

SIT 72

Sozialarbeit in Tirol

Informationsblatt für Mitglieder des
obds - Landesgruppe Tirol

obds - Landesgruppe Tirol,
6021 Innsbruck, Postfach 775
Email: tirol@sozialarbeit.at
Url: www.tirol-sozialarbeit.at

Dieses **SIT**
gehört

Zweckform 3481

Österreichische Post AG - Info.Mail Entgelt bezahlt

Schwerpunkt
Sozialarbeit und Alter



Inhalt SIT 72

Vorwort	03
Tagesbetreuung eine Alternative auch für Tirol.....	04
Tagesbetreuung und betreutes Wohnen ...	05
Tagesbetreuung als Alternative: Podiumsdiskussion am MCI	06
Erinnerungen Pflegen	08
Palliative Sozialarbeit	10
Stationäre Hausgemeinschaften	12
Der Pflegefall Pflegenotstand: Podiumsdiskussion	14
Sexualität in der Pflege älterer Menschen .	15
Mobile Sozialarbeit	17
Rezension: schubhaft haft ohne delikt	18
Das neue Patientenverfügungsgesetz	19
Heimanwaltschaft	21
Rezension: Gestürmte Festung Europa ...	23
Migration und Alter	23
Die Altenhilfe und die älteren Zuwanderinnen (Berlin)	26
Getting older as a social worker	28
Altern in der Sozialarbeit (<i>und immer noch kein Berufsgesetz</i>)	29
Altern in der Sozialarbeit	30
Altern in der Sozialarbeit	31
Altwerden in der Sozialarbeit	32
FLUCHTpunkt.....	33
Sozialpsychiatrische Arbeit im Wohnungslosenbereich	34
Ein kleines Rechenbeispiel (BAGS - KV) ..	37
Neues am MCI Fachhochschul- studiengang Soziale Arbeit	38
Das Letzte für SIT 72	40
Vorschau auf SIT 73	40

Impressum

SIT - Mitteilungsblatt des
obds - Landesgruppe Tirol
Medieninhaber, Herausgeber, Redaktion:
obds - Landesgruppe Tirol
6021 Innsbruck, Postfach 775
AUFLAGE SIT 72: 250 Stk.
Druck: ARTIS - Betriebe
November 2006

Preise für Einschaltungen im **SIT**

Stelleninserate und Ankündigungen für Fortbildungs- und Ausbildungsveranstaltungen, Seminare:

1/1 Seite	Euro	73
1/2 Seite	Euro	37
1/4 Seite	Euro	19
1/8 Seite	Euro	10

Werbeeinschaltungen:

1/1 Seite	Euro	146
1/2 Seite	Euro	73
1/4 Seite	Euro	37
1/8 Seite	Euro	19

Interessierte Institutionen/ Einzelpersonen können ein SIT- Abo (3 Ausgaben pro Jahr- inkl. Porto) zu Sozialarbeit relevanten Themen zum Preis von 13 Euro abonnieren.
Mail an tirol@sozialarbeit.at mit Zustelladresse genügt.

VORWORT

Dominique- Dsahai Thaler; Obfrau des obds - Landesgruppe Tirol

Liebe SIT Leserin, lieber SIT Leser!
Liebe KollegInnen und Kollegen!

Diese Ausgabe des SIT beschäftigt sich mit dem Themenkomplex des Alterns. Das Altern begegnet uns in der Arbeit in zweifacher Form: Zum einen Altern unsere Klienten und Klientinnen zum andern altern unsere Kollegen und Kolleginnen. Unser eigenes Altern wird von uns lange Zeit nicht bemerkt.

In dieser Ausgabe werden wir uns dem Thema auf zwei Ebenen nähern:

Einerseits werden wir auf bestehende Einrichtungen und mögliche Innovationen in diesem Bereich eingehen. Die Themenpalette, um beispielhaft aufzuzählen, reicht von Migration und Altern, der Hospizbewegung über Wohngemeinschaftsmodelle aus Vorarlberg bis hin zum Angebot der Nothburgstiftung in Innsbruck.

Andererseits haben wir uns mit dem eigenen Alterungsprozess als Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beschäftigt.

Abgerundet wird diese Ausgabe mit einem bunten Gemisch aktueller Informationen.

Abschließen möchten wir mit einem kurzen Rückblick auf die Bundeskonferenz der Österreichischen SozialarbeiterInnen (bei der dieses Vorwort erstellt wurde).

In der BUKO wurde Dominique Thaler als jüngste Obfrau der Landesgruppen freudig begrüßt. In den zwei Tagen vor der Bundestagung beschäftigten wir uns mit dem Stand der Ausbildung, der Lobbyarbeit für das Berufsgesetz, Fragen zum BAGS und zur internationalen Tätigkeit des OBDS.

Wir konnten den anderen TeilnehmerInnen unsere letzten Ausgaben des SIT präsentieren und wurden über die Aktivitäten der anderen Landesgruppen informiert.

Wir wünschen euch eine anregende Lektüre und freuen uns über Rückmeldungen und Anregungen.

*Dominique- Dsahai Thaler
Andrea Trenkwalder-Egger*

Vorsitzende bzw. Vorsitzendestellvertreterin
des obds - Landesgruppe Tirol

•••••
• Ausstehende Jahresbeiträge **2006 (über 100 Mitglieder) - 2005 (20 Mitglieder)**
• **- 2004 3 Mitglieder** bitte dringend einzahlen.

• Am Zahlschein vermerken für welches Jahr der Beitrag ist.

• **Jahresbeiträge sind von der Steuer absetzbar !!!!**

• Verheiratete bzw. in Lebensgemeinschaft lebende SozialarbeiterInnen zahlen nicht mehr wie bisher den 1,5-fachen Jahresbeitrag sondern jedes Mitglied einzeln und nach eigenem Einkommen.

• Der derzeit gültige Beitrag (2006)

• Bei einem Nettogehalt bis € 1.000.- jährlich € 65.-

• Bei einem Nettogehalt von € 1.001.- bis € 1.400.- jährlich € 85.-

• Bei einem Nettogehalt von über € 1.401.- jährlich € 95.-

• Studierende Mitglieder oder Mitglieder in Karenz jährlich € 29.-

Vielen Dank!

