

Die Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen

**Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis im Alter –
wie kann der Übergang gut begleitet werden?**

Diplomarbeit im Rahmen des Lehrgangs
Lebens- und Sozialberatung 2024/2026

am ÖAGG Wien

Eingereicht von Mag. Brigitte Juraszovich Szirta

Betreuung durch
Ernst Silbermayr

Wien, 2026

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht. Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form bei keiner anderen Prüfung eingereicht.

24. März 2026

Datum

Bright Juasoonch
Unterschrift

ABSTRACT

In Österreich leben rund 170.000 Menschen mit einer Form einer demenziellen Erkrankung. Viele von ihnen werden von An- und Zugehörigen begleitet, unterstützt, betreut oder gepflegt. Die vorliegende Arbeit will aufzeigen, wie von Demenz Betroffene und ihre Familien bzw. Freunde gut begleitet werden können, so dass sie mit der Krankheit so gut wie möglich umgehen können, und welche Rolle hier Lebens- und Sozialberater:innen einnehmen können.

Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen brauchen umfassende Unterstützung, von Hilfe zur Selbsthilfe, emotionaler Unterstützung über Informationen und Kompetenzen, praktischer Hilfe und Beratung zu rechtlicher und finanzieller Beratung. Anhand von Fallbeispielen wird dargestellt, wie eine psychosoziale Beratung über den Verlauf der Krankheit die Menschen unterstützen und entlasten kann.

Around 170,000 people in Austria live with some form of dementia. Many of them are accompanied, supported, looked after or cared for by relatives and friends. This thesis aims to demonstrate how people with dementia and their families or friends can be effectively supported so that they can cope with the condition as well as possible, and what role life and social counsellors can play in this regard.

People with dementia and their relatives and friends need comprehensive support, ranging from help to help themselves and emotional support to information and skills, practical help and advice, and legal and financial guidance. Using case studies, the paper illustrates how psychosocial counselling can support and relieve the burden on people throughout the course of the disease.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung und Fragestellung.....	5
2. Was ist Demenz?	7
2.1. Die medizinische Perspektive.....	7
2.2. Leben mit Demenz.....	8
3. Demenz – die Krankheit als kritisches Lebensereignis	10
4. Ressourcenorientierte Beratung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen.....	16
4.1. Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz.....	16
4.2. Beratung und Begleitung von Angehörigen	21
5. Netzwerke als Ressource	25
6. Conclusio	26

1. Einleitung und Fragestellung

„Ihr denkt vielleicht, es begann mit Vergesslichkeit, etwa dass man in die Küche geht, um etwas zu holen und inzwischen vergessen hat, was es war. Das kam immer öfter vor. Ich kämpfte dagegen an, indem ich mir bestimmte Gewohnheiten für alles Alltägliche zurechtlegte. Erst dies, dann das, dann ... Es wurden fast Rituale, und im Großen ganzen funktionierte es, es pflegte mich und besorgte den Haushalt und hielt meine Angst auf Distanz.

Einige Jahre.

Aber die Krankheit begann schon vorher damit, dass ich keine ... Verbindungen mehr hatte. Wenn jemand zu mir sprach, hörte ich nicht, was gesagt wurde, sah nur den Mund sich bewegen. Und wenn ich sprach, hörte mir keiner zu.

Ich war einsam.“

(Marianne Frederiksson, Hannas Töchter, S 342 Fischer Taschenbuch Verlag, 1999)

In Österreich leben geschätzt rund 170.000 Menschen mit einer demenziellen Beeinträchtigung (Alzheimer Europe 2026), die meisten davon werden von ihren Familien begleitet, betreut, unterstützt oder gepflegt.

Die genaue Anzahl der betroffenen Menschen ist nicht bekannt, was insbesondere daran liegt, dass eine medizinische Diagnose sehr spät oder gar nicht gestellt wird. Häufig werden die mit der Krankheit verbundenen Veränderungen als „normale Alterserscheinung“ nicht ernst genommen oder verdrängt. Betroffene selbst wollen die Veränderungen nicht wahrhaben, haben Angst vor der Krankheit und lernen, die Beeinträchtigungen gut zu überspielen. Angehörige und Freunde sind verwundert über Verhaltensveränderungen, oft wird vielen erst etliche Jahre nach Erkennen erster Anzeichen bewusst, dass eine Krankheit vorliegt.

Eine medizinische Diagnose oder die Gewissheit nach einer Abklärung löst bei vielen Familien oft Verzweiflung, Angst und Scham aus.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie Betroffene und ihre Familien bzw. Freunde rund um eine Abklärung bzw. Diagnose gut begleitet werden können, so dass sie mit der Krankheit so gut wie möglich umgehen können.

Dabei werden folgende theoretische Konzepte als Grundsätze für eine gelingende Beratung diskutiert.

- Demenz als kritisches Lebensereignis bzw. als möglicher Auslöser von lebensverändernden Krisen: das Bewusstsein über demenzielle Beeinträchtigungen, eine Diagnose oder auch Verhaltensveränderungen können bei den Betroffenen, aber auch bei ihren Freunden und Angehörigen zu Krisen

führen. In der Arbeit soll dargelegt werden, dass hier Maßnahmen der Krisenintervention in der Beratung helfen können.

- Das Konzept der Salutogenese stützt sich auf das Vorhandensein bzw. den Ausbau von Ressourcen zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen (BZgA, o.D.). Die Arbeit soll zeigen, dass Ressourcenorientierung in der Beratung unabhängig vom Ausmaß der Krankheit Wohlbefinden stärken und den Umgang mit der Krankheit besser bewältigbar machen kann. Dabei geht es auch um Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung der von Demenz betroffenen Menschen.
- Das Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehung (Wahl et.al, 2012) sieht den Menschen in seiner Umwelt und geht davon aus, dass die Lebensqualität von Menschen von seiner physischen, psychischen und sozialen Umwelt beeinflusst wird bzw. zwischen dem Menschen und seiner Umwelt ein Passungsgefüge besteht, welches durch ein kritisches Lebensereignis in ein Ungleichgewicht geraten kann. Hier soll näher auf die Frage eingegangen werden, welche Rolle die Beratung bei der Unterstützung zum Erhalt oder Aufbau sozialer Netzwerke spielen kann.

Methode

Die Übertragung der Grundlagen dieser theoretischen Konzepte wird anhand von Fallbeispielen aus meiner beraterischen Praxis konkretisiert. Die Ausführungen zu Wünschen und Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen stammen aus Interviews, die im Rahmen von Treffen der Selbsthilfegruppen von PROMENZ (einer österreichweiten Initiative von und für Menschen mit Demenz sowie deren An- und Zugehörigen) durchgeführt wurden. Promenz ist ein gemeinnütziger Verein und zugleich ein bundesweiter Selbsthilfeverband, der sich für die Förderung von Selbsthilfe und Selbstvertretung im Demenzbereich einsetzt, in zweiwöchigem Abstand finden Treffen zur Selbsthilfe von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen statt.

Glossar

Menschen mit Demenz, Betroffene:

Im folgenden Text wird darauf geachtet, wertschätzendes und ressourcenorientiertes Wording zu verwenden. Wenn über Demenz berichtet wird, soll nicht die Krankheit im Vordergrund stehen, sondern die betroffenen Menschen und deren An- und Zugehörige. Die Betroffenen als „Demente“ oder „Demenzkranken“ zu bezeichnen heißt, sie auf ihre kognitiven Einschränkungen oder ihre Rolle als Patient und Patientin zu reduzieren und sie damit abzuwerten (GÖG 2021).

An- und Zugehörige:

Damit sind jene Menschen umfasst, die Menschen mit Demenz begleiten, ihnen nahestehen und sie unterstützen, wie Verwandte, Freund:innen oder Nachbar:innen.

2. Was ist Demenz?

2.1. Die medizinische Perspektive

Demenz ist ein Sammelbegriff für verschiedene Erkrankungen des Gehirns, die durch fortschreitenden Verlust kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Sprache oder Orientierung gekennzeichnet sind.

Die bekannteste und häufigste dementielle Erkrankung ist die Alzheimer-Demenz, daneben gibt es viele verschiedene Formen wie z.B. die vaskuläre Demenz, die Lewy-Body-Demenz oder die Frontotemporale lobäre Degeneration (FTLD). Jede dieser Formen hat spezifische Ursachen, Symptome und Verläufe, die eine differenzierte Diagnose und Therapie erforderlich machen (Felbecker et al. 2019).

Grundsätzlich können die einzelnen Demenzformen in 3 Gruppen unterteilt werden: primäre neurodegenerative, primäre nicht neurodegenerative und sekundäre Demenzen (GÖG 2025).

Bei primären neurodegenerativen Formen, wie der Alzheimer-Demenz und der Lewy-Body Demenz wird neuronales Gewebe abgebaut, Nervenzellen sterben letztendlich ab. Diese Formen sind nicht heilbar, mit medikamentöser Behandlung kann der Verlauf verzögert, aber vor allem die Alltagsfähigkeiten gestärkt werden.

