wobei erneut darauf hingewiesen werden soll, dass angesichts der theoretischen Vorüberlegungen lediglich ein begrenzter Zusammenhang zwischen der Einstellungsebene sowie den tatsächlichen Verhaltensweisen anzunehmen ist (Cloerkes 2007, 113).

Der dritte Punkt, welchen es in Anbetracht der vorliegenden Definition sozialer Lernprozesse näher zu betrachten gilt, betrifft den Erwerb *sozial-emotionaler Kompetenzen, kultureller Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen*. Diese drei Faktoren lassen sich im *Umgang* mit den Betroffenen wiederfinden. Bei näherer Betrachtung der Kategorien UK 1.2 *Erfahrungen mit Menschen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz*, UK 2.1 *Erste Eindrücke/ Erfahrungen im Projekt*, UK 2.2 *Reflexion bezüglich Erwartungen*, UK 3.3 *aktuelle Erfahrungen als Freizeitbuddy* und insbesondere UK 4.2 *Veränderungen im Umgang mit Betroffenen* wird deutlich, dass die Interviewten von speziellen Verhaltensweisen sprechen, welche sie sich im Umgang mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, im Laufe ihrer Tätigkeit als Freizeitbuddys angeeignet haben. Die Freiwilligen erkennen die persönlichen Änderungen in ihrem Verhalten gegenüber Personen mit Demenz im Vergleich zu der Zeit vor ihrem Freiwilligeneinsatz und sprechen von einem sensibleren und achtsameren Umgang, bei welchem versucht wird, auf die Bedürfnisse des Gegenübers einzugehen. Auch die beiden Interviewten, welche bereits vor Projektbeginn Erfahrungen mit Betroffenen gesammelt haben, sprechen aus heutiger Sicht von mehr Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Personen sowie dem Abbau von anfänglichen Berührungsängsten.

In Hinblick auf die im ersten Teil der Arbeit diskutierten Theorien bezüglich möglicher Ursachen der Exklusion von Menschen mit Demenz bzw. die sogenannten „originären Reaktionen“ (Cloerkes 2007, 119), welche zu exkludierenden Verhaltensweisen führen, geht aus den Interviews hervor, dass die Abweichung der von Demenz betroffenen Personen vom gesellschaftlichen Werte- und Normensystem, welche in Kapitel 2.1.2 im Zuge möglicher Exklusionsursachen diskutiert wurde, von den Befragten nicht, wie Cloerkes (ebd.,114) andeutet, als

Bedrohung der individuellen und gesellschaftlichen Stabilität wahrgenommen wird. Hier betonen die Interviewten, dass sie den Eindruck hätten, die Betroffenen würden „im Moment leben“, und dabei „alles auf das einfachste beschränkt“ sei, wodurch wiederum Leistungsorientierung und -druck für die Betroffenen keine Rolle mehr spielen würden. Diese Erkenntnis wird von den Freizeitbuddys als bewundernswert bzw. beneidenswert angesehen. So gelingt es den Befragten im Zuge ihrer Freiwilligentätigkeit ebenfalls – zumindest vorübergehend – aus dem meritokratischen Leitbild der Gesellschaft auszubrechen, wobei dieses Ausbrechen mit dem Abfallen von Leistungsdruck verbunden wird. Ein Ausbrechen aus diesem System erscheint somit für die Freizeitbuddys erstrebenswert. Diese Erkenntnis lässt die Befragten zu dem Schluss kommen, dass Demenz nicht ausschließlich negative Veränderungen für die Betroffenen mit sich bringt, was wiederum das Bild von Demenz bei den Freiwilligen maßgeblich zu prägen scheint.

Der letzte Aspekt, welchen es angesichts der vorliegenden Definition sozialen Lernens näher zu betrachten gilt, wird durch die *Begegnung* zwischen Menschen mit und ohne Demenz dargestellt. Unter Berücksichtigung der Definition von Petzold und Müller (2005/2007, 41f) rückt die Begegnung als „Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert“ in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die laut Cloerkes (2007, 151) für die Änderung sozialer Reaktionen entscheidende Qualität des Kontakts – um zurück auf die in Kapitel 2.3.2 diskutierte Kontakthypothese zu kommen – wird durch die Erzählungen der Befragten über die Erfahrungen, welche sie im Zuge des Projekts sammeln konnten, verdeutlicht. Das „wechselseitige empathische Erkennen und Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart“ (Petzold, Müller 2005/2007, 41f) wird beispielsweise durch die Erkenntnis, dass ein reziproker Austausch mit Menschen mit Demenz möglich ist und die Betroffenen dabei nicht mehr als „leere Hüllen“ wahrgenommen werden, sichtbar.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die sozialen Lernprozesse der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen des ausgewählten Projekts Freizeitbuddys bei Demenz zum einen durch eine Änderung der Einstellungen gegenüber dem Phänomen Demenz und davon betroffener Personen im positiven Sinne kennzeichnen lassen. An dieser Stelle sei erneut betont, dass die erwähnten Veränderungen keine vorausgehende negative Einstellung gegenüber dem Demenzphänomen implizieren. Die Ergebnisse der erhobenen Interviews zeigen viel eher, dass neben negativ konnotierten Einstellungen insbesondere ein fehlendes Bewusstsein in Hinblick auf das Phänomen Demenz vor Beginn des Freiwilligeneinsatzes vorherrschend war. Zum anderen lassen sich die sozialen Lernprozesse der Freizeitbuddys durch den Erwerb konkreter

Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Demenz charakterisieren, welche sich durch einen sensibleren und achtsameren Umgang mit den Betroffenen im Vergleich zu dem Beginn des Freiwilligeneinsatzes kennzeichnen. Unabhängig davon, ob ein Zusammenhang zwischen Einstellungsebene und dem tatsächlichem Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz angenommen wird oder nicht, scheint es doch auf beiden Ebenen zu einer qualitativen Veränderung im positiven Bereich bei allen Befragten gekommen zu sein.

Abschließend soll in diesem Diskussionskapitel noch auf die Frage der möglicherweise resultierten Bildungsprozesse der Freizeitbuddys eingegangen werden. Bildung wird im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Christof (2009b, 41f) als „reflexives Lernen, das sich auf eigene innere Dispositionen des Subjekts bezieht, welche die eigene Sicht bzw. Wahrnehmung des Selbst und der Welt betrifft“ definiert und in weiterer Folge als „Transformationsprozess des Selbst – oder Weltverhältnisses“ (ebd., 42) angesehen. Dabei treten die „Erhöhung der Autonomie und Handlungsfähigkeit des Einzelnen“ bzw. die „Verbesserung eigener und gesamtgesellschaftlicher Verhältnisse“ (ebd.) als weitere Kennzeichen eines Bildungsprozesses in den Vordergrund.

Im Zuge der Interviews wurden die befragten Freizeitbuddys aufgefordert, bereits beschriebene Lernprozesse zu reflektieren. Diese konnten in weiterer Folge als Transformationsprozesse des Selbst- und Weltverhältnisses durch die Änderung sozialer Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz sichtbar gemacht werden. An mancher Stelle wurde außerdem die Erhöhung der Autonomie und Handlungsfähigkeit durch die Sicherheit im Umgang mit Betroffenen sowie dem Abbau der Berührungängste von den Freiwilligen beschrieben. Auch der Aspekt der Verbesserung gesamtgesellschaftlicher Verhältnisse als weiteres Kennzeichen eines Bildungsprozesses kann mit dieser Änderung der sozialen Reaktionen in Verbindung gebracht werden, wodurch davon ausgegangen wird, dass aus den nachgezeichneten sozialen Lernprozessen der Freizeitbuddys Bildungsprozesse resultierten. Dieser Schluss kann allerdings nur insofern gezogen werden, als Inklusion als normatives Ziel der gesellschaftlichen Verhältnisse angesehen wird und die Lernprozesse der Befragten den Prozess der Inklusion begünstigen.