Die KassierInnen des obds - Landesgruppe Tirol

Tagesbetreuung eine *Alternative* auch für Tirol

Waltraud Kreidl

Im Rahmen eines Projektunterrichtes des Fachhochschulstudiengangs „Soziale Arbeit“ am Management Center Innsbruck (MCI) arbeiteten wir (zehn Studierende) daran, das Angebot „Tagesbetreuung“ (Bedarf, Qualitätsmerkmale des Angebotes, Finanzierung, Zugangsbarrieren usw.) in Tirol, den benachbarten Bundesländern und Südtirol zu erheben.

In Tirol gibt es rund 23.000 pflegebedürftige Menschen. 4.700 Personen werden stationär in Heimen gepflegt. Das bedeutet, dass in Tirol rund 80 Prozent der Pflege in der Familie erfolgt. Deshalb erscheint es so wichtig, nicht nur die Situation in den Pflegeheimen zu verbessern, sondern vor allem die familiäre Pflege zu analysieren, zu unterstützen und langfristig zu sichern. (Quelle: AK-Tirol)

Die Überlastung pflegender Angehöriger hat teilweise prekäre Ausmaße angenommen. Während die Entwicklung von Heimkapazitäten eine mittel- und längerfristige Perspektive der Betreuung von SeniorInnen darstellt, wäre die Entlastung pflegender Angehöriger durch Tagesbetreuungsplätze kurzfristig möglich.

Je stärker die der Heimunterbringung vorgelagerten Stufen einer „Pflegekette“ ausgebaut werden, desto geringer ist der Druck auf den kostenintensivsten Bereich, den stationären Betreuungsformen.

Um uns selbst ein Bild über die Situation im Bereich Tagesbetreuung machen zu können, besuchten wir diverse Einrichtungen in Tirol, Salzburg oder auch in Südtirol und Bayern. Im Zuge unserer Recherchen stellten wir fest, dass es erhebliche Unterschiede sowohl in der Dichte des Angebotes, als auch im Bezug auf die Finanzierung gibt.

Auf Grund dieser ersten Erkenntnisse haben wir uns entschlossen, mit Hilfe eines Fragebogens, den wir österreichweit an alle uns bekannten Tagesbetreuungseinrichtungen versandten, genauere Daten und Fakten zu erheben. Das erforderte Zeit und bedurfte vieler Arbeitsstunden. An Hand der erhaltenen Ergebnisse wurde eines sehr deutlich: Tirol ist in punkto Angebot und Unterstützung von Tagesbetreuungseinrichtungen durch die öffentliche Hand deutlich unterausgestattet, sowohl im österreichischem Vergleich, wie auch im Vergleich zu unseren Nachbarländern Südtirol und Bayern. Ausnahmen bilden

die Einrichtungen in Kitzbühel und Inzing, wo die Tarife aufgrund besonderer Vereinbarungen mit dem Land Tirol gestützt und damit leistbar sind.

Der Bedarf für Tagesbetreuung lag in Innsbruck im Jahr 2001 nach Schätzungen bei 43 Plätzen. Diese Zahl ergibt sich aus vergleichbaren Richtwerten aus Baden-Württemberg. (Vgl. Sozialplan für ältere Menschen der Landeshauptstadt Innsbruck – Schlussbericht, Mag. Christoph Jochum; Juni 2003)

Ergänzt wurden unsere Recherchen durch einschlägige Literatur und einige Gespräche mit ExpertInnen aus dem Bereich der Altenbetreuung. Wir möchten uns bei dieser Gelegenheit für die fundierten Informationen sehr herzlich bedanken.



Erste Reihe v.l.: Elisabeth Fuchs, Melina Miller, Michaela Trojer, Heike Rainer, Iris Tappeiner, Petra Hrassnig, Waltraud Kreidl
Zweite Reihe v.l. Georg Mitterer, Philipp Hager, Patrick Kinigadner, Philipp Pilgram

Unser Ziel war es, Argumente für eine Prüfung der Frage vorlegen zu können, ob bei der Tagesbetreuung vom Prinzip der Kostendeckung abgegangen werden kann, um deutlich niedrigere Tarife für dieses Entlastungsangebot zu ermöglichen.

Abgeschlossen wurde unser Projekt mit einer Podiumsdiskussion am 01.06.2006 am Management Center Innsbruck mit LHStv. Hannes Gschwentner, Bärbel Jordan-Ruef Stabentheiner, Elfriede Sonnleitner und Dr. Erwin Lorenzini.

Wir hoffen, dass das klare Bekenntnis des gesamten Auditoriums (ca. 100 Personen) zum Angebot einer Tagespflege - selbst wenn es über die konkrete Ausgestaltung noch Auffassungsunterschiede gibt - einen großen Eindruck auf den ressortverantwortlichen Politiker gemacht hat. Für uns ist eine Mitfinanzierung der Tagespflege durch die öffentliche Hand nicht so sehr eine Forderung der anbietenden Organisationen als eine Frage der Beseitigung einer enormen Zugangsbarriere zu einem gesundheits- und sozialpolitisch wertvollen Instrument. Unser Dank gilt den Förderern und Förderinnen unseres Projektes: Land Tirol (hier sei besonders Herr LHStv. Hannes Gschwentner genannt), Wiener Städtische Versicherung (Frau Landesdirektorin Ida Wander), Management Center Innsbruck (MCI).

Waltraud Kreidl

Für die Projektgruppe „Alter Mensch“
Fachhochschulstudiengang „Soziale Arbeit“ MCI

Tagesbetreuung und betreutes Wohnen

Bärbl Jordan-Ruef-Stabentheiner

Tagesbetreuung und betreutes Wohnen – Glieder in der Unterstützungskette

Das Nothburgaheim in Innsbruck ist ein privates Altenwohn- und Pflegeheim mit Rahmenvertrag mit dem Land Tirol. Träger ist die Nothburgastiftung, die 1932 zur Altersversorgung von Hausmädchen gegründet wurde. Zur damaligen Zeit waren Haus- und Dienstboten eine benachteiligte soziale Gruppe, für die durch die Unterstützung der katholischen Dienstmädchenorganisation und dem Zusammenlegen dreier gemeinnütziger Stiftungen das Nothburgaheim, damals am Innrain, gebaut werden konnte. Über die Jahre hat sich die berufliche Landschaft ziemlich verändert, sodass das Nothburgaheim inzwischen für alle, seit einigen Jahren auch für Männer offen ist. Nach wie vor ist es ein Anliegen, auf die Bedürfnisse der Zeit einzugehen. Im Jahr 2000 wurde das neue Haus am Kapuzinerareal errichtet. Die einzelnen Stockwerke gliedern sich in Wohngruppen mit je einer Wohnstube inklusive Küchenblock. In einem Stockwerk wurde eine Wohngruppe für demenzkranke Menschen eingerichtet. Der Kindergarten des Seraphischen Liebeswerkes befindet sich im gleichen Haus. Diese räumliche Nachbarschaft wird immer wieder durch gemeinsame Aktivitäten belebt. Desweiteren wurde im angrenzenden Wohnhaus ein Stockwerk mit betreuten Wohnungen eingerichtet. Um das Angebot zu erweitern, kam im Juni 2005 die Nothburgastube in der Sillgasse 5, als Tagesbetreuungseinrichtung, hinzu.