Primär nicht neurodegenerative Formen, wie die vaskuläre Demenz, entstehen durch Durchblutungsstörungen im Gehirn, meist infolge von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, Bluthochdruck, hohem Cholesterinspiegel oder Schlaganfällen. Die damit verbundenen Beeinträchtigungen hängen dabei stark vom Ort und Ausmaß der vaskulären Läsionen ab, diese Demenzformen können bei rechtzeitiger Diagnose und Behandlung in ihrem Fortschreiten verzögert und verlangsamt werden.

Sekundäre Demenzen entstehen hingegen infolge von anderen Erkrankungen oder Zuständen, etwa Organstörungen, endokrinen Störungen, Mangelernährung oder Nebenwirkungen von Medikamenten. Solche Formen sind oft reversibel, wenn die zugrunde liegende Ursache behandelt wird (Felbecker et al. 2019).

Diese Informationen über die Entstehung und die Formen der unterschiedlichen Demenzerkrankungen sind in der Öffentlichkeit nur bedingt bekannt, es wird meist von „der Demenz“ gesprochen, oft verbunden mit sehr negativen Bildern, mit Angst und bei Betroffenen oft mit Scham.

Im Rahmen der Beratung von Menschen mit Demenz ist es in einem ersten Schritt wichtig, diese Fakten mit den Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen auszutauschen und zu erklären. Ziel kann sein, die Menschen zu ermutigen, eine ärztliche Diagnose einzuholen, um eine adäquate Behandlung durchführen zu können.

Oft führen diese Informationen aber auch dazu, den Menschen die Angst vor der Krankheit zu nehmen, sie zu ermutigen, aktiv zu werden und die nächsten Schritte zu planen. Dabei geht es nicht nur um medizinische und pflegerische Aspekte.

Ein Leben mit Demenz umfasst neben den medizinischen und pflegerischen Aspekten auch soziale, psychologische und gesellschaftliche Faktoren und muss daher aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Dies wird im Rahmen der österreichischen Demenzstrategie besonders hervorgehoben und in den Mittelpunkt der Ziele der Strategie gestellt. Es wird hier hervorgehoben, dass eine rein medizinische Betrachtung zu eng ist, um eine wirksame Unterstützung und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (Juraszovich et al. 2015). Demenz wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, die ein integriertes und übergreifendes Handeln erfordert. Im Zentrum der ersten drei Ziele der Demenzstrategie stehen die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedürfnisse der betroffenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen, die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Demenz und die zielgerichtete Information der Öffentlichkeit.

2.2. Leben mit Demenz

In Österreich leben geschätzt rund 170.000 Menschen mit Demenz, knapp 70 Prozent sind über 85 Jahre alt (Alzheimer Europe 2026). Knapp 8.000 Menschen mit Demenz sind unter 65 Jahre alt. Nicht nur im Alter unterscheiden sich die Menschen, der Krankheitsverlauf jeder Demenzform ist sehr unterschiedlich, die Alltagsfähigkeiten unterscheiden sich bei jeder Person, da die Beeinträchtigungen maßgeblich von sozialen und Umweltfaktoren abhängen und von der Art der Unterstützung.

Nur wenige der von Demenz betroffenen Menschen haben eine von einem Facharzt oder einer Psychologin gestellte Diagnose. Sowohl Betroffene und Angehörige als auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte haben oft Ängste und Vorurteile gegenüber der Diagnose Demenz (GÖG, 2025).

Vor allem bei jung Betroffenen – also Menschen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren – kann es mitunter sehr lange dauern, bis eine vollständige Diagnose gestellt wird. Betroffene berichten, dass sie in einem ersten Schritt mit Depression oder Burn Out diagnostiziert wurden. Erst wenn die damit verbundenen Therapien nicht zu einer Milderung der Symptome wie Orientierungslosigkeit oder zunehmende Verwirrtheit führen, wird mit bildgebenden Verfahren die richtige Diagnose gestellt. Für viele Menschen bedeutet dies, aus dem Berufsleben ausscheiden zu müssen. Für die Familien bedeutet dies eine massive Umstellung und Neuorientierung.

Aber auch bei Menschen in höherem Alter wird häufig eine Diagnose sehr spät oder gar nicht gestellt, was dazu führt, dass die entsprechenden Therapien (medikamentöse und nichtmedikamentöse) zu spät eingesetzt werden und der Krankheitsverlauf schneller als notwendig fortschreitet.

Dies liegt zum einem daran, dass Demenz als „normaler Alterungsprozess“ gesehen wird, obwohl „die verschiedenen Demenzformen in der medizinischen Wissenschaft als Krankheit mit neuropathologischem Korrelat und klinischer Symptomatik verstanden werden“ (GÖG, 2025, S 71).

Gleichzeitig herrschen in der Öffentlichkeit sehr negative und defizitorientierte Bilder von der Krankheit und den betroffenen Menschen vor. Viele Menschen denken bei Menschen mit Demenz meist an hochbetagte Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung mit hohem Pflegebedarf ohne Möglichkeit zu selbständigen Entscheidungen. (GÖG, 2021). Die Krankheit beginnt allerdings mit wenigen, manchmal kaum merkbaren Einschränkungen. Demenzielle Beeinträchtigungen können über viele Jahre unbemerkt bleiben, die meisten Betroffenen können ihren Alltag über lange Zeit gut allein bewältigen, die Beeinträchtigungen kompensieren und diese so vor sich selbst und den anderen verbergen.

Andererseits scheuen sich aber auch die Betroffenen selbst, diese Beeinträchtigungen vor sich selbst, aber vor allem auch vor ihren Angehörigen und Freunden einzugestehen. Häufig befürchten sie, nicht mehr ernst genommen zu werden, auf ihre Defizite beschränkt zur werden. In Interviews weisen Menschen mit Demenz darauf hin, dass sie wie Kinder behandelt werden, ihre Fähigkeiten nicht wahrgenommen werden und in ihrer Anwesenheit über sie gesprochen, nicht aber mit ihnen gesprochen wird:

„Gleichzeitig werden wir, wenn die Diagnose bekannt ist, nicht ernst genommen – oft traut man uns vieles nicht mehr zu. Daher unser Appell: Sprecht mit uns und fragt, ob und welche Unterstützung wir brauchen. Das gilt nicht nur für Ärztinnen und Ärzte oder professionelle Betreuungspersonen, sondern für alle Menschen. Reduziert uns nicht auf unsere Krankheit, sondern nehmt uns mit all unseren Kompetenzen und Beeinträchtigungen als Menschen auf Augenhöhe wahr.“ (GÖG 2025, Vorwort, S XXVI).

Mit fortschreitender Erkrankung kommt es zu Verlusten von kognitiven Fähigkeiten und einer Abnahme der Leistungsfähigkeit des Denkens, es kommt oft zu zeitlichen und örtlichen Orientierungsproblemen und den Menschen fallen Alltagshandlungen wie Kochen, Einkaufen oder Bankgeschäfte schwer.

Das Erinnerungsvermögen lässt nach, was gemeinhin oft mit Vergesslichkeit bezeichnet wird. Für gute Kommunikation mit Menschen mit Demenz sollte dies konkretisiert werden: Menschen mit Demenz „vergessen“ nicht im herkömmlichen Sinn, es ist vielmehr so, dass neue Wahrnehmungen nicht mehr mit alten Erfahrungen und Kenntnissen in Verbindung gebracht werden können (Baer, Schotte-Lange 2019).

Viele Angehörige und Freunde berichten auch, dass die Menschen teilnahmsloser werden, nicht mehr auf andere eingehen können. Im Gegensatz dazu berichten Betroffene selbst, dass sie mehr im Moment leben und sich sogar unbeschwerter fühlen (GÖG, 2021).

Während zu Beginn der Krankheit die betroffenen Menschen ihren Alltag mit entsprechender Unterstützung gut bewältigen können, nehmen im Verlauf der Krankheit die Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung immer mehr ab. Damit verbunden ist in vielen Fällen nicht nur der Verlust von Teilhabe und Selbständigkeit, sowohl professionelle Betreuungspersonen als auch Angehörige und Freunde fühlen sich nicht mehr in der Lage, auf die Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle von Menschen mit Demenz einzugehen.

Baer und Schotte-Lange unterscheiden zwischen dem Gedächtnis des Denkens und dem Gedächtnis der Sinne und Gefühle (Baer, Schotte-Lange 2021). Während das Gedächtnis des Denkens immer mehr an seiner Funktionalität verliert, bleibt das Gedächtnis der Sinne und Gefühle weiterhin „gesund“ und ist vorhanden. Menschen mit Demenz können zwar nicht mehr beschreiben, was sie erlebt haben oder definieren, woran sie sich erinnern, hingegen spüren und fühlen sie weiter und können in der Vergangenheit Erlebtes weiter mit Gefühlen verbinden.

Nicht nur im Hinblick auf das Gedächtnis sind die Gefühle jedoch wichtig. Sie begleiten und prägen den gesamten Verlauf der demenziellen Erkrankung, wobei sich das Erleben der Gefühle der Erkrankten und ihrer Umgebung wesentlich verändert.