6. Zusammenfassung & Ausblick

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildeten Fragen der Inklusion und Exklusion von Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft. Im theoretischen Teil der Masterarbeit wurden aktuelle Exklusionsproblematiken von Menschen mit Demenz in Österreich aufgezeigt und somit auf die Notwendigkeit einer Inklusion der Zielgruppe hingewiesen. An dieser Stelle wurden ausgewählte Änderungsstrategien hinsichtlich negativer sozialer Reaktionen gegenüber den Betroffenen sowie deren Wirksamkeit diskutiert, um letztlich die Theorie sozialen Lernens im Rahmen der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz als weitere Möglichkeit aufzuzeigen, den Prozess der Inklusion von Personen mit Demenz zu fördern. Die Auswahl dieser Strategie lässt sich dadurch begründen, dass im Zuge der Theorie sozialen Lernens – wie im vorhergehenden Diskussionskapitel veranschaulicht – sowohl die Einstellungs- als auch die Verhaltensebene berücksichtigt werden und demnach von einer möglichen Änderungsstrategie in Bezug auf die sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz gesprochen werden kann.

Da hinsichtlich der Theorie des sozialen Lernens im ausgewählten Bereich keine empirischen Untersuchungen vorliegen, wurde beispielhaft ein spezifisches Projekt näher untersucht, welches einen Rahmen für soziales Lernen bietet, um der Frage nach den Möglichkeiten sozialer Lern- und Bildungsprozesse durch die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz nachgehen zu können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der vorliegenden Masterarbeit ein Ausschnitt des Inklusionsprozesses von Menschen mit Demenz aufgezeigt wurde, indem die sozialen Lernprozesse ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen des Projekts Freizeitbuddys bei Demenz nachgezeichnet wurden. Diese sozialen Lernprozesse lassen sich zum einen durch eine qualitative Änderung im positiven Bereich auf der *Einstellungsebene* der Freizeitbuddys in Bezug auf das Phänomen Demenz sowie davon betroffener Personen kennzeichnen. Zum anderen sind die sozialen Lernprozesse der Freizeitbuddys auch auf der Ebene der *tatsächlichen Verhaltensweisen* gegenüber Menschen mit Demenz durch positive Veränderungen charakterisiert. Die sozialen Lernprozesse der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen lassen sich demzufolge als Änderung der sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit Demenz im positiven Sinne zusammenfassen.

Welche theoretischen sowie praktischen Implikationen sich aus den dargestellten Erkenntnissen ergeben und wo Limitationen der vorliegenden Arbeit liegen, wird abschließend in den nachfolgenden zwei Unterkapiteln verdeutlicht.

6.1 Theoretische & praktische Implikationen

Eine intensive Auseinandersetzung mit der einschlägigen Fachliteratur hinsichtlich der zentralen Themen, welche das ausgewählte Feld dieser Untersuchung rahmen, hat gezeigt, dass innerhalb dieses Feldes nach wie vor ein hohes Maß an Diffusität sowie Undifferenziertheit herrscht. Ausgehend von der Inklusionsdebatte und der damit einhergehenden Unklarheit bzw. Uneinigkeit, was denn nun unter dem Begriff der Inklusion zu verstehen ist und wie die damit in Zusammenhang gebrachten Ziele in der Praxis umgesetzt werden können, über die von Schuhmacher (2018, 16) angedeutete „Exklusionsblindheit“ im heilpädagogischen Inklusionsdiskurs, bis hin zur Andeutung möglicher Lösungsvorschläge – hier ist der Verweis von Wißmann (2016) und Schulz-Nieswandt (2012) auf soziale Lernprozesse gemeint – ohne nähere inhaltliche Erläuterungen zu jenen Vorschlägen.

Auch die Tatsache, dass der Begriff der Inklusion eher selten mit dem Phänomen Demenz in Verbindung gebracht wird, zeigt, dass es innerhalb der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, welche sich mit jenen Phänomenen und Prozessen beschäftigen, einer Perspektivenerweiterung und somit insbesondere weiterer Forschung in jenen Bereichen bedarf. Die vorliegende Masterarbeit soll eine Erweiterung aus bildungswissenschaftlicher Perspektive darstellen, wobei soziale Lernprozesse als mögliche Strategie aufgezeigt wurden, den Inklusionsprozess zumindest in einem kleinen Teil unserer Gesellschaft voranzubringen.

Offen bleibt an dieser Stelle natürlich die Frage, wie sich der Prozess der Inklusion in der Praxis auf die gesamte Gesellschaft übertragen ließe, da sich für die Erreichung der Ziele der UN-BRK sämtliche Mitglieder einer Gesellschaft am Prozess der Inklusion beteiligen müssten. Strategien dazu, welche bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit diskutiert wurden und auch im Rahmen der Interviews von den Freizeitbuddys selbst eingebracht wurden, gilt es kritisch zu betrachten. Vor allem die *Informationsstrategie*, welche von den Freiwilligen mit der Notwendigkeit öffentlicher Aufklärungsarbeit sowie erhöhter medialer Aufmerksamkeit in Verbindung gebracht wird, scheint – wie die Ausführungen von Cloerkes (2007, 145) zeigen – nicht hinreichend, um der Exklusion von Menschen mit Demenz entgegenzuwirken. Auch durch die Analyse der subjektiven Änderungstheorien der interviewten Freizeitbuddys wird deutlich, dass Information und Wissen alleine – wobei hier vor allem die Bedeutung des *praktischen* Wissens hervorgehoben wurde – nicht ausreichend sind, um eine positive Änderung der sozialen Reaktionen gegenüber den Betroffenen zu bewirken. Die Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen und somit die Begegnung mit Menschen mit Demenz waren laut den Ausführungen der Interviewten notwendig, um die oben beschriebenen Lern- und Bildungsprozesse anzuregen. Diese

Erkenntnis impliziert, dass mehr Möglichkeiten und Orte der Begegnung innerhalb der Gesellschaft geschaffen werden müssten, um den Inklusionsprozess der Zielgruppe zu fördern.

Der Vorschlag, Sensibilisierungsversuche in Bezug auf das Demenzphänomen bereits im schulischen Kontext und somit in der frühen Kindheit anzusiedeln, welcher von den Freizeitbuddys im Zuge der Interviews erwähnt, aber auch in den theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit mit Cloerkes (2007, 137) aufgezeigt wurde, könnte eine weitere Möglichkeit darstellen, sich dem Ziel der Inklusion zu nähern. Ob das Ziel einer inklusiven Gesellschaft eine Utopie bzw. Illusion darstellt, wird sich vermutlich erst im Laufe der Zeit zeigen. Um dies herauszufinden, wären allerdings erste Schritte notwendig, um unterschiedliche Wege zu erkunden, wie der Prozess der Inklusion vorangebracht werden könnte. Das aufgezeigte Potenzial sozialer Lernprozesse soll an dieser Stelle einen von vielen möglichen Wegen darstellen, dieses Ziel zu erreichen, selbst wenn im Rahmen dieser Arbeit lediglich ein kleiner Ausschnitt der Gesellschaft berücksichtigt werden konnte. In Hinblick auf weitere Forschungen zum Thema Inklusion und Demenz gilt es, den Fokus von einer multidisziplinären Auseinandersetzung mit dem Demenzphänomen hin zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu verschieben, um so das Verständnis des Phänomens sowie der damit einhergehenden Frage nach Exklusions- und Inklusionsprozessen durch die Vielfalt an unterschiedlichen Perspektiven zu erweitern.