Betreuungsansatz

Im Nothburgaheim wurden die Grundlagen für das Konzept der wahrnehmenden Pflege und Betreuung entwickelt. Im Zentrum steht der Mensch mit seiner ganz individuellen Geschichte. Ihn gilt es kennenzulernen: seine Biografie, sein soziales Umfeld, seine Gewohnheiten, seine Interessen, seine Fähigkeiten und seinen Unterstützungsbedarf – kurz sein gelebtes Leben und das, was er in diesem Leben noch gestalten möchte. Mit diesem Menschen in Beziehung zu treten, seine Bedürfnisse wahr zu nehmen und ihn in der Erfüllung dieser Bedürfnisse zu unterstützen und zu begleiten, sehen wir als unsere Aufgabe. Ein zweiter wichtiger Anhaltspunkt ist das Normalitätsprinzip. Alt-Sein soll

im normalen Leben stattfinden können. So gilt es, in der stationären Struktur, Leben zu gestalten „wie es zu Hause wäre“ und Angebote zu entwickeln, die es alten Menschen und ihren Angehörigen ermöglichen, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu bleiben.

Betreutes Wohnen

Im 2. Stock des an das neue Nothburgaheim angrenzenden Gebäudes befinden sich fünf 2-Zimmerwohnungen mit Küchenzeile, Bad und Balkon. Es gibt



einen Verbindungsgang ins Nothburgaheim und die Wohnungen sind an das Schwesternrufsystem angeschlossen. In der Miete sind 5 Betreuungstage (etwa im Krankheitsfall) inbegriffen. Zusätzliche Leistungen wie Essen, Wäsche, Putzen oder auch Pflegeleistungen

können auf Rechnung vereinbart werden. Diese Wohnform bietet ein hohes Maß an Sicherheit bei größtmöglicher Selbständigkeit. Bei größerem Unterstützungsbedarf besteht die Möglichkeit ins Wohnheim zu übersiedeln oder auch in der Wohnung betreut zu werden. Das soziale Umfeld muss nicht noch einmal verlassen werden, man kennt sich „im Haus“ schon aus.

Tagesbetreuung Nothburgastube

In der Sillgasse 5 im Parterre wurde als Erweiterung des Angebotes eine Tagesstruktur eingerichtet. In einer großen Wohnstube mit Küchenblock, WC, Dusche und Pflegebadewanne, sowie einem Ruheraum und einem Beratungsraum kommen von Montag bis Freitag je 6 - 8 ältere Menschen zusammen. Ein ruhiger Garten erweitert die Möglichkeiten. Eine Altenfachbetreuerin gestaltet gemeinsam mit den Tagesgästen den Tagesablauf.



Es ergibt sich eine Mischung aus Gemeinschaftsaktivitäten, Gesang und Unterhaltung, Haushaltstätigkeiten, aber auch fähigkeitserhaltende Angebote wie z. B. Gedächtnistraining und Bewegungsübungen werden eingeflochten. Es gilt auch hier der Grundsatz, die Tage als Lebenszeit zu gestalten, Bedürfnisse wahrzunehmen und Entwicklungen zu fördern.

Das Angebot der Tagesbetreuung richtet sich in erster Linie an pflegende Angehörige, die es als Entlastung gerne in Anspruch nehmen. Dies wirkt sich auf die Pflegesituation insgesamt entlastend aus.

Vorwiegend betreuen wir Menschen mit beginnender Demenzerkrankung oder Menschen nach Schlaganfall. Zusätzlich bieten wir Beratung für die Angehörigen an. Wichtig ist auch die Zusammenarbeit mit ambulanten Strukturen und Fahrdiensten, die die gleichen Menschen zu Hause betreuen.

Sozialarbeiterischer Bedarf in der Altenarbeit

Die Aufgabe in der Altenarbeit ist nicht nur die pflegerische Grundversorgung, sondern auch aktive Teilhabe und Mitarbeit am Leben des einzelnen und letztendlich auch die aktive Mitarbeit an der Stellung des älteren und alten Menschen im gesellschaftlichen und politischen Bereich. Die Initiierung von Empowermentprozessen in der Arbeit mit alten Menschen setzt die Beachtung des Normalisierungsprinzips voraus. Alte Menschen sollen, auch unter dem Einfluss von Pflegebedürftigkeit und institutionellen Bedingungen, so normal wie möglich leben können. Dazu ist es Voraussetzung „Alter“ als Lebensabschnitt zu verstehen, der Einbußen körperlicher und geistiger Fähigkeiten mit sich bringt, Alter als Lebensabschnitt, in dem es normal ist, dass man Unterstützung braucht. Diese Unterstützung aufzubauen und zu organisieren ist eines der Handlungsfelder für SozialarbeiterInnen – Stichwort: Gemeinwesenarbeit, Knüpfen und Aktivieren vorhandener sozialer Netze. Es gibt Wohnprojekte in Deutschland, die den Großteil der Altenbetreuung über SozialarbeiterInnen abdecken, ergänzt durch einige wenige Pflegekräfte. Wer von „Pflegerotstand“ spricht, übersieht die Normalität und reduziert Altsein auf Pflegebedürftigkeit. Wenn man den Menschen als Ganzheit begreift und den Sinn und die Aufgaben im Alter sucht, tut sich ein weiteres Handlungsfeld der Sozialarbeit auf, das in den seelsorgerischen Bereich hinüberreicht. Lebensabend heißt Loslassenlernen von den Dingen dieser Welt, heißt sein Leben überdenken und allenfalls Dinge in Ordnung bringen, die offen geblieben sind. Lebensabend heißt sich noch einmal Wünsche erfüllen, heißt Erfahrungen weitergeben, heißt auch Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Da-

seins. Lebensabend heißt aber eben auch, dass man sich das vielleicht nicht mehr selbst organisieren kann und dabei Unterstützung braucht. Da ist die Herausforderung für den/die BegleiterIn, sich vom alten Menschen leiten zu lassen und darauf zu verzichten, besser zu wissen, was gut für ihn ist.