In der Kommunikation mit Menschen mit Demenz sollten folgende Grundsätze berücksichtigt werden (Bouterwek, et al, 2026):

- Verhalten als Kommunikationsform verstehen,
- hinter den Handlungen die innere Botschaft erkennen,
- herausfordernde Situationen neu betrachten und
- Konflikten vorbeugen, indem der Mensch - nicht die Krankheit - im Fokus steht.

Aber genau auf diese Aspekte wird bei den meisten Beratungen und Unterstützungsangeboten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen weniger eingegangen. Im Fokus stehen meist medizinische und pflegerische Inhalte. In Kapitel 4 wird darauf näher eingegangen.

3. Demenz – die Krankheit als kritisches Lebensereignis

Kritische Lebensereignisse werden als Begebenheiten im Lebenslauf definiert, die sich in ihrer Auswirkung deutlich von anderen Ereignissen im Leben einer Person unterscheiden. Sie erzeugen einschneidende, das Leben maßgeblich verändernde Belastungen, denen oft kein erprobtes Bewältigungshandeln zur Verfügung steht (BZgA, ohne Datum). Es stellt sich die Frage, warum kritische Lebensereignisse wie z.B. eben eine schwere Erkrankung manche Menschen stärker belasten als andere. Nach dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) liegt die Ursache in der individuellen Ausprägung des Kohärenzgefühles, einem Kernelement des Salutogenese-Konzeptes. Kohärenz bedeutet nach Antonovsky „Zusammenhang“ bzw. „Stimmigkeit“ und beschreibt eine Grundhaltung, die Welt als sinnvoll und zusammenhängend zu erleben. Als zentrale Komponenten des Kohärenzgefühls definiert Antonovsky

1. die Verstehbarkeit
2. die Handhabbarkeit und
3. die Bedeutsamkeit von internen und externen Stimuli.

Für den Umgang mit der Krankheit Demenz kann dies folgendermaßen interpretiert werden: je mehr die Betroffenen und ihre Angehörigen die Auswirkungen der Krankheit

kennen und verstehen, je mehr sie sich über Erfahrungen mit anderen austauschen können, umso besser können sie mit der Krankheit umgehen. Oft hören wir die Frage „warum gerade ich?“. Diese Frage steht stellvertretend für „Verstehbarkeit“ und kann so nicht beantwortet werden. Zwar kann durch umfassende Information über mögliche Verläufe Sicherheit und eben Kohärenz geschaffen werden. Gleichzeitig bedarf es einer personenzentrierten Kombination aus psychischer Stärkung, psychoedukativen Elementen und faktischen Informationen.

Unter Handhabbarkeit versteht Antonovsky alle Ressourcen, die in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehen: diese liegen in der Person selbst, im familiären Umfeld und in der Struktur vorhandener Unterstützungsangebote.

Bedeutsamkeit interpretiert Antonovsky letztendlich damit, dass die Menschen auch einen Sinn darin sehen müssen, auf ein kritisches Ereignis überhaupt zu reagieren, die externen und internen Stimuli anzunehmen als Unterstützung und Hilfe. „Die Krankheit ist ja sowieso unheilbar, warum soll ich eine Diagnose einholen?“- auch diese Äußerungen sind in den ersten Beratungsstunden oft zu hören. Hier scheint es meiner Meinung nach wichtig, sowohl externe Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen, aber vermehrt auch die internen Stimuli anzusprechen, indem Berater:innen dabei begleiten, auf Ressourcen hinzuweisen, Lebensqualität und Lebenssinn zu stärken und zu erhöhen. Das Argument „ich fall ja nur allen zur Last“ kann in einer Beratung bearbeitet und entkräftet werden.

Aus der Perspektive der Beratung für Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen stellt sich somit die Frage, wie bei Eintritt der Krankheit das Kohärenzgefühl gestärkt oder wiederaufgebaut werden kann, um die Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses zu ermöglichen.

Ausgehend von dem oben ausgeführten ist es daher sinnvoll, bei der Beratung ein Gleichgewicht zwischen Information und Psychoedukation, dem Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse und dem Aufzeigen von möglichen Unterstützungen, aber auch auf die Stärkung des Selbstwertes einzugehen.

Kritische Lebensereignisse können Auslöser für Krisen sein, wenn sie im Rahmen der bisherigen individuellen Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden können und bei den betroffenen Personen so zu einer erhöhten psychischen Belastung führen bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen (Reiter & Strotzka 1977), wie erhöhte Anspannung, innere Unruhe, Schlaflosigkeit Unsicherheit, Angst Hilflosigkeit, Irritation, und Aggressivität, Verwirrtheit, Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, wahnhafte Projektionen und Halluzinationen sowie psychosomatische Beschwerden.

In der Literatur wird grob zwischen Lebensveränderungskrise bzw. Entwicklungskrisen und traumatischen oder situativen Krisen unterschieden (Sonneck 2012). Schwere Krankheiten werden als Ereignisse definiert, die Lebensveränderungskrisen hervorrufen können. Kennzeichnend für Lebensveränderungskrisen ist, dass hier der „kritische

Zustand“ erst nach einer längeren Phase erreicht wird, nachdem die Person in ihren Bewältigungsversuchen gescheitert und erschöpft ist.

Bei durch Lebensveränderung ausgelösten Krisen ist es Ziel der Intervention, die Klient:innen bei der Bearbeitung des Krisenanschlusses und der Einleitung einer Neuanpassung zu unterstützen (Sonneck 2012).

Im Zuge der Beratungen von Angehörigen und Betroffenen zeigen sich in den meisten Fällen die Merkmale lebensverändernder Krisen, dabei sind folgende Interventionsschwerpunkte zu beachten (Silbermayr 2025):

Arbeit im Hier und Jetzt

- Was entlastet im Moment?
- Was steigert den Selbstwert jetzt?

Orden und Klären

- Übersicht schaffen
- weg vom „Alles- oder Nichts- Prinzip“
- Rangreihen
- ein klares Ziel ins Auge fassen und verfolgen
- Ziel in Teilschritte zerlegen und auf bereits gemachte Schritte in Richtung des Zieles hinweisen
- Zeitaspekt beachten (Hinweis auf realistische Zeitperspektive hilft gegen Einengung)
- begrenztes (jedoch konkretes) Angebot besprechen

Eine traumatische Krise hingegen entsteht aufgrund von plötzlich auftretenden Ereignissen, auf die das Individuum nicht vorbereitet ist. Eine „Mischform“ von traumatischer und lebensverändernder Krise kann auch die Diagnose der Demenzerkrankung insbesondere für nahe Angehörige darstellen, was anhand des nachfolgendes Fallbeispiels illustriert werden soll.

Fallbeispiel Frau K: Krisenintervention nach einer Demenzdiagnose

In einer Beratungsstelle für Demenz ruft kurz vor Weihnachten Frau K. an. Sie ist sehr aufgeregt und weint. Sie berichtet, sie wäre mit ihrer Mutter bei einem neurologischen Facharzt gewesen, da ihre Mutter in den letzten Monaten sehr zurückgezogen und in sich gekehrt gewesen sei und der Hausarzt ihr empfohlen hätte, einen Facharzt aufzusuchen. Der Arzt sei sehr nett gewesen und hätte gemeint, dass sie in einem halben Jahr nochmals kommen sollten, ihre Mutter hätte Medikamente bekommen. Zu Hause hätte sie nun den Befund genauer durchgelesen und dort die Diagnose „Demenz“ gefunden. Nun sei sie sehr schockiert, sie habe Angst, dass ihre Mutter abgeholt und nicht zu Hause bleiben dürfe – und dass noch dazu vor Weihnachten. Frau K. schluchzt zwischen den Sätzen immer wieder und findet schwer zur Ruhe. Immer wieder betont sie, dass es nicht sein könne, dass ihre Mutter abgeholt werde.

Die Beraterin am Telefon erkennt, dass Frau K. durch den Befund in eine Ausnahmesituation geraten ist. Sie versucht, sie zu beruhigen und bittet Frau K. ihr genau zu erzählen, wie ihre Mutter lebt, wie der Alltag der Mutter aussieht und wie ihre Mutter mit dem Alltag zurecht kommt. Frau K. beginnt zu erzählen und beruhigt sich zunehmend, da sie beim Erzählen auch immer wieder darauf zu sprechen kommt, was ihre Mutter alles noch selbst tun könne. Auf die Frage, ob die Mutter alleine lebt, beginnt Frau K. allerdings wieder zu weinen und bejaht die Frage. Die Beraterin bittet Frau K., zu erzählen, wie oft sie ihre Mutter besucht und warum sie Angst hätte, dass ihre Mutter nicht alleine zurecht kommen würde. Frau K. weist auf die Diagnose im Befund hin und erwähnt nochmals, dass sie es nicht aushalten würde, wenn ihre Mutter abgeholt werden würde. Die Beraterin versichert Frau K., dass alleine eine Diagnose Demenz nicht dazu führen könne, dass Menschen „abgeholt“ werden würden und wiederholt, was ihr Frau K. vom Leben der Mutter erzählt habe. Sie weist darauf hin, dass die Schilderungen den Schluss zulassen würden, dass Frau K. und ihre Mutter mit der aktuellen Situation gut zurecht kommen würden. Langsam beruhigt sich Frau K. und will nochmal hören, dass ihre Mutter nicht „einfach so“ abgeholt werden würde. Die Beraterin bestätigt dies und bestärkt Frau K. darin, sich gemeinsam mit ihrer Mutter auf das Weihnachtsfest vorzubereiten. Sie bietet ihr ein weiteres Gespräch am kommenden Tag an. Frau K. nimmt das Angebot gerne an, am kommenden Tag ist sie ruhiger und fühlt sich sicherer. Sie macht gemeinsam mit der Beraterin Pläne, wie sie und ihre Mutter sich gut auf das bevorstehende Weihnachtsfest vorbereiten können. Nach dem Jahreswechsel finden mit Frau K. in der Beratungsstelle regelmäßige Gespräche statt.