6.2 Limitationen

In diesem letzten Unterkapitel werden abschließend mögliche Limitationen der vorliegenden Masterarbeit aufgezeigt. Zunächst wird dabei erneut ein Blick auf das *sich selbstgenerierte Sample* dieser Untersuchung geworfen. Wie bereits an früherer Stelle erwähnt, weist auch Schelling (2018, 477) in seiner empirischen Studie *Demenzbarometer Schweiz* darauf hin, dass die Ergebnisse seiner Untersuchung durch die selektive Teilnahmebereitschaft der Befragten sowie den Aspekt der sozialen Erwünschtheit demenzfreundlicher Antworten möglicherweise „geschönt“ seien. Neben diesem Aspekt muss im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch noch berücksichtigt werden, dass davon auszugehen ist, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, welche sich für die Arbeit in Projekten mit Demenzbetroffenen entscheiden, von vornherein eine eher positiv konnotierte Einstellung gegenüber der Thematik haben bzw. grundsätzlich offener zu sein scheinen, sich auf Neues einzulassen. Demnach können keine weiteren Schlüsse über diese Personengruppe hinaus gezogen werden – vor allem in Hinblick auf den Inklusionsprozess, der die gesamte Gesellschaft miteinbeziehen sollte und nicht lediglich einen Teil. Es besteht somit keinesfalls Anspruch darauf, mit den Erkenntnissen der

vorliegenden Arbeit eine endgültige Lösung im Sinne einer Anleitung, wie Inklusion erfolgreich sein kann, gefunden zu haben. Soziales Lernen, welches durch die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz angeregt wird, zeigt einen möglichen Weg auf, durch welchen der Inklusionsprozess der Zielgruppe unterstützt werden kann.

Des Weiteren gilt es an dieser Stelle, Überlegungen zu möglichen methodischen Limitationen darzulegen. Dabei geraten insbesondere jene Erzählungen der Freizeitbuddys in den Fokus der Aufmerksamkeit, welche aus der Retrospektive erfolgten. Obwohl es einigen der Freiwilligen im Interview bei ausgewählten Themen scheinbar schwergefallen ist, sich rückblickend an gewisse Aspekte wie Vorstellungsbilder in Bezug auf Demenz vor Beginn ihres Freiwilligeneinsatzes zu erinnern, gab es im Laufe des Interviews dennoch immer wieder Momente, in welchen den Befragten bewusst wieder einfiel, woran sie sich zunächst nicht erinnern konnten. Bei einigen der Interviewpartner*innen folgten an späterer Stelle Erzählungen zu den jeweiligen Thematiken, die erst durch die Paraphrasierungen der Interviewerin als Inhalte identifiziert werden konnten, welche den Interviewten zuvor nicht zugänglich zu sein schienen. Um einer möglichen Limitation retrospektiver Erzählungen in Form von Erinnerungslücken entgegenzuwirken, wäre vermutlich die Beforschung der Lern- und Bildungsprozesse in Form einer Langzeitstudie geeignet, welche die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen von Beginn ihres Freiwilligeneinsatzes an begleitet. Diese Überlegung musste allerdings im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit angesichts der begrenzten zeitlichen Ressourcen verworfen werden. Trotz möglicher Verzerrungen der Erzählungen der Befragten durch Erinnerungslücken gilt es hierbei erneut anzumerken, dass im Zuge der empirischen Untersuchung dieser Masterarbeit die subjektive Perspektive der Befragten und somit Ausschnitte ihrer sozialen Wirklichkeit im Vordergrund stehen.

Abschließend sei noch auf den Feldzugang und die damit verbundenen Überlegungen verwiesen. Angesichts der persönlichen Involviertheit der Verfasserin der vorliegenden Masterarbeit innerhalb des untersuchten Forschungsprojekts wurde von Beginn an versucht, die eigenen Erfahrungen einzuklammern, um somit im Prozess der Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse Verzerrungen durch Vorannahmen zu vermeiden. Diesen Aspekt galt es im gesamten Forschungsprozess immer wieder zu reflektieren.

Literaturverzeichnis

- Akreml, L. (2019). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur N., Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 313-331
- Alzheimer Europe. (2013). The ethical issues linked to the perceptions and the portrayal of people with dementia: Alzheimer Europe. <<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports>>1-128 (abgerufen am 28.08.2020)
- Alzheimer Europe (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. <<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>>, 1-108 (abgerufen am 28.08.2020)
- Badelt, C., Leichsenring, K. (2000). Versorgung, Betreuung, Pflege. In: Ältere Menschen – Neue Perspektiven, Seniorenbericht, 408-553
- Biewer, G. (2017). Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage
- Birkholz, C. (2020). Spirituelle Sorge um Menschen mit Demenz: Eine interpretative hermeneutische Studie im Kontext von Palliative Care. Wiesbaden: Springer Verlag
- Bopp-Kistler, I. (2017). Die Diagnoseübermittlung – der Beginn eines Gesprächs über Jahre. In: Ibello, E., Rüffer, A. (Hrsg.): Reden über Demenz. Zürich: Rüffer & Rub, 13-30
- Bortz, J., Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2015). Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht – Ergebnisse der Arbeitsgruppen. <<https://www.gesundheit.gv.at/r/service/broschueren/Demenzstrategie.pdf>>, 1-53 (abgerufen am 05.05.2020)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2016). UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll – Neue deutsche Übersetzung. <<https://broschueren-service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>>, 1-42 (abgerufen am 29.04.2020)

- Caritas Pflege Wien (2020). Ratgeber. Demenz. <<https://www.caritas-pflege.at/wien/ratgeber/demenz/>> (abgerufen am 31.05.2020)
- Caritas & Du (2020). Freizeitbuddys für Menschen mit Demenz. <<https://freiwillige.caritas-wien.at/demenzbuddy/>> (abgerufen am 16.10.2020)
- Christof, E. (2009a). Das pädagogisch reflexive Interview. Bildungsprozessen auf der Spur. In: MAGAZINerwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 7/8, <<https://erwachsenenbildung.at/magazin/09-7u8/meb09-7u8.pdf>>, 11/1-10 (abgerufen am 22.05.2020)
- Christof, E. (2009b). Bildungsprozessen auf der Spur. Das pädagogisch reflexive Interview. Wien: Löcker
- Cloerkes, G. (1985). Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung. Berlin: Marhold, 3. Erweiterte Auflage
- Cloerkes, G. (2007). Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Winter, 3. Auflage
- Dederich, M. (2015). Kritik der Dekategorisierung – Ein philosophischer Versuch. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 84(3), 192-205
- Dederich, M. (2019). Inklusion. In: Weiß, G., Zirfas, J. (Hrsg.): Handbuch Bildungs- und Erziehungsphilosophie. Wiesbaden: Springer VS, 527-536
- Demenz Support Stuttgart (2010). Stimmig! Menschen mit Demenz bringen sich ein. Forderungen von Menschen mit Demenz. <<https://www.demenz-support.de/stimmig/index-cmd=forderungen.html>> (abgerufen am 17.08.2020)
- Deuschl G., Maier W. et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. <https://dgn.org/wp-content/uploads/2012/12/038013_LLReport_Demenzen_2016.pdf>, 1-154 (abgerufen am 26.08.2020)