Ein drittes Handlungsfeld sehe ich in der sozialarbeiterischen Begleitung von Pflegenden (meist Angehörigen). Sie brauchen Unterstützung im Organisieren der Hilfsstrukturen, sie brauchen Unterstützung und Beratung im Umgang mit den zu Betreuenden, ganz besonders bei Demenzerkrankungen, sie brauchen Gespräche und Unterstützung bei den Veränderungen in den Familiensystemen (plötzlich wird z. B. „der Vater zum Kind“).

Sozialarbeiterisches Tun hat für mich immer auch eine gesellschaftspolitische Dimension. Gelingende Sozialarbeit in der Altenbetreuung kann dazu beitragen, die sozialen Netze zu stärken, den Stellenwert des alten Menschen in der Gesellschaft neu zu definieren, sowie die Begleitung und Unterstützung alter Menschen als zum normalen Leben dazugehörig zu betrachten und die Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben zu enttabuisieren.

Das kann die Basis dafür sein, ein erstrebenswertes Bild von Alter zu entwickeln, damit uns das Leben bis zum letzten Tag lebenswert erscheint. Sozialarbeit im Altenbereich heißt mehr wie in allen anderen Bereichen auch Arbeit für sich selbst zu leisten, denn Lebensabend werden wir alle leben. Es lohnt sich, die Rahmenbedingungen zu verbessern.

Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner
Öffentlichkeitsarbeit
Stiftung Nothburgaheim

Anregungen habe ich der Diplomarbeit von Angela Röhmel „Ethische Überlegungen zur Würde und Identität des älteren und alten Menschen im Altenwohn- und Pflegeheim“ 2005 entnommen.

Auf der Website der Stadt Innsbruck <http://www.innsbruck.at> gibts einen **Seniorenratgeber.pdf** (Broschüre anfordern oder download)

Auf der Website des Landes Tirol <http://www.tirol.gv.at> gibt es die Broschüre **senaktiv-ratgeber.pdf** (Broschüre anfordern oder download)

Beide beinhalten zahlreiche Erklärungen, Links, Adressen etc. rund ums Thema Altern.

Tagesbetreuung als Alternative

Zusammenfassung der Podiumsdiskussion vom 1.6.2006 am MCI

Magdalena Melcher

Die Podiumsdiskussion wurde von Dr. Waltraud Kreidl (FH-Studiengang für Soziale Arbeit) moderiert, am Podium waren LHStv. Hannes Gschwentner, Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner (Nothburgastube), Elfriede Sonnleitner (Tageszentrum St. Anna/Szbg.) und Dr. Erwin Lorenzini (Sozialplanung/Südtirol). Im Publikum befanden sich an die 100 PraktikerInnen aus ganz Tirol, was die Brisanz und die Dringlichkeit des Themas (damals noch bevor die Pflegedebatte österreichweit geführt wurde) unterstreicht.

Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner stellte die Nothburgastube in der Sillgasse in Innsbruck vor, die seit ca. 1 Jahr als Tageszentrum ca. 6 – 8 Menschen pro Tag von Montag bis Freitag zwischen 9.00 – 17.00 Uhr zur Verfügung steht. (Siehe dazu Artikel S. 5) Ein wichtiges Ziel von Tageszentren ist neben der individuellen Betreuung der alten Menschen die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Eines der wichtigsten Anliegen von Frau Jordan-Ruef-Stabentheiner war, dass Tagesbetreuung für ALLE leistbar sein bzw. werden muss!

Elfriede Sonnleitner berichtete vom großen und flexiblen Angebot (insgesamt 250 Tagesplätze) in Salzburg und einem Bekenntnis von Stadt und Land Salzburg zur Förderung von Tagespflegeeinrichtungen. Das Tageszentrum St. Anna selbst hat 16 Tagesgäste pro Tag. Ziele sind die Förderung und Stärkung der Ressourcen, Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung. Als Therapieangebot gibt es täglich Physiotherapie und je einmal wöchentlich Ergo- und Logotherapie. Ein Tag ist speziell für Menschen mit fortgeschrittener Demenz vorgesehen. An diesem Tag gibt es eine geringere Anzahl von Gästen, zusätzlich ist Kunsttherapie im Angebot. Weiters wird Angehörigenberatung (v. a. bei Demenz) und einmal monatlich das „Alzheimercafé“ angeboten. Ebenso einmal monatlich gibt es eine Gruppe zur Begleitung von Angehörigen nach dem Tod von ihren Eltern/PartnerInnen.

Erwin Lorenzini berichtete von Südtirol, dass die derzeit 12 Einrichtungen (132 Plätze) im ganzen Land großteils steuerfinanziert sind. Die Finanzierung übernimmt zu 40 % der Sozialfonds des Landes, 60 % sind durch Eigenmittel – einkommensabhängig – aufzubringen. Das, was durch das Einkommen nicht aufgebracht werden kann, wird ebenfalls vom Sozialfonds übernommen. Jedenfalls sind die Tageszentren für die Südtiroler Landesregierung ein unverzichtbarer Teil der Pflegekette. Ab 2007 jedoch soll eine Subjektförderung eingeführt werden (z. B. über Pflegegeld). Dadurch wird eine Steigerung des Angebotes der Tageszentren

erwartet. Zu hoffen bleibt, dass dadurch die Eigenmittel nicht höher werden, als bisher.

LHStv. Hannes Geschwentner betonte die Notwendigkeit der verschiedenen Angebote und gab ein klares Bekenntnis zu den Sozialsprengeln ab. Allerdings sei es aus seiner Sicht notwendig, die derzeit unterschiedlichen Finanzierungsmodelle der verschiedenen Teile der Pflegekette (stationär, mobil, ambulant) in ein einheitliches Finanzierungsmodell umzuwandeln. Ebenso wie er das Angebot und die Finanzierung der Sozialsprengel überprüfen und vereinheitlichen werde. Außerdem werde ein Plan über alle notwendigen Alters- und Pflegeheime im Land von der Sozialplanung erstellt. *(Dieser Plan dürfte mittlerweile erstellt worden sein.)*

In der folgenden, sehr intensiven Diskussion wurde von den vielen anwesenden PraktikerInnen betont, dass politische Zusagen alleine nicht das nötige Geld brächten. Das Vorhaben, die verschiedenen Angebote der Sozialsprengel zu vereinheitlichen, wurde sehr kritisch gesehen. Es sei zu befürchten, dass eine Reduktion auf die Kernaufgaben zu einer Verringerung des Angebotes führen werde. Eine Konkurrenz zwischen dem Modell, Tageszentren an die Sozialsprengel anzubinden und dem, die Tageszentren an bestehende Altersheime anzugliedern, wurde offensichtlich.