Das Fallbeispiel soll zeigen, dass die klassischen Methoden der Krisenintervention auch hier hilfreich sind und als Leitlinien beachtet werden können (Silbermayr 2025):

- Interventionen sind ressourcenorientiert
- Interventionen sind individuell ausgerichtet
- Beziehungsfördernde Grundhaltung des Helfers
- Übergeordnetes Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe
- Grenzen (der Belastbarkeit) der Klientin respektieren
- Hilffssystem (= Ressourcen) für Helfer entwickeln

In sehr vielen Fällen kommen Angehörige aber erst dann zu einer Beratung, wenn sie am Ende ihrer Kräfte angelangt sind und sich in einer scheinbar ausweglosen Situation befinden. Sie haben das Gefühl, immer da sein zu müssen, nicht ersetzbar zu sein, aber gleichzeitig nicht mehr weiter zu können. Häufig entsteht dadurch bei Ihnen das Gefühl, versagt zu haben und der Pflicht der Begleitung und Betreuung nicht nachgekommen zu sein.

Wenn bei Veränderungskrisen Vermeidungsverhalten oder destruktive Bewältigungsmuster eingesetzt werden, besteht die Gefahr der Entstehung von chronisch-protrahierte Krisen.

Die Unterscheidung zwischen „chronischen Krisen“ und akute Krisen ist bei einem Erstgespräch nicht einfach zu treffen. Im Beratungsgespräch ist es daher wichtig zu

erfragen und zu explorieren, wie lange die Betreuungssituation unter diesen angespannten Schwierigkeiten besteht. Angehörige fordern aktuelle Hilfe an, es ist allerdings bei chronischen Krisen wichtig, hier auch die Bereitschaft zur Änderung der Lebensverhältnisse zu erfragen. In vielen Beratungen zeigt sich in den ersten Einheiten, dass Angehörige mögliche Vorschläge zur Entlastung als unmöglich und nicht umsetzbar ablehnen und nicht darauf eingehen können.

Folgende Symptome sind dafür charakteristisch (Silbermayr 2025):

- Vermeidungsverhalten
- „Aktivität“ besteht hauptsächlich aus Klagen und Anklagen
- Depressive Stimmung
- Oft hoher Medikamentenkonsum (ohne süchtig zu werden)
- Oft misstrauisch
- Mangelnde Selbsthilfemöglichkeiten, Passivität, Hilflosigkeit, Abhängigkeit
- Bei vordergründiger Kooperation (oft) fehlende Veränderungsmotivation
- Abgabe der Verantwortung
- Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit
- Sozialer Rückzug
- Isolation

Bei chronisch-protrahierte Krisen sind folgende Interventionsschwerpunkte anzusetzen (Silbermayr 2025):

- Kontakt
 - Bin ich zuständig?
 - Unterscheidung zwischen „Geschichten“ und der Person
 - Auf Arbeitsauftrag achten
 - Auf Abgrenzung achten
- Situationserfassung
 - Frage nach der Dauer (Hinweise auf Chronifizierung!)
 - Kompetenzklärung
- Symptomatik
 - Gefühlsausdruck ermöglichen, aber nicht verstärken!
- Ansatz zur Problembewältigung
 - Abschätzung der Veränderungsmotivation (Was? Wie?)
 - alles positiv verstärken, was er /sie selbst tut
 - daran arbeiten, wieder Verantwortung für die eigene Situation zu übernehmen
 - daher gilt es auch, die Betroffenen nicht darin zu bestärken, viele andere Leute und Hilfsquellen „anzuzapfen“ (anders bei akuten Krisen!)

Im folgenden Fallbeispiel soll dies näher beschrieben werden.

Fallbeispiel Frau W.: Überforderung und Chronifizierung der Krise

Frau W. kommt in die Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz, die sich alle zwei Wochen für zwei Stunden trifft. Sie stellt sich vor und schildert ihre Situation: ihr Mann sei seit acht Jahren an Parkinson erkrankt, sie unterstütze ihn von Beginn an alleine und in extremer Einzel- und Selbstverantwortung. Ein Krankenhausaufenthalt habe seine Situation stark verschlimmert, in den letzten Monaten habe er auch kognitive Beeinträchtigungen entwickelt. Sie könne ihn nicht mehr längere Zeit alleine lassen und habe daher auch keine Auszeit. Sie sei am Ende ihrer Kräfte und sehe keinen Ausweg. Die einzige Möglichkeit wäre eine Übersiedelung in ein Pflegeheim, aber das sei „nur über ihre eigene Leiche“ möglich. Frau W. kann nicht auf die anderen Teilnehmer:innen der Gruppe eingehen, unterbricht diese immer wieder und weist ständig darauf hin, dass ihre Situation besonders belastend und einzigartig sei, da sie ganz alleine und ohne andere Menschen für ihren Mann verantwortlich sei. Sie ist nicht interessiert am Austausch an Erfahrungen und beklagt sich über das Fehlverhalten aller professionellen Angebote, die sie bis jetzt in Anspruch genommen hat. Die Gruppenleiterin der Selbsthilfegruppe bietet ihr ein Einzelgespräch an, da sich Frau W. nicht in die Gruppe einfügen kann und es auch nicht den Anschein hat, dass ihr hier geholfen werden kann.

Im Einzelgespräch will die Beraterin die Situation von Frau W. explorieren, sie lässt ihr viel Zeit, nochmals die Situation zu schildern und gibt ihr Raum für die Schuldzuweisungen an andere. Dabei fällt ihr auf, dass Frau W. nicht wirklich in der Lage ist, zu definieren, welche Unterstützung es für sie und ihren Mann eigentlich bräuchte, sie wiederholt in einer Schleife, dass alles nichts nütze und es keine Lösungen gäbe, kann aber nicht konkret darauf eingehen, was nicht gut läuft.

Frau W. erzählt, dass sie fast nichts schlafe, am Morgen aber am liebsten nicht aufstehen wolle. Sie weine viel und bemühe sich aber, ihren Mann das nicht merken zu lassen. Alle Angebote, welche die Beraterin als mögliche Alternative und Entlastung anbieten und mit Frau W. diskutieren will, lehnt diese als unmöglich ab und reagiert sehr verärgert darüber, dass ihr dies vorgeschlagen wird. Die Beraterin will abklären, was Frau W. sich von den Gesprächen mit ihr erwartet, da beginnt diese zu weinen und führt aus, dass niemand ihr und ihrem Mann helfen könne und sie nicht mehr leben will. In einem Pflegeheim oder mit Hilfe anderer Pflegepersonen in der Wohnung würde auch ihr Mann zugrunde gehen. Die Beraterin vermutet, dass eine akute schwere Depression vorliegt und fragt Frau W., ob sie bereit wäre, die Hilfe einer Therapeutin anzunehmen. Sie gibt ihr die Kontakte einer Psychotherapeutin, Frau W. stimmt dem zu. Die Beraterin bespricht mit Frau W., dass diese sich in einer Woche melden solle, um mitzuteilen, ob sie die therapeutische Hilfe angenommen habe. Nach zwei Wochen erfährt die Beraterin, dass Frau W. in therapeutischer Behandlung ist.

4. Ressourcenorientierte Beratung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen

4.1. Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz

„Um Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen zu begegnen, braucht es viel mehr als “nur” Fachwissen - es braucht Haltung, Respekt, Empathie und echtes Interesse am Gegenüber.

Eine Haltung,

- die den Menschen sieht und nicht “nur” die Diagnose.
- die die Ressourcen sieht und sich nicht auf die Defizite konzentriert.
- die den Menschen so annimmt, wie er gerade ist.
- die uns hilft, die Person hinter dem Verhalten zu erkennen, ihre Geschichte, ihre Emotionen, ihre Sehnsüchte und ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Zugehörigkeit.“ (Bouterwek, et al, 2026, S 6).

Psychosoziale Beratung für Menschen mit Demenz wird nur in sehr eingeschränktem Ausmaß angeboten. Dabei kann es – wie schon erwähnt – für viele Betroffene eine sehr belastende Situation sein, mit den ersten Anzeichen, mit einer medizinischen Abklärung oder einer Diagnose zurecht zu kommen.

In der Selbsthilfegruppe PROMENZ werden Menschen mit Vergesslichkeit zu ihrem Leben und ihren Bedürfnissen interviewt. Auf die Frage, wie es ihm nach der Diagnose gegangen ist, antwortet Andreas: „*Nach der Diagnose dachte ich: jetzt bin ich bald nicht mehr ich selber, ich kenn mich nicht mehr, ich kenn niemanden mehr und das Leben hat seinen Sinn verloren*“ (PROMENZ Videos, [Videos - PROMENZ](#), download am 22.3.2026).