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2020). ICD-10-GM Version 2020. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). <<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f00-f09.htm#F00>> (abgerufen am 24.10.2020)
- Duden Online (2020). Demenz. <<https://www.duden.de/suchen/dudenonline/demenz>> (abgerufen am 27.07.2020)
- Flick, U. (1991). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U. et al. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union, 147-173
- Friebe, J. (2010). Exklusion und Inklusion älterer Menschen in Weiterbildung und Gesellschaft. In: Kronauer, M. (Hrsg.): Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann, 141-184
- Gardou, C. (2014). From the Exceptional to the Universal. In: Johnsen, B. H. (Hrsg.): Theory and Methodology in International Comparative Classroom Studies. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 184-191
- Gerritsen, D. L. et al. (2018). Ethical implications of the perception and portrayal of dementia. In: Dementia 2018, 17(5), 596-608
- Gross, B., Fenninger, E. (2018). Demenz. Rat und Hilfe für pflegende Angehörige. <https://www.volkshilfe.at/fileadmin/user_upload/Media_Library/PDFs/Ratgeber_Broschueren/Ratgeber_Demenz.pdf>, 1-52 (abgerufen am 27.06.2018)
- Grund, Axel (2015). Soziales und informelles Lernen. In: Harring, M., Witte, D., Burger, T. (Hrsg.): Handbuch informelles Lernen. Weinheim: Beltz Verlag, 121-135
- Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Hamburg: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Höfler, S. et al. (Hrsg.) (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf>, 1-141 (abgerufen am 28.04.2020)
- Hopf, C. (2016). Schriften zu Methodologie und Methoden Qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz. Wiesbaden: Springer Fachmedien

- Institut für Pflegewissenschaft (2020). Evaluation des Projekts „Vergessen, wie’s geht? – Freizeitbuddys“ der Caritas der Erzdiözese Wien. Kurzbeschreibung. <https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/forschung/detailansicht-projekte/news/evaluation-des-projektes-vergessen-wies-geht-freizeitbuddys-der-caritas-der-erzdioezese-wien/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=bc52d53beed5ad5ca2803925fed251d1> (abgerufen am 16.10.2020)
- Kobi, E. E. (1988). Heilpädagogische Daseinsgestaltung. Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik
- Kolland, F., Hörl, J. (2015). Soziale Aspekte der Demenz. In: Höfler, S., et al. (Hrsg.) (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf>, 137-142 (abgerufen am 28.04.2020)
- Kronauer, M. (2010). Einleitung. Oder warum Inklusion und Exklusion wichtige Themen für die Weiterbildung sind. In: Kronauer, M. (Hrsg.): Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann, 9–23
- Krug, H. (2014). Lebensqualität und Selbstbestimmung bei neurodegenerativen Erkrankungen. Diskussion anhand ausgewählter Krankheitsbilder. In: Coors, M., Kumlehn, M. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter, Gerontologie und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart: Kohlhammer, 115-126
- Krüger, H. H. (2019). Erziehungs- und Bildungswissenschaft als Wissenschaftsdisziplin. Op-laden/ Toronto: Verlag Barbara Budrich
- Kuckartz, U. et al. (2008). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Matter, C. (2018). „Fremdes“ Alter – Ausgrenzungen, Selbstsorge, Sorge. In: Zimmermann, H.-P. (Hrsg.): Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann. Frankfurt/ New York: Campus Verlag, 80-98
- Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis. Theoretical foundation, basic procedures and software solution, <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssaoar-395173>>, 1-143 (abgerufen am 28.10.2020)
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlagsgruppe, 12. überarbeitete Auflage

- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. In: Forum: Qualitative Sozialforschung, Vol. 20, Nr. 3, Art. 16. <<https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/3343/4445>>, 1-15 (abgerufen am 21.10.2020)
- Oberhauser, S. (2015). Vorwort Bundesministerin für Gesundheit. In: Höfler, S. et al. (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf>, VIII (abgerufen am 28.04.2020)
- Payk, T. R. (2010). Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Petzold, H., Müller, M. (2005/2007). Modalitäten der Relationalität. <<https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>>, 1-63 (abgerufen am 10.10.2020)
- Pichler, B. et al. (2019). Gut unterwegs mit Demenz in der Stadt? Spannungsfelder und Mobilitätsmuster im öffentlichen Raum (Grundlagenstudie). Wien. <<https://unterwegs-mit-demenz.at/wp-content/uploads/2019/10/Grundlagenstudie.pdf>>, 1-270 (abgerufen am 25.02.2020)
- Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2014). Qualitative Sozialforschung. München: Oldenbourg
- Rosenthal, G. (2015). Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa, 5. aktualisierte und ergänzte Auflage
- Schäper, S. (2009). Heilpädagogische Unterstützung von alten Menschen mit Demenzerkrankung. In: Greving, H., Ondracek, P. (Hrsg.): Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsorientierte Heilpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, 199-236
- Schelling, H. R. (2018). Demenzbarometer Schweiz – Vorstellungen, Einstellungen und Erfahrungen zu Altern und Demenz in der Bevölkerung. In: Zimmermann, H.-P. (Hrsg.): Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann. Frankfurt/ New York: Campus Verlag, 461-478
- Schneider, C., Bengough, T. (2015). Einleitung. In: Höfler, S., et al. (Hrsg.) (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf>, 1-3 (abgerufen am 28.04.2020)

- Schuhmacher, B. (2018). Inklusion für Menschen mit Demenz. Exklusionsrisiken und Teilhabechancen. Wiesbaden: Springer VS
- Schulz- Nieswandt, F. (2012). Der homo patiens als Outsider der Gemeinde. Zur kulturellen und seelischen Grammatik der Ausgrenzung des Dämonischen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45(7), 593-602
- Schulz-Nieswandt, F., Brandenburg, H. (2015). Barrieren und Möglichkeiten der Kommune als vernetzter Sozialraum: Verdichtung einschlägiger Forschungserfahrungen in psychodynamischer Perspektive. In: Sozialer Fortschritt, 64 (5), 104-110
- Seifert, A., Schelling, H. R. (2019). Demenzbarometer 2018. Wissen, Einstellungen und Erfahrungen der Schweizer Bevölkerung. <https://www.researchgate.net/publication/332414430_Demenzbarometer_2018_-_Wissen_Einstellungen_und_Erfahrungen_der_Schweizer_Bevölkerung> 1-37 (abgerufen am 27.08.2020)
- Stoppenbrink, K. (2019). Zwischen allen Stühlen – oder besonders berechtigt? Demenz und das Recht auf Inklusion nach der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Schmidhuber, M. et al. (Hrsg.): Menschenrechte für Personen mit Demenz: Soziale und ethische Perspektiven, 61-99
- Vogt, S., Werner, M. (2014). Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Skript. <https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf>, 1-97 (abgerufen am 26.05.2020)
- Wißmann, P., Gronemeyer, R. (2008). Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Wißmann, P. (2010). Demenz – ein soziales und zivilgesellschaftliches Phänomen. In: Aner, K., Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Springer Verlag, Wiesbaden: 339-346
- Wißmann, P. (2015). Nebelwelten. Abwege und Selbstbetrug in der Demenz-Szene. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Wißmann, P. (2016). Demenz: Ausschluss aus der inklusiven Gesellschaft? Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Wißmann, P. (2017). Beteiligt werden, beteiligt sein, beteiligt bleiben – Ein Problemaufriss. In: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): Beteiligtsein von Menschen mit Demenz. Praxisbeispiele und Impulse. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 17-33