Die vom Land Tirol in Auftrag gegebene Studie an die UMIT zum Thema „Altern in Würde“ ist noch nicht fertig und wird wohl – auch angesichts der Kosten dafür – mit Spannung für den Herbst erwartet. *(Eine Vorstellung der Studie ist bis zum Redaktionsschluss noch nicht erfolgt.)*

Einhelligkeit bestand darüber, dass pflegende Angehörige mehr unterstützt und entlastet werden müssen!

Zusammenfassend möchte ich folgendes festhalten: Die Bedürfnisse alter Menschen und derer Angehörige sind ebenso verschieden und individuell wie die Menschen selbst sind. Daher wird es in Zukunft notwendig sein, das Angebot ebenso individuell auf die Menschen abzustimmen. In Hinblick auf das Wohnen wird es wohl mehr Alternativen geben müssen. Alternativen, die auch für Menschen möglich sind, die nicht vermögend sind oder sich eine Altersvorsorge leisten können. Alternativen, die das breite Feld zwischen Pflege zu Hause und Pflegeheim füllen.

Magdalena Melcher

Erinnerungen pflegen

Heinz Blaumeiser

In allen Feldern der Arbeit mit und für ältere Menschen wächst die Bedeutung der individuellen Lebensläufe und damit auch der Lebenserinnerungen. Im weiten Land dieser Biographiearbeit möchte ich hier fünf unterschiedliche Landschaften entlang des Wegs besuchen, den ich selber bisher gegangen bin.

Biographiearbeit und Modernisierung

Vorausschicken muss ich einige grundlegende Überlegungen zu dem globalen Prozess, den wir immer besser als permanent ablaufende Modernisierung verstehen. Drei Aspekte hebe ich daran besonders hervor:

- (1) Modernisierung betrifft auf der Makro-Ebene alle gesellschaftlichen **Strukturen und Institutionen**. Für deren Modernisierung ist kennzeichnend, dass sie einerseits immer **differenzierter** und andererseits auch immer **universeller** werden. Zwei Beispiele:
 - Wir entwickeln immer spezifischere Berufe, Dienstleistungen und auch Verwaltungsvorgänge im Altenbereich: Vor einem Dutzend Jahren gab es keine eigenen Abteilungen für SeniorInnen, keine Psychotherapie für alte Menschen, keine ambulanten Hospizdienste etc. Und solche differenzierteren Strukturen entwickeln sich mittlerweile in allen modernen Gesellschaften weltweit.
 - Das' Alter als eine gesellschaftlich institutionalisierte Lebensphase zeigt immer vielfältigere Lebenslagen und Lebensformen, und auch diese „vielen Gesichter des Alters“ (Amann 1989) finden wir heutzutage weltweit.
- (2) Auf der Mikro-Ebene ermöglichen diese modernen Entwicklungen uns als **Personen** eine immer größere **Individualität** in der Lebensführung. Und doch haben wir dabei auch den Eindruck, einer Art Zwang zu immer größerer individueller Eigenheit und Flexibilität doch auch **ohnmächtig** ausgeliefert zu sein.
- (3) Die Vermittlung zwischen der Makro-Ebene der Strukturen und der Mikro-Ebene der Personen vollzieht sich über die **kulturelle** Meso-Ebene von Normen und Wertvorstellungen. Auf dieser Ebene von Kultur bedeutet Modernisierung vor allem die **Pluralität** von Anschauungen und Lebensstilen: „anything goes!“ - auch im Alter! Und doch beschleicht uns zugleich der Eindruck wachsender **Uniformität** unserer Kultur: Mit McDonald und Benetton und Mitsubishi können wir uns heute weltweit ‚zu Hause‘ fühlen.

Für jeden Einzelnen gehen dadurch eindeutige Orientierungen und einzig gültige Maßstäbe verloren: Wie soll ich leben, was macht für mich Sinn? Doch durch diese Unübersichtlichkeit zieht sich für jeden ein ‚Roter Faden‘: das eigene Leben, so wie

es war und wie es ist und wie es weitergesponnen wird - dieser Faden des ganz individuellen Lebenswegs, der sich mit den Fäden aller Mitmenschen hineinwebt in das Gewebe, in die ‚Textur‘ unserer Gesellschaft und ihrer Geschichte mit ihren wechselnden Mustern. Der kleine ‚Text‘ der individuellen Lebensgeschichte ist im Text dieser großen Geschichte im doppelten Sinn ‚gut aufgehoben‘: an seinem Platz und in seinem Verlauf sichtbar und zugleich eingewoben ins Ganze.

Es war daher keine vorübergehende Mode, als vor etwa drei Jahrzehnten Biographien - gerade auch von ‚kleinen Leuten‘ - zu boomen begannen: in Kinos, in Buchläden und in Projekten der Bildungs-, Kultur- und Sozialarbeit in Stadt und Land. Lebensgeschichten und Biographien als ihre verdichtete Gesamtform sind vielmehr maßgeblich geworden, um in einer modernen Welt voll widersprüchlicher Orientierungen sich selbst und die anderen zu ver- ‚stehen‘: Wo stehe ich und wo stehen die anderen? Biographisierung ist also untrennbar verbunden mit der laufenden Modernisierung.

Geschichte aus Lebensgeschichten

Für mich persönlich begann der Weg in die Biographiearbeit vor einem Vierteljahrhundert, als mir zum einen in den Sommerurlaube[n] Bergbauern und -bäuerinnen vom alten Leben erzählt und ich mich zum anderen in meinem Geschichte-Studium den früheren Alltagsverhältnissen zuwandte. Was beim Heumachen die mündlich erzählte lebensgeschichtliche Erfahrung war, bekam an der Universität plötzliche seine akademische Würde als „Oral History“ des Alltagslebens und wurde in den 1980er Jahren zu einer eigenständigen sozialwissenschaftlichen Methode der lebensgeschichtlichen Forschungsarbeit entwickelt. Dazu haben wir in Wien auch eine große Sammlung niedergeschriebener Lebensgeschichten angelegt (siehe <http://wirtges.univie.ac.at/Doku>), aus deren ‚Material‘ schon über 50 Bände ediert wurden („Damit es nicht verlorengeht ...“, Böhlau-Verlag).