Bei vielen Betroffenen lösen die Anzeichen von Demenz, aber auch eine Diagnose Verzweiflung, Angst und Scham aus und viele entwickeln eine schwere Depression und verlieren ihren Lebensmut. Sie ziehen sich zurück, weisen Unterstützung und Hilfe zurück und versuchen, ihre Beeinträchtigungen vor anderen zu verbergen.

In Österreich wird zwar in allen Bundesländern spezifische Demenzberatung angeboten, diese legen den Fokus allerdings auf die Beratung zu Pflege- und Betreuungsangebote sowie über die häusliche Pflege. Zudem beantworten sie wichtige Fragen zu Pflegegeld und anderen finanziellen Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen durch Bund und Länder (Kurbauer, T.; Ruf, A.K.; 2025). Damit treffen sie aber nur zum Teil die Bedürfnisse der Betroffenen.

Um Hilfe und Unterstützung annehmen zu können, ist es in einem ersten Schritt notwendig, die Krankheit zu akzeptieren und nicht daran zu verzweifeln. Depressionen können kognitive Beeinträchtigungen verstärken und in einigen Fällen auch dazu

führen, dass die Symptome der demenziellen Erkrankung sich manifestieren und verstärken (Jagsch 2025).

Daher ist es zielführend, zu den fachlichen Beratungen auch Psychotherapie oder eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, die sowohl fachliche als auch psychosoziale Aspekte anbieten kann. Dies wird in Österreich allerdings nur selten spezifisch für diese Zielgruppen angeboten.

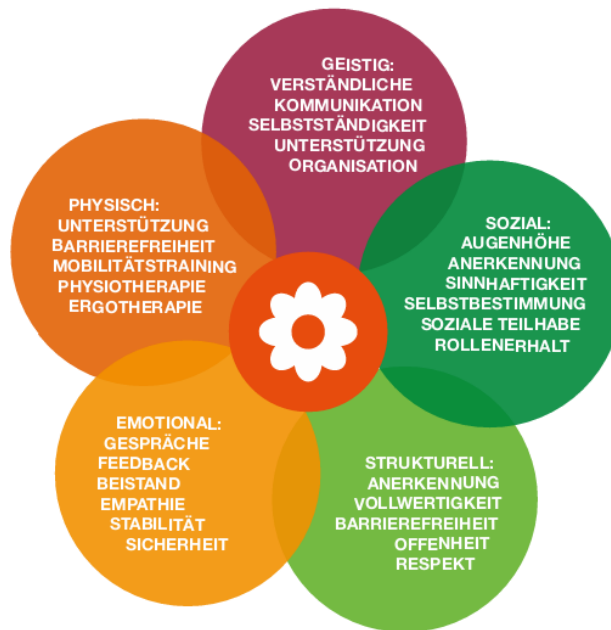
Das PROMENZ-Verständnismodell

Um die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erfassen zu können, wurde im Jahr 2024 gemeinsam mit Betroffenen unter wissenschaftlicher Begleitung das PROMENZ-Verständnis Modell entwickelt (Promenz 2024). „Das Modell zielt darauf ab, die mit einer Demenz verbundenen Beeinträchtigungen aufzuzeigen und deutlich zu machen, welche Strategien Betroffene entwickeln und anwenden, um mit den Herausforderungen umzugehen. Dabei wird deutlich, dass Demenz nicht ausschließlich als Verlust von Fähigkeiten verstanden werden sollte, sondern dass Menschen mit Demenz weiterhin über Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse verfügen, die es zu stärken gilt.“ (Promenz 2024, S 4). Damit bildet dieses Verständnismodell eine gute Grundlage für die Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz.

Andere Modelle, die Demenz verständlich machen, sind das Demenz Balance Modell von Barbara Klee-Reiter (2005) und das Stadienmodell nach Reisberg (1983). Das Demenz-Balance-Modell zielt darauf ab, Nicht-Betroffenen einen Perspektivwechsel durch Selbsterfahrung zu ermöglichen, indem es Verlusterfahrungen simuliert und die daraus resultierenden Emotionen zu erfassen versucht. Das Stadienmodell nach Reisberg unterteilt den Verlauf der Demenz in unterschiedliche Phasen, die mit bestimmten Symptomen und Einschränkungen einhergehen und beschreibt diese. Damit soll Angehörigen und professionellen Betreuungskräften ein besserer Einblick in die Gefühlswelt von Betroffenen ermöglicht werden. Diese beiden Modelle sind vorwiegend durch Beobachtung von Menschen mit Demenz entwickelt worden, während das Verständnismodell Betroffene partizipativ in die Forschung miteinbezogen hat.

Das Modell zeigt auf, wie Menschen mit Demenz ihre Beeinträchtigungen auf fünf Ebenen wahrnehmen und bewältigen – geistig, körperlich, emotional, sozial und strukturell – und welche Wünsche und Bedürfnisse sie äußern (Schönborn 2024).

Abbildung 1: Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz



Quelle: Schönborn 2024

Die Abbildung zeigt die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Gedächtnisproblemen in verschiedenen Lebensbereichen. Sie zielen auf eine Verbesserung der Lebensqualität ab, insbesondere durch den Erhalt und die Stärkung von Autonomie, Würde und sozialer Teilhabe.

Auf der geistig-kognitiven Ebene werden folgende Bedürfnisse aufgezeigt: Betroffene benötigen eine klare, verständliche Kommunikation und Anleitung, die ihnen Orientierung gibt. Auch Organisation und Struktur im Alltag spielen eine wichtige Rolle, um die Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Dies betrifft nicht nur die Organisation innerhalb einer Familie, sondern erfordert auch in der Öffentlichkeit mehr Wissen und Informationen, so zum Beispiel bei Ärztinnen und Ärzten, im Handel oder in der Nachbarschaft.

Im körperlichen Bereich werden Barrierefreiheit und Mobilitätstraining besonders hervorgehoben. So kann es Betroffenen ermöglicht werden, alltägliche Aktivitäten selbstständig durchführen zu können. Auch der Zugang zu therapeutischen und psychosozialen Angeboten wird unter diesen Begriff der Barrierefreiheit inkludiert.

Emotionale Bedürfnisse wie Sicherheit, Empathie und Stabilität sind für die Betroffenen von zentraler Bedeutung. Sie schätzen Rückversicherung und konstruktives Feedback, das ihnen Orientierung gibt. Dabei wünschen sie sich verlässliche persönliche und professionelle Unterstützung und Begleitung.

Als maßgeblich im Rahmen der sozialen Bedürfnisse wird Zuhören angeführt. Betroffene äußern den Wunsch nach Anerkennung, Gleichwertigkeit und

Aufrechterhaltung ihrer Rolle in Beziehungen und Gemeinschaften. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Selbstbestimmung sind für sie von zentraler Bedeutung. Die Betroffenen wünschen sich außerdem, dass ihre Anliegen ernst genommen und respektiert werden, damit sie sinnvolle Aktivitäten erleben und sich in die Gesellschaft einbringen können. Dazu bedarf es – je nach Stadium der Erkrankung – auch Schulung und kommunikative Kompetenzen beim Gegenüber, um den Willen der Betroffenen auch bei schwerer Erkrankung erfassen zu können.

Fallbeispiel: Maria kommt ins Krankenhaus (entnommen aus: Juraszovich et al. 2024)

Mein Name ist Maria, ich bin 81 Jahre alt. Ich lebe allein, komme aber eigentlich noch gut zurecht. Trotzdem ich seit einiger Zeit etwas vergesslich bin, koche ich für mich selbst und gehe zum Bäcker und zum Lebensmittelgeschäft ums Eck. Meine Nichte Luise unterstützt mich im Haushalt und beim Vorbereiten meiner Medikamente. Wenn ich zum Arzt muss, begleitet sie mich, weil ich in letzter Zeit manchmal vergesse, was ich beim Arztbesuch fragen wollte.

Vor einem Monat bin ich beim Einkaufen gestürzt. Mein rechtes Bein tat so weh, dass ein Verkäufer die Rettung verständigte und ich wenig später ins Krankenhaus gebracht wurde. Alles ging sehr schnell, natürlich hatte ich meine medizinischen Dokumente und leider auch mein Handy beim Einkaufen nicht dabei.

Im Krankenhaus selbst war es hektisch: Zuerst bin ich in die Unfallambulanz gekommen, wo ich sehr lange warten musste. Ich habe mich nicht ausgekannt, was jetzt passiert. Niemand hat mich informiert beziehungsweise gefragt, was überhaupt mit meinem Bein geschehen ist. Mein Bein wurde nach einiger Zeit geröntgt, dann habe ich wieder lange warten müssen, bis ich endlich in ein Untersuchungszimmer kam. Im Untersuchungszimmer hat der Arzt nur in seinen Computer geschaut, er hat gar nicht richtig mit mir gesprochen. Er hat nur gesagt, dass das Bein gebrochen ist und dass ich einen Gips bekomme.