Abkürzungsverzeichnis

Anm. A.W.	Anmerkung der Verfasserin dieser Masterarbeit
B1-B6	Kürzel der Interviewpartner*innen (Befragte*r 1-6)
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
dt.	deutsch
ebd.	ebenda
et al.	et alii
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
Herv. A.W.	Hervorhebung der Verfasserin dieser Masterarbeit
Herv. i. O.	Hervorhebung im Original
HK	Hauptkategorie
I1-I6	Interviewtranskript 1-6
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
inkl.	inklusive
lat.	lateinisch
NK	Nebenkategorie
UK	Unterkategorie
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
zit. n.	zitiert nach

Anhang

App. 1 Abstract – Deutsch

Das Phänomen Demenz scheint angesichts des demografischen Wandels von immer größerer Bedeutung zu werden – sowohl im wissenschaftlichen als auch im gesellschaftlichen Diskurs, scheint eine Auseinandersetzung mit der Demenzthematik unumgänglich. Doch wie werden Menschen mit Demenz in einer leistungsorientierter Gesellschaft wahrgenommen und welche Konsequenzen ergeben sich dadurch für die Betroffenen? Im Rahmen des theoretischen Teils der vorliegenden Masterarbeit werden Teilhabechancen und Exklusionsrisiken von Menschen mit Demenz diskutiert, um in einem weiteren Schritt auf die Notwendigkeit einer Änderung des vorherrschenden Demenzbildes in unserer Gesellschaft hinzuweisen. Dabei werden unter anderem Verbindungen zu den Forderungen der UN-BRK hinsichtlich des Ziels einer inklusiven Gesellschaft gezogen.

Im Zuge der empirischen Untersuchung wird anschließend versucht, einen möglichen Weg nachzuzeichnen, welcher einen solchen Inklusionsprozess unterstützen soll. Hierzu wird die Theorie des sozialen Lernens im Rahmen der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz aufgegriffen. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen dabei die Perspektiven ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen eines ausgewählten Projekts der Caritas Pflege Wien, welches als Ort der Begegnung eine Sensibilisierung sowie den Abbau von Berührungsängsten seitens der Freiwilligen ermöglichen soll.

Die Perspektive der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen wird dabei im Zuge leitfadengestützter Interviews erhoben. Um die sozialen Lern- und Bildungsprozesse der Interviewpartner*innen nachzuzeichnen, werden die erhobenen Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet und die Ergebnisse anschließend diskutiert, um abschließend auf theoretische sowie praktische Implikationen zu verweisen.

App. 2 Abstract – English

The phenomenon of dementia seems to be of increasing importance given the fact of demographic change. In both scientific and social discourse, an examination of this subject seems to be inevitable. But how are people with dementia perceived in a meritocratic society and what are the consequences for those who are affected?

As part of the theoretical section of this master's thesis, opportunities for participation and the risks of exclusion of people with dementia are discussed in order to point out the need for a change concerning the perception of dementia in our society. At this point, connections are made to the demands of the UN-CRPD regarding the goal of an inclusive society.

By means of an empirical research, an attempt is made to outline a possible way to promote the process of inclusion. Taking this into consideration, the theory of social learning is discussed in the context of encounters between people with and without dementia. The focus of attention lies on the perspectives of volunteers who participate in a selected project by *Caritas Care Vienna*, which, as a place of encounter, intends to raise awareness and reduce the volunteers' fear of contact with people with dementia.

The volunteers' perspective is ascertained using semi-structured interviews. In order to trace the volunteers' social learning processes, the collected data is evaluated by means of qualitative content analysis. The results are then discussed and theoretical as well as practical implications are pointed out.

App. 3 Statistiken – Alzheimer Europe

Austria 2018						
Age ranges	Total population	Men	Men with dementia	Women	Women with dementia	Total number of people with dementia
30–59	3 785 059	1 897 779	3 036	1 887 280	1 699	4 735
60–64	523 556	253 644	507	269 912	2 429	2 936
65–69	448 191	211 851	2 345	236 340	3 546	5 891
70–74	380 051	173 824	5 384	206 227	7 017	12 402
75–79	383 384	168 992	11 791	214 392	19 138	30 929
80–84	210 513	85 112	9 079	125 401	16 368	25 447
85–89	144 461	51 017	8 312	93 444	23 221	31 533
90+	80 392	20 484	6 083	59 908	26 844	32 927
Population 30–90+	5 955 607	2 862 703	46 537	3 092 904	100 263	146 801
Total population	8 822 267	% of total population 1.66				

Austria 2025						
Age ranges	Total population	Men	Men with dementia	Women	Women with dementia	Total number of people with dementia
30–59	3 757 564	1 893 123	3 029	1 864 441	1 678	4 707
60–64	674 507	333 942	668	340 565	3 065	3 733
65–69	557 158	268 191	2 968	288 967	4 336	7 304
70–74	421 366	195 713	6 062	225 653	7 678	13 741
75–79	364 586	162 979	11 371	201 607	17 997	29 368
80–84	312 034	131 781	14 058	180 253	23 527	37 585
85–89	173 856	67 567	11 009	106 289	26 413	37 422
90+	87 012	27 784	8 251	59 228	26 540	34 790
Population 30–90+	6 348 083	3 081 080	57 415	3 267 003	111 235	168 650
Total population	9 208 294	% of total population 1.83				

Austria 2050						
Age ranges	Total population	Men	Men with dementia	Women	Women with dementia	Total number of people with dementia
30–59	3 207 755	1 638 195	2 621	1 569 560	1 413	4 034
60–64	617 646	309 460	619	308 186	2 774	3 393
65–69	591 251	290 893	3 219	300 358	4 507	7 726
70–74	507 638	245 171	7 595	262 467	8 931	16 526
75–79	505 642	237 366	16 561	268 276	23 948	40 510
80–84	507 085	232 731	24 826	274 354	35 810	60 636
85–89	362 824	159 906	26 053	202 918	50 426	76 479
90+	209 193	82 984	24 642	126 209	56 553	81 196
Population 30–90+	6 509 034	3 196 706	106 137	3 312 328	184 362	290 499
Total population	9 130 698	% of total population 3.18				

Quelle: Alzheimer Europe (2019, 18f)

App. 4 Interviewleitfaden

Themenblock	Frage	Nachfrage
<i>Allgemeines – Fragen zur Person</i>	• Wie alt bist du? • Welchen beruflichen bzw. Ausbildungshintergrund hast du? • Seit wann bist du als Freizeitbuddy tätig? • Bist du dabei im Tandem, in der Gruppe oder machst du beides?	
<i>VOR dem Freiwilli- geneinsatz...</i>	• Was wusstest du vor deiner Tätigkeit als Freizeitbuddy über das Phänomen Demenz? • Welche Erfahrungen hast du vor deiner Tätigkeit als Buddy mit Personen mit Demenz gemacht? • Welches Bild hattest du vor deinem Freiwilligeneinsatz von Demenz bzw. Personen mit Demenz?	Woher hattest du dieses Wissen?
<i>Demenzbilder</i>	• Wenn du jetzt an Demenz denkst, welche Begriffe fallen dir spontan dazu ein? • Wenn du an deinen Freizeitbuddy denkst oder an Personen, mit denen du in der Gruppe mehr Kontakt hast, welche Begriffe fallen dir spontan zu ihm/ihr ein? • Sofern du in deinem Freundes- und Bekanntenkreis über deine ehrenamtliche Tätigkeit sprichst, welche Reaktionen erhältst du? • Wie werden, deiner persönlichen Einschätzung nach, Personen mit Demenz in unserer Gesellschaft wahrgenommen?	Wie kommst du zu dieser Einschätzung? (Erfahrungen?)
	• Wie bist du zum Projekt Freizeitbuddys bei Demenz gekommen? • Worin liegt deine persönliche Motivation freiwillig an genau diesem Projekt teilzunehmen?	