Damit konnten wir allen, die mit alten Menschen zu tun haben, einsichtig machen, welche unterschiedlichen Verhältnisse und Wege sie hinter sich haben und wie verschiedenartig daher ihre Lebens- und Verhaltensweisen im Alter sein können. Die Erfahrungen der Alten werden dadurch in allgemeines Wissen über die Vorgeschichte unserer heutigen Zeit umgeformt und über Aus- und Fortbildungen an die Jüngeren tradiert. Als Formel: Alte Menschen verstehen aus den zeit- und sozialgeschichtlichen Verhältnissen und Ereignissen, die ihre Lebenswege geprägt haben.

Die Erschließung dieser ersten Landschaft der Biographiearbeit hat große Fortschritte gemacht, ist immer noch nicht abgeschlossen und wird es auch

nie sein, denn mit neuen Generationen geraten auch immer neue Themen aus der Vergangenheit ins Zentrum des Interesses: Nur noch wenige Kinder aus den Monarchien leben unter uns, dafür kommen die ersten Baby-BoomerInnen langsam ins Alter; wenn mich einmal junge MitarbeiterInnen betreuen, müssen die sich auskennen mit den Trümmerstädten der Nachkriegszeit und den Welten, die zwischen Beatles und Rolling-Stones liegen...

Lebensgeschichten in der Kultur- und Bildungsarbeit

Bald einmal haben wir in unserer Forschungsarbeit mit alten Menschen aber auch begriffen, dass dieser Zugang über erinnerte Lebensgeschichten mit einer neuartigen Kommunikation zwischen den Generationen und einer ungemein lebendigen Beteiligung älterer Menschen verbunden ist. Daraus wurden bald zahlreiche „Projekte“: eine Geschichtswerkstatt über den Stadtteil, eine Schreibwerkstatt mit Lebenserfahrungen in der Kindheit, eine Video-Dokumentation von alten Handwerksberufen, eine Jung-Alt-Begegnung in der Schule etc. Mit den Lebensgeschichten kommen also zentrale Aspekte einer gemeinwesenorientierten Offenen Altenarbeit hinzu: Kommunikation und Partizipation, Geselligkeit und Unterhaltung, Generationen-Begegnung etc. - und ältere Menschen immer mittendrin. Als Formel: Alte Menschen mit all ihren lebendigen Erinnerungen erzählen und tun mit bei Projekten der lokalen und regionalen Bildungs- und Kulturarbeit.

Im Kern geht es dabei um lebendige Teilhabe am historisch-sozialen Prozess der laufenden Modernisierung im Rahmen einer ‚lokalen Lerngemeinschaft‘. Als Formel: Gemeinschaftliche Reflexion des eigenen Lebens unter den wechselnden Einflüssen seiner Umstände und Ereignisse, und das im kontrastiven Vergleich mit anderen Menschen: nach dem Geschlecht, nach Generationen, nach Milieus, nach Kulturen.

Biographiearbeit in der sozialen (Alten)Arbeit

Mit diesen vielen neuen Erfahrungen konnte die Entdeckung nicht ausbleiben, wie wertvoll die Biographiearbeit erst recht für die ambulante und stationäre Altenhilfe und Altenpflege ist. Sie gilt inzwischen als Standard in der Aus- und Weiterbildung für alle Berufe, die mit älteren Menschen arbeiten, und ich beneide ein wenig meine vier Kolleginnen, die vor über zehn Jahren die Zeit zum Schreiben ihres inzwischen zum Standardwerk gewordenen Buchs „Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen“ (Hannover 1994) fanden. An dieser Stelle wäre eigentlich ein eigenes Kapitel der Erinnerungspflege speziell mit dementen Menschen zu widmen ...

Diese Entwicklung hängt maßgeblich mit der zunehmenden Professionalisierung der Altenhilfe zusammen: Die offene Altenarbeit, die mobile Altenhilfe, die ambulante und die stationäre Pflege und auch die Sterbebegleitung haben es immer stärker mit

hochindividuellen ‚KundInnen‘wünschen zu tun, die letztlich nur biographisch zu verstehen und zu ‚bedienen‘ sind. Und es ist immer deutlicher geworden, dass professionell kompetente Erinnerungs-Pflege ein sehr hilfreiches ‚Handwerkszeug‘ in der gesamten Sozialarbeit ist, die auch an verschiedene therapeutische Formen bestens anschließen kann.

In dieser dritten Landschaft möchte ich einen hellen Scheinwerfer darauf richten, dass Biographiearbeit nicht nur gewisse ‚Techniken‘ der Gesprächsführung verfolgt, sondern der viel allgemeineren Formel: Biographiearbeit entwickelt und pflegt eine professionelle **Haltung**, aus der heraus jeder Mensch mit seinem ganzen Leben - ‚ganzheitlich‘ - verstanden und wertgeschätzt wird. Das erstreckt sich dann über den einzelnen „Fall“ hinaus auch auf das Beziehungsnetz von Angehörigen und FreundInnen, die zu PartnerInnen der Biographiearbeit werden. Mir ist es ein großes Anliegen geworden, gerade diese Pflege einer biographischen Haltung in Fortbildungsseminaren herüberzubringen, bevorzugt sogar mit TeilnehmerInnen aus verschiedenartigen Tätigkeitsfeldern der sozialen Arbeit.

Lebensgeschichten in der kommunalen Sozialplanung

Was mit dieser professionellen Haltung angesprochen ist, geht also weit über das Befolgen einzelner ‚Rezepte‘ für lebensgeschichtliches Arbeiten hinaus, so dass ich lieber von einer ‚biographischen Orientierung‘ der Arbeit mit alten Menschen, ja, mit Menschen generell spreche. Dieses Verständnis hat uns nicht zuletzt zu einem ganz neuen Ansatz auch in der **Altenplanung** geführt. Gewiss, auf Staats- und auch noch auf Landesebene müssen Sozialplanungen von empirisch bewährten Richtwerten ausgehen (für 3,6 % aller Menschen über 65 müssen „Betten“ - warum eigentlich nicht „Wohnungen“? - in stationären Einrichtungen vorgehalten werden, davon 8,7 % für Schwerstpflege, „fälle“ etc.). Aber in dem Maße, wie eine gewisse Grundversorgung sichergestellt ist, wird immer deutlicher, dass diese pauschalierende Richtwerte-Philosophie den modernen Lebenswelten mit ihrer Buntheit unterschiedlichster Lebensentwürfe immer weniger gerecht wird. Findige SozialinvestorInnen wittern da überall „Marktnischen“, und so entsteht im neoliberalen Wettbewerb ein Wildwuchs von Betreutem Wohnen, Service-Wohnen, Home-Care etc., das vor allem die Gemeinden in ihren Steuerungsaufgaben überfordert. Wenn dann noch Landeszuschüsse die BürgermeisterInnen auch der hintersten Talgemeinde verlocken, ein gefördertes Heim hinzustellen, kann von einer vernünftigen Sozialplanung bald keine Rede mehr sein ...