Ich hätte mich viel sicherer gefühlt, wenn Luise dabei gewesen wäre. Sie hätte sicher genau nachgefragt. Nachdem mein Bein eingegipst worden ist, musste ich wieder warten. Ich wusste nicht, ob ich nun dableiben muss oder ob ich nach Hause darf. Ich habe jemanden vom Personal gefragt, was jetzt passiert, aber mir wurde nur erklärt, dass ich noch ein bisschen warten muss. Eine gestresst wirkende Person fragte mich schließlich, wo ich wohne, damit sie diese Information dem Fahrtendienst, der mich nach Hause bringen sollte, weiterleiten kann. In der Eile fielen mir jedoch nur der Wohnbezirk und die Türnummer ein. Die gestresste Person ging sichtlich genervt und ohne mir zu antworten weg. Ich habe mich geschämt und wollte eigentlich nur Luise anrufen und sie bitten, mich abzuholen. Nach einer Weile musste ich auch schon ziemlich dringend auf die Toilette, aber ich habe mich – aus Angst, etwas Falsches zu machen – nicht getraut, nachzufragen, wo sich diese befindet.

Gerade in frühen Stadien der Erkrankung fühlen sich Menschen mit Demenz nicht ernst genommen, sie haben die Kompetenzen und Möglichkeiten, ihre Bedürfnisse und

Wünsche gut darzustellen, wenn ihnen dazu die Zeit und der Raum gegeben wird. Psychosoziale Beratung kann hier helfen, die Ressourcen, aber auch das Selbstbewusstsein der Menschen zu stärken, ihnen Scham und Angst vor den Reaktionen der anderen zu nehmen und sie zu ermutigen, ihre Bedürfnisse in ihrem Tempo und in ihren Worten zu äußern.

Eine Demenzerkrankung wird auch oft als „versteckte Krankheit“ bezeichnet, in den ersten Jahren erkennen viele Menschen nicht, dass Betroffene Unterstützung und Begleitung brauchen. Dies löst auch bei Familien, vor allem zwischen (Ehe-)Partner:innen Konflikte aus.

Fallbeispiel Frau und Herr C.: Paarberatung nach einer MCI-Diagnose

Seit etwa sechs Monaten bemerkt Frau C. zunehmende Gedächtnisprobleme und Schwierigkeiten in der Organisation ihres Alltags. Sie verlegt häufig Unterlagen, vergisst Termine und kann manchmal Filmen beim Fernsehen nicht mehr folgen. „Ich verstehe nicht, was mit mir passiert. Ich war immer zuverlässig und konzentriert.“, sagt sie. Aus Scham zieht sie sich zurück – auch von ihren Freundinnen. Ihr Schlaf hat sich deutlich verschlechtert.

Vor wenigen Wochen erhielt Frau C. die Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung „bzw. mild cognitive impairment“ (MCI), die weiter dazu führt, dass es ihr schlecht geht.

Gemeinsam mit ihrem Ehemann sucht sie Unterstützung bei einer Beraterin. Beide wirken verunsichert, erschöpft und auf der Suche nach Orientierung. Herr C. erzählt, dass seine Frau nicht mehr schlafen könne, sich von allen gemeinsamen Aktivitäten zurückziehe und keine Freunde mehr treffe. Er leide darunter, weil er auch nicht verstehe, warum die Diagnose seine Frau so verunsichere, da dies im Alter ja nicht so schlimm sei. Sie solle sich etwas „zusammennehmen“, dann würde schon alles gut sein.

Die Beraterin geht in einem ersten Schritt auf die emotionalen Reaktionen von Frau C. – Angst, Scham, Rückzug und Schlafstörungen – ein und fordert sie auf, diese näher zu beschreiben und ihrem Mann zu erklären, wie sie sich fühlt. Frau C. macht deutlich, dass ihr die Diagnose Angst und Stress verursache, sie nicht will, dass ihre Freundinnen sie bemitleiden und nicht mehr ernst nehmen. Daher bleibe sie lieber zu Hause. Gleichzeitig sei sie traurig, dass ihr Mann immer so ungeduldig und fordernd mit ihr umgehe. Die Zukunft mache ihr Angst.

Danach fragt die Beraterin Herrn C., was dies bei ihm auslöse. Darauf bekommt Herr C. plötzlich Tränen in den Augen: „Meine Mutter hatte Alzheimer-Demenz. Ich weiss, wie es läuft. Ich bin traurig und ratlos. Wir hatten so viele Pläne. Was soll ich für meine Frau tun? Gibt es eine Lösung?“, fragt er.

Die Beraterin gibt den beiden Zeit, diese Ängste miteinander zu teilen. Sie führt auch aus, was genau eine Diagnose MCI bedeutet, welche Möglichkeiten zur Kompetenzstärkung von kognitiven Fähigkeiten es gibt und wo sie hier Hilfe suchen können. Sie führt aus, dass leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive

Impairment) bedeutet: Die Denkfähigkeit ist merklich schlechter als früher, aber der Alltag funktioniert noch normal – daher handle es sich hier um keine Demenz. MCI könne sich stabilisieren oder wieder verbessern Ein Teil der Betroffenen kehre zu normaler kognitiver Funktion zurück. Sie ermutigt Frau C., weiterhin ihre Freundinnen zu treffen.

Diese fachliche Information führt dazu, dass sich das Paar merklich entspannt. Sie stellen weitere Verständnisfragen und fühlen sich zunehmend sicherer darin, auf die Ängste des anderen einzugehen und diese wahrzunehmen.

Die Beraterin bietet dem Paar an, in weiteren Sitzungen darüber zu sprechen. Es werden weitere Termine vereinbart, in denen das Ziel gesetzt wird, die Beziehungsdynamik zu stabilisieren.

Erst nachdem in der Beratung durch fachliche Informationen die Angst vor der Krankheit, Scham, Zukunftsängste gemildert werden, kann auf diese besser und intensiver eingegangen werden.

Daher braucht es bei der Beratung von Menschen mit Demenz nicht nur fachliches Wissen, sondern auch Wissen um spezifische Kommunikationsmöglichkeiten für diese Zielgruppe und psychosoziale und bei Bedarf auch psychotherapeutische Ausbildung, um die Menschen gut zu begleiten.

4.2. Beratung und Begleitung von Angehörigen

Ähnliches gilt auch für Angehörige, es entstehen oftmals Situationen, die schwer zu verstehen oder zu bewältigen sind. Das Verhalten der betroffenen Menschen ist oft herausfordernd, womit nicht immer leicht umzugehen ist. Dieses Verhalten zu interpretieren und im Kontext zu verstehen und dann darauf adäquat darauf einzugehen, ist eine schwierige Aufgabe. Es bedarf viel Energie und Empathie (Bouterwek, et al, 2026). In der Beratung von pflegenden Angehörigen sind daher psychoedukative Elemente wichtig, aber gleichzeitig muss Raum sein, Ängste anzusprechen, Wut loszuwerden und die Energie für die Betreuung und Pflege zu stärken.

Fallbeispiel Frau K: Entlastungsgespräche in der Beratungsstelle

Nach zwei Telefonaten mit der Beraterin der Beratungsstelle vor Weihnachten kommt Frau K. nach Weihnachten in die Beratungsstelle, wo sie einen Termin mit der Beraterin vereinbart, die sie schon am Telefon im Rahmen einer Krisenintervention beraten hat. Sie bedankt sich für die beiden Gespräche, die Beraterin habe ihr Weihnachtsfest gerettet. Sie kann gut reflektieren, dass die Diagnose für sie ein schockierendes Erlebnis war, sie möchte in der Beratung lernen, wie sie sich auf die Zukunft und die möglichen Entwicklungen der Krankheit bei ihrer Mutter vorbereiten kann. Die nächsten fünf Gespräche sind vorwiegend psychoedukative Gespräche, es geht viel um die Möglichkeiten der Kommunikation und Wertschätzung zwischen Mutter und Tochter. Frau K. geht gestärkt aus den Gesprächen hervor, sie nimmt die Vorschläge gut auf und bemerkt, dass sie mit den Informationen auch gestärkt und zuversichtlicher auf die nächsten Monate blicken kann. Sie versichert sich, dass sie bei Bedarf wieder zu

Gesprächen kommen kann. In den nächsten zwei Jahren nimmt sie noch mehrmals telefonisch und persönlich Kontakt mit der Beraterin auf, vor allen in Situationen, die von ihr viel abverlangen, wie z.B. bei der Übernahme der Vorsorgevollmacht für ihre Mutter. Hier ist sie einerseits sehr traurig darüber, dass sie bald die Verantwortung für viele Aspekte im Leben ihrer Mutter übernehmen muss, holt sich in den Gesprächen aber auch die notwendige Stärkung für diese geänderte Mutter-Tochter-Rolle und bekommt gleichzeitig praktische Anweisungen und Ratschläge, wie diese administrativen Angelegenheiten zu erledigen sind.