<i>Persönliche Motivation – Zugang zum Projekt</i>	bzw. • Welchen persönlichen Gewinn siehst du in deiner Tätigkeit als Freizeitbuddy?	
<i>Beginn des Freiwilligeneinsatzes</i>	• Welche Vorstellungen bzw. Erwartungen hattest du vor Beginn deines Freiwilligeneinsatzes? • Wenn du dich an den Beginn deines Freiwilligeneinsatzes zurückerinnerst, was waren deine ersten Eindrücke bzw. Erfahrungen im Umgang mit den Betroffenen? • Verglichen mit deinen Erwartungen vor dem Freiwilligeneinsatz, gab es etwas, das dich überrascht hat bzw. etwas, womit du nicht gerechnet hast? Wenn ja, erzähle mir doch bitte darüber.	Kannst du dich noch an deinen ersten Einsatz als Freizeitbuddy erinnern? Wenn ja, erzähle doch bitte kurz darüber. Wie ist es dir persönlich dabei ergangen?
<i>Gegenwart - Freiwilligeneinsatz</i>	• Was weißt du jetzt über das Phänomen Demenz? • Woher kommt dieses Wissen? • Erzähle mir bitte von deinen persönlichen Erfahrungen während deines Einsatzes als Freizeitbuddy – suche dir dabei bitte zunächst eine Erfahrung aus, die du im Nachhinein betrachtet als positiv bewerten würdest. • Nun erzähle mir bitte von einer Erfahrung, die du im Nachhinein betrachtet als negativ bewerten würdest.	Was ist dir hierbei besonders gut gelungen? Weshalb ist diese Situation für dich so positiv in Erinnerung geblieben? Weshalb ist diese Situation für dich so negativ in Erinnerung geblieben? Was hättest du rückblickend anders machen können, um diese Situation ins Positive zu wenden?

<i>Reflexion – Sozialer Lernprozess?</i>	• Wenn du jetzt auf den Beginn deines Freiwilligeneinsatzes zurückblickst und dich in die Gegenwart versetzt, kannst du eine persönliche Änderung an dir festmachen? • Was hat sich seit Beginn deines Freiwilligeneinsatzes in Bezug auf deine Einstellung gegenüber Personen mit Demenz verändert? • Was hat sich seit Beginn deines Freiwilligeneinsatzes in Bezug auf den Umgang mit Personen mit Demenz verändert? • Was hat deiner Ansicht nach zu dieser Veränderung beigetragen?	Kannst du dazu ein Beispiel nennen? Kannst du mir das bitte genauer beschreiben, damit ich mir ein besseres Bild machen kann? Du hast mir bereits erzählt ... Welche anderen persönlichen Änderungen kannst du an dir festmachen? Evtl. Erfahrungen außerhalb des Projekts?
<i>Ausblick</i>	• Wie könnte man deiner persönlichen Erfahrung nach das aktuelle Demenzbild in der Gesellschaft ändern?	
<i>Abschluss</i>	• Gibt es abschließend noch etwas, dass du ergänzen möchtest?	

App. 5 Transkriptionsregeln

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so‘n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet (etwa „B4:“).
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

(Kuckartz et al. 2008, 27f)

App. 6 Liste der Kategorien inkl. theoriegeleiteter Fragestellungen

Kategorie	Fragestellung
NK 1 – Allgemeine Informationen zur Person	
HK 1 – VOR dem Freiwilligeneinsatz	Welchen Bezug gab es vor dem Freiwilligeneinsatz zu dem Phänomen Demenz?
UK 1.1 – Wissen über Demenz	
UK 1.2 – Erfahrungen im Umgang	
UK 1.3 – Demenzbilder	
UK 1.4 – Zugang zum Projekt	
UK 1.5 – Erwartungen	
HK 2 – Beginn des Freiwilligeneinsatzes	Wie gestaltet sich der Beginn des Freiwilligeneinsatzes?
UK 2.1 – Erste Eindrücke/ Erfahrungen	
UK 2.2 – Reflexion bzgl. Erwartungen	
HK 3 – Hier & Jetzt	Welche Perspektiven nehmen die Interviewten aktuell bzgl. der Thematik ein?
UK 3.1 – Wahrnehmung Demenz (persönlich, Umfeld, Gesellschaft)	
UK 3.2 – Wissen über Demenz	
UK 3.3 – Erfahrungen als Freizeitbuddy (positiv & negativ)	
HK 4 – Reflexion – persönliche Veränderung (sozialer Lernprozess)	Welche Veränderungen können die Interviewten seit Beginn des Freiwilligeneinsatzes an sich festmachen?
UK 4.0 – Allgemeine Veränderungen	
UK 4.1 – Einstellungen/ Bilder	
UK 4.2 – Umgang	
UK 4.3 – subjektive Änderungstheorien	
NK 2 – Ausblick	Was muss sich aus Sicht der Interviewten aktuell in der Gesellschaft in Bezug auf die Demenzthematik ändern und welche Ideen haben die Interviewten, wie es zu dieser Veränderung kommen könnte?

App. 7 Kategoriensystem

Kategorie	Definition	Frage	Ankerbeispiel	Kodierregel
NK 1 <i>Allgemeine Informationen zur Person</i>	Soziodemographische Daten – Alter, beruflicher Hintergrund/ Ausbildung, inkl. Dauer und Art (Tandem oder Gruppe) der Tätigkeit im Projekt Freizeitbuddy bei Demenz.	Wie alt bist du? Was ist dein Ausbildungs- bzw. beruflicher Hintergrund? Seit wann bist du als Freizeitbuddy tätig? Bist du im Tandem, in der Gruppe oder machst du beides?	B5: „Ich studiere Jus, genau. Das ist meine Ausbildung.“ (I5, 1/6) B4: „Also ich bin ausschließlich in der Gruppe tätig.“ (I4, 1/13)	
HK1 <i>VOR dem Freiwilligeneinsatz...</i>	Erzählungen, die auf die Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz zurückzuführen sind			
UK 1.1 Wissen über Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz	Wissen über das Phänomen Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz inkl. Herkunft dieses Wissens	Was wusstest du vor deiner Tätigkeit als Freizeitbuddy über das Phänomen Demenz? Woher hattest du dieses Wissen?	B5: „Recht viel oder mehr als mir lieb ist. Durch meine Verwandtschaft, da sind zwei Betroffene, die an Demenz erkrankt sind, aber unterschiedliche Ausprägungen. (...) Aber so wirklich wissenschaftliches darüber habe ich nichts gewusst, ich habe einfach nur praktisch sehr viel mitbekommen, was die Krankheit so mit sich bringt ...“ (I5, 1/22-26)	Abgrenzung zu UK 3.2 – Hier geht es um das Wissen über das Phänomen Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz
UK 1.2 Erfahrungen mit Menschen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz	Erfahrungen im Umgang mit Personen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz	Welche Erfahrungen hast du vor deiner Tätigkeit als Buddy mit Personen mit Demenz gemacht?	B1: „Wenig. Also in der Familie, Gott sei Dank muss man sagen, kaum bis gar nicht, wobei wie gesagt, man hat es einfach nicht als solches wahrgenommen, deswegen muss man da immer vorsichtig sein. Die Erfahrung habe ich Gott sei Dank nicht.“ (I1, 2/32-39)	Abgrenzung zu UK 2.1, UK 3.3 & UK 4.2, hier geht es um Erfahrungen im Umgang mit Personen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz
UK 1.3 Demenzbilder	Bilder/ Vorstellungen zu Demenz bzw. Personen mit Demenz vor dem Freiwilligeneinsatz	Welches Bild hattest du vor deinem Freiwilligeneinsatz von Demenz bzw. Personen mit Demenz?	B4: „Das Bild von einem Demenzkranken ja also eigentlich alte Leute. Alte Leute für mich schon denen man es ansieht klingt vielleicht jetzt ein bisschen, nicht falsch aber ja alte Leute die vielleicht schon langsam im Pflegestadium sind, so hatte ich Demenz als Bild im Kopf, die Unterstützung benötigen, ja von denen man, wenn man sie sieht merkt, okay der hat Demenz also wie so ein Stigma“ (I4, 2/12-16)	Abgrenzung zu UK 3.1 und UK 4.1, hier geht es um Bilder/ Vorstellungen etc. vor dem Freiwilligeneinsatz