In dieser vierten hier besuchten Landschaft der Sozialplanung kommt Biographiearbeit nach der Formel ins Spiel: BürgerInnen bringen ihre einschlägigen Lebenserfahrungen mit Wohnen, Altern, Pflege etc. bei den Planungsvorhaben in ihren unmittelbaren Lebenswelten - Gemeinde, Stadtteil - persön-

lich verbindlich ein. Eine bewährte Form dafür sind Zukunftswerkstätten, in denen kritisch reflektierte lebensgeschichtliche Erfahrungen umgesetzt werden in Leitbilder und Realisierungsschritte zu örtlichen Lösungen für örtlich ermittelte Bedürfnislagen. Seit 1990 war ich an der Entwicklung solcher qualitativen Methoden kommunaler Altenplanungen in Deutschland und Österreich beteiligt, wozu nun unser „Handbuch Kommunale Altenplanung“ (Frankfurt 2002) vorliegt, in dem gerade die BürgerInnenbeteiligung durch lebensgeschichtliche Annäherung an örtliche Planungserfordernisse eine zentrale Rolle spielt.

Biographische Orientierung in der Organisations- und Personalentwicklung

Auf diese fünfte Landschaft der Biographiearbeit kann ich hier nur einen kurzen Blick werfen: Bei allen Diensten und Einrichtungen, die ihre Arbeit für und mit Älteren aus einer biographischen Orientierung heraus entwickeln, kann dies auf die MitarbeiterInnen und die ganze Kultur der Arbeitszusammenhänge zurückwirken, wenn dem systematisch ‚Spielraum‘ gegeben wird:

- Die biographische Haltung aller MitarbeiterInnen tut ihre ‚Rück‘-Wirkung, denn die tiefe lebensgeschichtliche Würdigung der alten Menschen strahlt auch auf deren Angehörige aus und kommt von allen wieder zurück - und gewürdigte MitarbeiterInnen sind zufriedener MitarbeiterInnen. Die ‚Neu-Gier‘ an Lebensge-

schichten kann sogar ausgebrannten MitarbeiterInnen eine neue Tür zu ihrer Arbeit öffnen und zwischen den MitarbeiterInnen neue Kooperationen erleichtern.

- Es hat aber auch jede/r MitarbeiterIn ihre/seine eigene Lebensgeschichte. Behutsam hervorgehoben und aufmerksam gewürdigt, können daraus ihre/seine viel umfassenderen Kompetenzen entwickelt werden.
- Nicht zuletzt hat auch jede Organisation ihre ‚Lebensgeschichte‘. Authentisch erinnert und würdigend ‚gepflegt‘, kann diese (Vor)Geschichte zur tragenden Corporate Identity beisteuern.

Und so beschließe ich diese Wanderung durch fünf Landschaften der Biographiearbeit mit der Formel: Letztlich erwächst aus einer durchgehend biographieorientierten Gesamthaltung auch eine neue Betriebskultur (‚Klima‘), die allen nützt: der Einrichtung, den MitarbeiterInnen, den älteren Menschen und ihrem sozialen Umfeld.

Heinz Blaumeiser
Alter und Planung GnbR
Diefenbachgasse 24/10
A 1150 Wien

Der Autor war mit den Änderungen seines Manuskripts hinsichtlich weiblicher Formen mit –Innen einverstanden (A. d. R.).

Palliative Sozialarbeit - Sozialarbeit in der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft

Ulrike Reitmeir

Seit März 2006 bin ich als Sozialarbeiterin in der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft in Innsbruck für den mobilen und stationären Bereich und als Koordinatorin des Mobilen Palliativteams tätig. Die Sozialarbeit in unserer Einrichtung ist mit 30 Wochenstunden bemessen.

Zu meinen Aufgaben im Mobilen Team gehört es, die eingehenden Anfragen nach **mobiler Hospiz- bzw. Palliativbetreuung** aufzunehmen und mit den 5 DiplompflegerInnen und ÄrztInnen die weitere Vorgehensweise (Erstbesuch, Aufnahme in die Betreuung) zu besprechen. Mein spezieller Part dabei ist es, die sozialarbeiterischen Belange einzubringen (z. B. die soziale Situation, die Situation der Angehörigen, die finanzielle Situation im „Blick“ zu haben, diverse Anträge zu stellen, Vernetzungen zu anderen Diensten herzustellen, Informationen zu geben). Wir betreuen durchschnittlich 10 Personen gleichzeitig im mobilen Bereich. Das Gebiet er-

streckt sich auf Innsbruck und Umgebung, soweit die Entfernung die Einhaltung unserer 24-Stunden-Bereitschaft ermöglicht.

Auf der **Hospiz bzw. Palliativ-Station** können bis zu 13 „Gäste“ (so werden unsere PatientInnen genannt) betreut werden. Hier ist es meine Aufgabe, die sozialarbeiterische Betreuung zu übernehmen. Vor allem bei jenen Gästen, die entweder in die häusliche Pflege zurückgehen oder in eine andere Einrichtung (Heim, Pflegeklinik) kommen, ist für mich Handlungsbedarf gegeben. Das „Nach-Hause-gehen“ gehört gut vorbereitet, wenn es gelingen soll. Dazu gibt es üblicherweise sogenannte „Familiengespräche“, in denen mit dem/der Kranken, den Angehörigen, dem/der ÄrztIn der KrankenpflegerIn und natürlich der SozialarbeiterIn genau besprochen wird, was es zu Hause alles braucht. Es werden Wünsche und Ängste angesprochen und ein Netzwerk an Hilfen geknüpft. Ich bin 2 Mal wöchentlich bei

den interdisziplinären PatientInnen-Besprechungen dabei, dort ergeben sich dann häufig meine Arbeitsaufträge. Das enge Zusammenspiel von „mobil“ und „stationär“ sehe ich hier als besonders hilfreich. So ist es möglich, dass schwerkranke Menschen (und v. a. deren Angehörige) auch tatsächlich den Mut finden, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen. Für manche Gäste ist es auch tröstlich zu erfahren, dass das Hospiz nicht für jede/n die letzte Heimat ist und es verwundert auch viele, dass immerhin 1/3 unserer Gäste zumindest noch zeitweise nach Hause oder in eine andere Einrichtung gehen konnten.