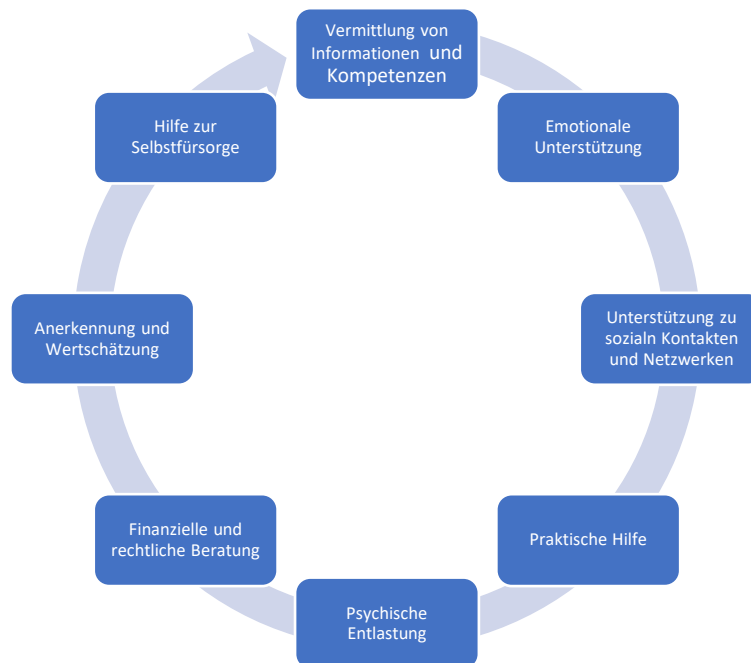
Angehörige von Menschen mit Demenz fühlen sich häufig schlecht über Demenz informiert und beklagen mangelnde Wertschätzung und Anerkennung ihrer Tätigkeit sowie zu wenig auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Angebote, sie sind gemäß Umfragen noch stärker belastet als andere pflegende Angehörige (Cartaxo et. al 2023).

Die Belastungen resultieren aus den unterschiedlichen Ebenen, die besonders bei Demenz zum Tragen kommen (Schönborn, Juraszovich 2023):

- auf der emotionalen Ebene: die Veränderung der Persönlichkeit, die bei Menschen mit Demenz mit der Krankheit einhergeht, ist für viele Angehörige emotional und psychisch belastend und löst zudem manchmal auch Schuldgefühle aus
- auf der körperlichen Ebene: insbesondere bei fortschreitender Erkrankung zeigen sich auch körperliche Beeinträchtigungen bei den Betroffenen, sie benötigen Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen und der Körperpflege, was auch für die pflegenden Angehörigen eine zunehmende körperliche Belastung darstellen kann.
- Auf der zeitlichen Ebene: ständige Aufmerksamkeit und das Gefühl, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen, können zu Erschöpfung führen.
- Auf der sozialen Ebene: Schamgefühle und Zeitmangel führen dazu, dass Angehörige ihre sozialen Aktivitäten einschränken, was oft zu sozialer Isolation und Einsamkeit führt.
- Kommunikative Herausforderungen: Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz kann oft schwierig und herausfordernd sein, vor allem dann, wenn das Wissen über Erkrankung und ihre Auswirkungen nicht vorhanden und nicht geschult wird.
- Gefühl der Hilfslosigkeit: Angehörige haben oft das Gefühl, der Krankheit ausgeliefert und machtlos zu sein, auch darin, den Betroffenen Lebensqualität zu ermöglichen.

Eine ganzheitliche umfassende Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz muss daher auf mehreren Ebenen ansetzen.

Abbildung 2: Ebenen der Beratung



Quelle: Schönborn, Juraszovich (2023), eigene Darstellung

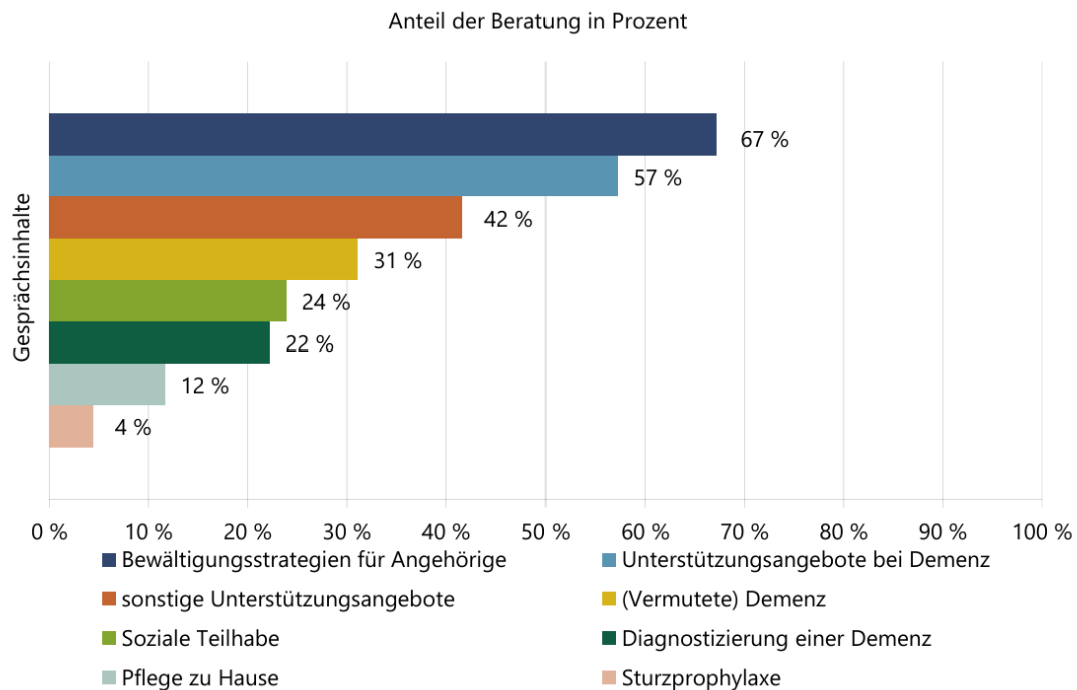
In den Beratungsgesprächen werden diese Ebenen laufend angesprochen und – je nach Bedürfnis der Klient:innen – mehr oder weniger stark in den Fokus der Gespräche gestellt.

Nicht alle dieser Ebenen können von einer Beraterin oder einem Berater alleine angesprochen werden, allerdings sollten zumindest die Kompetenzen vorhanden sein, zu den richtigen Stellen weiter zu verweisen. Es zeigt sich aber, dass es für Angehörige eine große Entlastung sein kann, in der Beraterin bzw. dem Berater eine Vertrauensperson und eine ständige Kontaktstelle zu finden. Im Vordergrund stehen aber insbesondere der Wunsch nach Entlastung und Stärkung der eigenen Ressourcen.

Dies zeigt auch eine Analyse von Beratungsgesprächen einer Organisation, welche Beratung, Pflege und Betreuung anbietet (Kurzbaier, Ruf 2025).

In rund 67 Prozent aller Gespräche waren Entlastungs- und Bewältigungsstrategien das Thema der Beratung. Bei 24 Prozent aller Gespräche waren soziale Isolation und mangelnde Teilhabe das überwiegende Thema.

Abbildung 3: Auswertung von Inhalten von Beratungsgesprächen (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Kurzbauer, Ruf 2025

Die Begleitung von Menschen mit Demenz kann für Angehörige oft mehrere Jahre dauern, sie zeichnet sich dadurch aus, dass es immer wieder zu krisenhaften belastenden Situationen kommen kann und dazwischen immer wieder Phasen auftreten, wo das Gefühl besteht, alles im Griff zu haben.

Daher spielen psychosoziale Beratung und Begleitung eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen, an die im Zeitverlauf unterschiedliche Ansprüche gestellt werden können. Zu Beginn brauchen Angehörige oftmals die Vermittlung von Wissen über die Krankheit, über unterschiedliche Formen der Kommunikation und des Umgangs mit den betroffenen Menschen. Über den Zeitverlauf konzentriert sich die Beratung dann auf die emotionale und mentale Unterstützung. Die Häufigkeit von Beratungstreffen kann im Zeitverlauf ebenfalls variieren: zu Beginn zeigt sich, dass Angehörige teils einmal in der Woche eine Beratung in Anspruch nehmen wollen. Wenn sich die Situation in der Pflege eingespielt hat und sich Routinen entwickeln, können längere Pausen zwischen den Beratungen bestehen. Im Zeitverlauf stellen sich dann kritische Ereignisse ein, die Angehörige vor herausfordernde Situation stellen:

- Das Verhalten der betroffenen Person wird herausfordernd und aggressiv.
- Die Betreuung kann nicht mehr alleine gemacht werden, Hilfen von außen könnten helfen.
- Eine Übersiedelung in eine stationäre Betreuungseinrichtung ist geplant.

Diese oder ähnliche Entscheidungen fordern Angehörige in allen Ebenen, die in Abbildung 2 dargestellt sind.

5. Netzwerke als Ressource

Den vielfältigen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen können in seltenen Fällen von einer einzigen Beratungsstelle oder auch nur von einer einzigen Kontaktperson über den gesamten Verlauf der Erkrankung entsprochen werden.