UK 1.4 Zugang zum Projekt	Erzählungen bzgl. des persönlichen Zugangs zum Projekt bzw. der Motivation, an diesem Projekt teilzunehmen	Wie bist du zum Projekt Freizeitbuddys bei Demenz gekommen? Worin liegt deine persönliche Motivation freiwillig an genau diesem Projekt teilzunehmen? Welchen persönlichen Gewinn siehst du in deiner Tätigkeit als Freizeitbuddy?	B1: „Also hat eine Phase gegeben, wo ich eben arbeitssuchend war und wo ich mir gedacht habe, so ich möchte jetzt irgendetwas, nicht krampfhaft, aber ich möchte irgendetwas sozusagen im sozialen Umfeld tun und aber irgendetwas, das mir Spaß macht.“ (I1, 5/10-13) B1: „Naja eigentlich, dass ich gar nicht darüber nachdenken muss, sondern dass mir das Spaß macht, also das mache ich dann nach Gefühl.“ (I1, 5/36-37)	
UK 1.5 Erwartungen	Vorstellungen und Erwartungen vor dem ersten Freiwilligeneinsatz	Welche Vorstellungen bzw. Erwartungen hattest du vor Beginn deines Freiwilligeneinsatzes?	B6: „Mhm, ich glaube so eine konkrete Erwartung, wie dann der Umgang mit den Menschen praktisch stattfinden würde ist, dass ich mir gedacht habe, dass die Menschen sehr viel Raum einnehmen und sehr wenig agreeable sind. Quasi einfach diese schwindenden Gehirnleistungen oder kognitive Leistungen, auch dieses, andere Menschen sind hier, andere Menschen haben Bedürfnisse, das schwindet. Und dass sie vielleicht auch sehr fordernd werden mit der Zeit.“ (I6, 5/15-20)	
HK 2 <i>Beginn des Freiwilligeneinsatzes</i>	Erzählungen, welche den Beginn des Freiwilligeneinsatzes umfassen			
UK 2.1 Erste Eindrücke/ Erfahrungen	Erste Eindrücke und Erfahrungen am Beginn des Freiwilligeneinsatzes	Wenn du dich an den Beginn deines Freiwilligeneinsatzes erinnerst, was waren deine ersten Eindrücke bzw. Erfahrungen im Umgang mit den Betroffenen?	B5: „Ähm meine ersten Eindrücke ja also es waren eben die unterschiedlichen Leute waren auf jeden Fall sehr spannend und es war eine sehr große Gruppe.“ (I5, 6/3-5)	Abgrenzung zu UK 1.2, UK 3.3 und UK 4.2, hierbei geht es um die ersten Erfahrungen, die im Zuge der Freiwilligentätigkeit im Projekt gemacht wurden.

UK 2.2 Reflexion bzgl. Erwartungen	Überraschendes, womit nicht gerechnet wurde bzw. Erfahrungen, die den Erwartungen nicht entsprochen haben.	Verglichen mit deinen Erwartungen vor dem Freiwilligeneinsatz, gab es etwas, das dich überrascht hat bzw. etwas, womit du nicht gerechnet hast? Wenn ja, was?	B4: „Ähm ja also es können junge Leute sein, die 50 sind, Leute, denen man es nicht ansieht, wo man eigentlich als Außenstehende glaubt, die stehen noch mitten im Leben. (...) Also man würde es ihnen nicht ansehen, ja das hat mich vor allem sehr überrascht. Also ich bin immer wieder überrascht, wenn ich in der Zeitreise bin beziehungsweise als Freizeitbuddy tätig bin, dass das Bild von einem Demenzkranken eigentlich ganz anders sein kann und ja das ist es eigentlich.“ (14, 2/19-24)	
HK 3 <i>Aktuelle Perspektiven</i>	Erzählungen, die die aktuelle Tätigkeit im Projekt umfassen – wobei neben Erfahrungen auch das aktuelle Wissen zum Phänomen Demenz in dieser Kategorie berücksichtigt wird			
UK 3.1 Wahrnehmung von MmD (persönlich, Umfeld, Gesellschaft) + Betroffene & Angehörige	Aktuelles Bild von Demenz bzw. Personen mit Demenz sowie die Einschätzung bzgl. der Wahrnehmung des unmittelbaren sozialen Umfelds sowie der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Phänomens im Allgemeinen. + der Einschätzung der Betroffenenperspektive sowie jene der Angehörigen	Wenn du jetzt an Demenz denkst, welche Begriffe fallen dir spontan dazu ein? Wenn du an deinen Freizeitbuddy denkst, welche Begriffe fallen dir spontan zu ihm/ihr ein? Sofern du in deinem Freundes- und Bekanntenkreis über deine ehrenamtliche Tätigkeit sprichst, welche Reaktionen erhältst du? Wie werden, deiner persönlichen Einschätzung nach, Personen mit Demenz in unserer Gesellschaft wahrgenommen? Wie kommst du zu dieser Einschätzung?	B6: „Also zu den zwei Personen, mit denen ich bisher am meisten Kontakt hatte, fällt mir stark auf, dass sie sehr positiv damit umgehen. Also beide Personen waren immer sehr gut gelaunt. Eine von den Personen hat ein gewisses Bewusstsein über diese Erkrankung und lässt sich aber doch davon nicht wirklich einschränken, also ist noch sehr aktiv.“ (16, 3/16-21)	Abgrenzung zu UK 1.3 und UK 4.1, hierbei geht es um das aktuelle Demenzbild der Freiwilligen, sowie eine Einschätzung, wie das Phänomen Demenz im persönlichen Umfeld bzw. in der Gesellschaft wahrgenommen wird.
UK 3.2 Wissen über Demenz	Aktuelles Wissen über das Phänomen Demenz sowie Herkunft dieses Wissens	Was weißt du jetzt über das Phänomen Demenz und woher kommt dieses Wissen?	B5: „Also da haben sicher die Kurse auch viel geholfen da ein bisschen inhaltlich Licht ins Dunkle zu bringen. Die Kurse habe ich sehr sehr gut gefunden, weil die waren auch sehr praktisch, also es hat schon, also in der Theorie, die unterschiedlichen Demenzarten, dass die auch ganz unterschiedliche Ausprägungen haben eben, dass es ist nicht nur	Abgrenzung zu UK 1.1, hierbei geht es um das Wissen über das Phänomen Demenz im Hier & Jetzt sowie subjektive Theorien zur Herkunft des Wissens – an dieser Stelle kommt ebenfalls ein reflexives Moment hinzu.

			Alzheimer gibt also ist nicht nur Alzheimer Demenz also schon Demenz aber eine Form von Demenz und nicht die einzige Form und dass man das auch so in der Sprache ein bisschen verwechselt, Demenz ist gleich Alzheimer in der Sprache, kommt mir vor.“ (I5, 6/31-37)	
UK 3.3 Erfahrungen als Freizeitbuddy	Positive sowie negative Erfahrungen im Projekt Freizeitbuddys bei Demenz	Erzähle mir bitte von deinen persönlichen Erfahrungen während deines Einsatzes als Freizeitbuddy – suche dir dabei bitte zunächst eine Erfahrung aus, die du im Nachhinein betrachtet als positiv bewerten würdest. ...nun eine Erfahrung, die du im Nachhinein als negativ bewerten würdest	B5: „Also da kann ich mich erinnern, da waren wir einmal im Haus des Meeres und da war eine Dame, die habe ich schon von der Zeitreise gekannt und die ist normalerweise sehr zurückhaltend. Auch so beim Spielen eher so, sie mag in erster Linie nicht, muss ein bisschen extra motiviert werden. Und im Haus des Meeres ist sie von Aquarium zu Terrarium, zu den Affen gegangen, Schildkröten und so und die hat sich einfach voll gefreut und die hat die	Abgrenzung zu UK 1.2 und UK 2.1, hierbei geht es um ausgewählte positive und negative Erfahrungen, welche im Rahmen der Tätigkeit als Freizeitbuddy gemacht wurden.
			ganze Zeit gesagt, was sie so sieht und die Quellen und das hat sie voll fasziniert. Und wir sind da 15 Minuten vor diesem Quallen Aquarium gestanden und das ist einfach schön, wenn man das sieht, dass die Leute dann doch ein bisschen aus sich rausgehen.“ (I5, 5/1-9)	
HK 4 Reflexion	Sämtliche Erzählungen, die im Sinne eines Vergleichs zu der Zeit vor dem Freiwilligeneinsatz mit der heutigen Situation bzw. einer Reflexion der Interviewpartner*innen einhergehen und so ggf. soziale Lernprozesse aufzeigen	Rückblickend auf den Beginn deines Freiwilligeneinsatzes, kannst du eine persönliche Änderung an dir festmachen?	B6: „Ich glaube, dass oder ich kann mir gut vorstellen, dass die Tätigkeit auch ein bisschen Bescheidenheit in mir hervorgerufen hat. Ähm ich finde es ganz nett, Zeit mit Leuten zu verbringen, die in ihrem Leben schon sehr viel geleistet haben. Also nicht nur mit den Betroffenen, sondern auch mit den Angehörigen. Dass das ältere Menschen waren, die einfach eine Laufbahn hinter sich haben. Der Olaf hat mich immer sehr beeindruckt, wie er in der Schweiz fünf Jahre lang in die Abendschule gegangen ist. Und das hat mich sicher	Persönliche Änderungen allgemein – unabhängig von der Einstellung, Wahrnehmung bzw. dem Umgang mit Personen mit Demenz – Abgrenzung zu UK 4.1 und UK 4.2.

			auch sehr dazu inspiriert jetzt gerade in Hinblick auf, ich könnte vielleicht ein bisschen aktiver sein, ich könnte ein bisschen motivierter sein im Studium, unserer Generation geht es sehr gut im Vergleich zu anderen. Dass ich das ein bisschen mehr zu schätzen weiß und ein bisschen was draus mache.“ (I6, 9/31-40)	
UK 4.0 Allgemeine Veränderungen	Allgemeine Persönliche Änderungen	Welche persönlichen Änderungen kannst du seit Beginn des Freiwilligeneinsatzes an dir festmachen?	B4: „Ja für mich relativieren sich manche Sachen. Also auch wenn es jetzt in meiner Arbeit stressig ist, denke ich mir okay, das ist zwar stressig, gewisse Dinge sind herausfordernd, auch, wenn man manches nicht immer schafft. Aber im Grunde ist es gar nicht so wichtig, weil man dann zum Beispiel so wie diesen Mittwoch, es ist Stress in der Arbeit und am Nachmittag gehe ich dann zu den Freizeitbuddys, ja da ist halt alles auf das Einfachste beschränkt (...) das manche Dinge dann, die eigentlich jetzt für einen wichtig sind	Abgrenzung zu UK 4.1, UK 4.2 – hierbei geht es um Veränderungen, welche nicht unmittelbar mit den Einstellungen/ Bildern zu bzw. dem Umgang mit Menschen mit Demenz in Verbindung gebracht werden
			oder vielleicht ja Erfolg, Beruf, im Endeffekt dann auch nur ein Teil davon sind. (...) Ja, dass man halt diesen Ausgleich hat, den ich habe und Dinge wieder anders sieht, man wird so rausgerissen aus dem Alltag.“ (I4, 8/30-9/5)	
UK 4.1 Veränderung bzgl. Einstellungen/ Bilder	Änderungen in Bezug auf die Einstellung gegenüber dem Phänomen Demenz bzw. Änderungen bzgl. des Demenzbildes	Was hat sich seit Beginn deines Freiwilligeneinsatzes in Bezug auf deine Einstellung gegenüber Personen mit Demenz verändert?	B6: „B6: Ja jeden Fall. Auf jeden Fall dieser Aspekt, dass ich sie auf keinen Fall mehr als leere Hüllen wahrnehme, es sind doch diese ganzen Facetten der Persönlichkeit und die Eigenheiten jeder Person, die sind mir doch stark im Eindruck geblieben und in Erinnerung. Und dass dadurch spiegelt sich auch schon stark mit der Ansicht nieder, die ich jetzt von mit dem Menschen mit Demenz habe, also dass ich sie viel mehr als vorher als Personen wahrnehme, die ganz ganz eindeutige und starke Bedürfnisse und Persönlichkeiten haben.“ (I6, 10/1-7)	Abgrenzung zu UK 1.3 und UK 3.1 – hierbei geht es um die Reflexion – was hat sich verändert?

UK 4.2 Veränderungen im Umgang mit Betroffenen	Änderungen in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit Demen	Was hat sich seit Beginn deines Freiwilligeneinsatzes in Bezug auf den Umgang mit Personen mit Demenz verändert?	B4: „Mhm die Berührungsängste sind weniger geworden, man achtet mehr, wie sich jemand verhält, also man kann das schon besser einschätzen. Ja, das ist eigentlich der, ja“ (I4, 9/19-20)	Abgrenzung zu UK 1.2, hierbei geht es um die Reflexion, was hat sich verändert?
UK 4.3 Subjektive Änderungstheorien	Persönliche Theorien, was zu den erwähnten Änderungen beigetragen haben könnte	Was hat deiner Ansicht nach zu dieser Veränderung beigetragen?	B2: „Naja Erfahrung. Erfahrung mit den Leuten, dadurch dass ich ja vorher keine Erfahrung gehabt habe, nur was ich gehört habe und viel auch durch die Schulungen sicher. Also auch durch die Schulungen und die Weiterbildungen die es immer wieder gibt auch das.“ (I2, 7/9-11)	
NK 2 <i>Ausblick</i>	Einschätzung, was sich aktuell in Bezug auf die Thematik ändern müsste und mögliche Ideen, wie es zu dieser Änderung kommen könnte.	Wie könnte man deiner persönlichen Erfahrung nach das aktuelle Demenzbild in der Gesellschaft ändern?	B4: „Naja vielleicht auch viel mehr Aufklärungsarbeit. Das heißt, dass man mehr in der Berichterstattung zeigt auch im Fernsehen vielleicht, da gibt es zwar immer wieder Anstöße und Diskussionen über Themen, aber das ist halt auch nur am Rande.“ (I4, 10/37-39)	