Menschen, die in einem guten familiären oder Freundesnetzwerk eingebettet sind, sind oft resilienter gegenüber den unterschiedlichen Belastungen. In den Beratungen zeigt sich allerdings auch, dass die familiären Strukturen durch die Krankheit belastet sind und sich im Zeitverlauf ändern können. Häufig kristallisiert sich eine hauptverantwortliche Person heraus, die den Großteil der Pflege übernimmt, in den meisten Fällen sind dies die (Ehe)Partner:innen, aber auch bei der Betreuung von Elternteilen ist es oft eine Person, welche die Hauptverantwortung übernimmt. Dies kann Konflikte in der Familie auslösen.

Die Begleitung und Betreuung alleine auf An- und Zugehörige zu stützen ist kurzfristig und unzureichend, und zwar aus unterschiedlichen Gründen:

- Nicht alle Menschen sind in einem familiären oder Freundeskreis eingebettet, welche Pflege und Betreuung übernehmen können oder wollen.
- Für viele Bereiche der Pflege und Betreuung braucht es professionelle Berufe, An- und Zugehörige können aufgrund fehlender Kompetenzen Aufgaben wie direkte Pflege, Therapien (Ergo-, Physiotherapie) oder psychosoziale Beratung und Psychotherapie nicht übernehmen.
- An- und Zugehörige fühlen sich häufig überfordert, das gesamte Angebot an Unterstützung, Pflege und Betreuung zu überblicken und dieses auch dann anzunehmen, wenn der richtige Zeitpunkt dafür ist.
- 24 Stunden am Tag für einen Menschen mit Demenz da zu sein, bedeutet Überforderung und Überlastung, die auch krank machen kann.

Daher braucht es Strukturen, die von der öffentlichen Hand angeboten werden, um An- und Zugehörige zu entlasten und Menschen mit Demenz gut zu begleiten.

Professionelle Pflegeangebote sind in Österreich in allen Bundesländern vorhanden, mobile Pflege und Betreuung, stationäre Wohnformen werden angeboten und auch von der öffentlichen Hand finanziert. Was flächendeckend fehlt, sind Strukturen, die bei der Bildung von Netzwerken unterstützen und diese anbieten (Mayer 2025).

„Der Ansatz der frühzeitigen Unterstützung, international auch als „Post Diagnostic Support (PDS)“ bezeichnet, verfolgt dieses Konzept. Unterstützungsmaßnahmen beginnen möglichst früh und reichen von sozialer und psychologischer Begleitung über medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen bis hin zur gezielten Förderung kognitiver Fähigkeiten und zur Stärkung sozialer Teilhabe und können nicht nur das

Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern, sondern auch Ängste, Isolation sowie Unsicherheiten reduzieren“ (Mayer 2025).

Beispiele dafür sind das Fünf-Säulen-Modell in Schottland oder das irische Versorgungskonzept, die zeigen, wie strukturierte, kontinuierliche Begleitung, koordiniert durch eine für die Familie zuständige Fachperson (genannt „Link Worker“) erfolgreich in bestehende Systeme integriert werden kann. Ein zentrales Element solcher Modelle ist der niedrigschwellige Zugang zu Leistungen und multiprofessionelle Zusammenarbeit. (Mayer 2025). Beispiele für Österreich sind die Demenzservicestellen in Oberösterreich oder die ambulante gerontopsychiatrische Pflege in Vorarlberg bzw. Pilotprojekte in Tirol oder die aufsuchende Demenzbegleitung im Burgenland oder in Salzburg.

Die Funktion der „Linkworker“ wird in Österreich von unterschiedlichen Berufsgruppen übernommen, meist sind es diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder klinische Psycholog:innen. Hier zeigt sich der stark medizinisch-pflegerische Ansatz, der in Österreich immer noch vorherrscht. Lebens- und Sozialberater:innen wären hier eine gute Ergänzung zu diesen Berufen, bei welchen Personalknappheit besteht.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen bieten Menschen mit Gedächtnisproblemen eine wertvolle Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und ihre Erfahrungen zu teilen (Schönborn 2025). Zentrale Elemente der Selbsthilfe sind die Erhaltung und die Förderung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe. Durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen entwickeln viele Menschen mit Demenz Strategien, um mit ihrer Erkrankung besser umzugehen und ihre Lebensqualität zu erhalten (Schönborn 2025). In der Gruppe erfahren sie Unterstützung und Akzeptanz, was entscheidend zur Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens beiträgt.

Selbsthilfegruppen bieten auch An- und Zugehörigen einen Raum für Austausch und Unterstützung, für die Weitergabe von Wissen und Bewältigungsstrategien. Oft sind diese Gruppen für Angehörige eine stabile Beziehung mit der Möglichkeit zur sozialen Vernetzung. Sie ermöglicht es ihnen, ihre Herausforderungen in einem unterstützenden Umfeld zu teilen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.

6. Conclusio

Das Angebot an Beratung, Begleitung und psychosozialer Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen wird in Österreich nicht flächendeckend von der öffentlichen Hand angeboten. Private Organisationen oder Privatpersonen bieten in unterschiedlichem Ausmaß diese Formen der Begleitung an.

Der Fokus liegt auf pflegerischen und medizinischen Angeboten, psychosoziale Begleitung wird nur sehr eingeschränkt angeboten.

Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen brauchen umfassende Unterstützung, von Hilfe zur Selbsthilfe, emotionaler Unterstützung über Informationen und Kompetenzen, praktischer Hilfe und Beratung zu rechtlicher und finanzieller Beratung.

Lebens- und Sozialberater:innen könnten hier vermehrt in öffentliche Strukturen eingebunden und tätig werden, sei es als Koordinator:innen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, sei es als „Link Worker“ im Sinne einer kontinuierlichen Bezugsperson für Familien oder als Moderator:innen von Selbsthilfegruppen oder in der Einzelberatung.

LITERATUR

- Alzheimer Europe (2026). The Prevalence of Dementia in Europe 2026.
- Antonovsky A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Baer, U.; Schotte-Lange, G. (2019). Das Herz wird nicht dement. Beltz Verlag in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
- Bouterwek, H., Herzog, F., Opera, M., Peinsipp, A., Pichler, S., Postyn, Z., Taschner-Schättle, A. (2026). Ich bin dement. Verstehst du mich? – Herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenz neu beleuchtet. Studierendenprojekt im Lehrgang Demenz, Universität für Weiterbildung Krems.
- BZgA (ohne Datum) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 49. Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten.
- Cartaxo A, Koller M, Mayer H, Kolland F, Nagl-Cupal M, Greco G. (2023). Risk Factors with the Greatest Impact on Caregiver Burden in Informal Homecare Settings in Austria: A Quantitative Secondary Data Analysis. Health & Social Care in the Community.
- Felbecker, A.; Limmroth, V.; Tettenborn, B. (2019): Demenzerkrankungen: Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen. Urban & Fischer, München
- GÖG (Hg.) (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG (2021): Demenz in Sprache und Bild. Leitfaden für eine demenzgerechte Darstellung - Von einer defizit- zur stärkenorientierten Berichterstattung
- Jagsch G. (2025). Depression und Demenz. In: GÖG (Hg.) (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Gesundheit Österreich, S 85 – 87. Wien
- Juraszovich, B.; Rappold, E.; Mayer, L.; Edtmayer, A.; Stulik, B. (2024). Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Juraszovich, B.; Sax, G.; Rappold, E.; Pfabigan, D.; Stewig, F. (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht - Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gesundheit Österreich, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Klee-Reiter, B. (2005). Demenz Balance-Modell: Die Balance zwischen Ressourcen und Defiziten bei Menschen mit Demenz.
- Kurzbauer, T.; Ruf, A.K.; (2025), Demenzberatung und -begleitung: Möglichkeiten und Grenzen In: GÖG (Hg.) (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Gesundheit Österreich, S 97 – 100. Wien

Mayer, L.K. (2025). Frühzeitige Unterstützung und integrierte Versorgungsmodelle. In: GÖG (Hg.) (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Gesundheit Österreich, S 94 – 97. Wien

PROMENZ (2024). Das Verständnismodell. Wissenschaftlicher Begleitbericht. Wien.

PROMENZ Videos und Interviews von Menschen mit Vergesslichkeit, [Videos - PROMENZ](#)

Reisberg, B. (1983). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry, 139(9), 1136-1139.

Reiter, L.; Strotzka, H. (1977) Systemische Krisenintervention. Tübingen: DGVT Verlag

Schönborn, R. (2025). Selbstvertretung und Selbsthilfe. In: GÖG (Hg.) (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Gesundheit Österreich, S 159 - 163

Schönborn, R. (2024). Das Promenz Verständnis Modell. Wien

Schönborn, R.; Juraszovich, B. (2023). Demenz – Angehörigengruppen. Aufbau und Betrieb. Wien

Silbermayr, E. (2025), „KRISENINTERVENTION 1 und 2“, Seminar Reader für den Lebens- und Sozialberater*innen-Lehrgang des ÖAGG. Wien 2025

Sonneck, G. et al. (2012): „Krisenintervention und Suizidverhütung“, Facultas, Neuauflage 2012.

Wahl, H.-W.; Iwarsson, S; Oswald, F. (2012). Ageing well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. In: The Gerontologist, 52(3), S 306 – 316.