Ich möchte mich im Folgenden hinter die sehr treffend zusammengefassten Ausführungen meines Vorarlberger Kollegen DSA Karl Bitschnau stellen, der diverse Vorträge und auch eine Masterarbeit zu „Die Interprofession - Sozialarbeit im Rahmen der palliativen Versorgung“ geschrieben hat:

„Palliative Sozialarbeit ist ein Begriff, den es noch nicht lange gibt und der einer Erläuterung bedarf. Es soll daher die Definition von Palliative Care bzw. Palliativmedizin, wie sie von der Europäischen Palliativgesellschaft vorgelegt wurde, an den Anfang gestellt werden:

Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben. Palliativmedizin schließt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten mit ein. Diese umfassende Betreuung der Patienten und deren Angehörigen erfordert ein multidisziplinäres Team, zu dem neben Pflegepersonal und Ärzten auch Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Psychotherapeuten und Krankengymnasten gehören können.

... Die Stärke der Sozialarbeit in diesem Bereich ist meiner Meinung nach neben dem sozialrechtlichen Fachwissen die Interkompetenz. Sozialarbeit ist dazu prädestiniert, das „davor“ und „danach“ zusammenzubringen, die Längs- und Querverknüpfungen sichtbar und nutzbar zu machen, vorausschauend zu planen und den Blick auf die Ressourcen offen zu halten. Sozialarbeit bringt die Stärke ein, sich einen größeren Überblick zu bewahren, vorhandene Netzwerke zu nutzen und zu aktivieren. Die Verknüpfungskompetenz der Sozialarbeit spielt für mich hier eine gewichtige Rolle. Die Sorge um die Angehörigen – auch über den Tod – ist ein Thema, das die Sozialarbeit in besonderem Maße betrifft. Das Abhalten von Familienkonferenzen bewährt sich immer wieder, um unterschiedliche Interessenlagen zu benennen und sozial gerechte innerfamiliäre Lösungen auszuhandeln.

Nicht alle Palliativpatienten brauchen Sozialarbeit. Die wöchentliche interdisziplinäre Sitzung ist daher ein wichtiges Forum, um herauszufiltern, wo ein aktives Vorgehen des Sozialarbeiters notwendig ist. Nichtsdestotrotz stelle ich immer wieder fest, dass sich aus Patientenbesuchen, die keinen Sozialarbeiter brauchen, Themen ergeben, die durch sozialarbeiterische Interventionen gut bearbeitet werden können. Eine Vertrauensbasis zwischen PatientIn und SozialarbeiterIn bzw. zwischen Angehörigen und SozialarbeiterIn ist oftmals die Grundvoraussetzung, damit manche sozialen Themen überhaupt zur Sprache kommen. Das erfordert aber Begegnungen, in denen Vertrauen wachsen kann.

Es gilt auch, genau hinzuschauen, wo sich Kompetenz und Praxis von Sozialarbeit, Psychotherapie, Psychologie und auch Seelsorge ergänzen oder aber unnötig konkurrenzieren.

Ich möchte abschließen mit ein paar Gedanken des renommierten Palliativmediziners Dr. Derek Doyle, der vor ein paar Jahren ein Editorial darüber verfasst hat, warum es Sozialarbeit in der palliativen Versorgung brauche:

- *SozialarbeiterInnen können sich auf die gesunden Anteile, Stärken und Ressourcen konzentrieren. Das entspricht dem Patientenbedürfnis, als ganze Person verstanden und respektiert zu werden.*
- *SozialarbeiterInnen können dazu beitragen, dass das soziale Netz gestärkt wird. Sie arbeiten nicht mit einer kranken Familie, sondern mit einer normalen Familie, die versucht mit einer abnormalen, komplexen, kritischen Situation zurecht zu kommen.*
- *Die Beziehung zwischen PatientIn, Angehörigen und SozialarbeiterIn ist nicht so von Abhängigkeit geprägt, wie die Beziehung zu Arzt und Pflegefachkraft. Das schafft Sicherheit für die Betroffenen.*
- *SozialarbeiterInnen können besser als andere Teammitglieder mit komplexen emotionalen Überlastungen zurecht kommen.*
- *SozialarbeiterInnen fördern die Verbindung zwischen Patient und sozialer Umwelt.*
- *SozialarbeiterInnen können über den Tod hinaus wichtige Bezugspersonen bei der Bewältigung des Verlustes sein.*

Mein Resumee: Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Versorgungsangebotes. Palliative Sozialarbeit bearbeitet dabei einen kleinen, aber intensiven Ausschnitt. SozialarbeiterInnen, wo immer sie tätig sein mögen, kommen dann und wann mit den Themen Sterben, Tod, Trauer in Berührung und es ist gut, wenn sie dann darauf vorbereitet sind. Eine entsprechende Weiterbildung ist daher allen KollegInnen zu empfehlen.“

(Auszug aus dem Vortrag von Karl W. Bitschnau, DSA, MAS (Palliative Care) anlässlich einer Fachtagung „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ am 6./7.3.2006)

Zur Organisation der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft:

Die Dienste in der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft werden im Rahmen einer Betriebsgesellschaft mit folgenden Gesellschaftern geführt:

- die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft als Verein der Caritas
- die TILAK-GesmbH
- die Kongregation der Barmherzigen Schwestern zum Hl. Vinzenz von Paul.

Diese Gesellschaftsform ermöglicht es auch, dass die stationäre Unterbringung von PatientInnen aus den Mitteln der Krankenanstaltenfinanzierung bezahlt wird.

Zur Finanzierung:

Hier ist eine kritische Bemerkung zu unserem Finanzierungssystem von „mobil“ und „stationär“ fällig:

Es ist schwer verständlich (v. a. für die Angehörigen!), dass die Pflege zu Hause mit Unterstützung von unserem Palliativ-Team (häufig auch in Zusammenarbeit mit örtlichen Hauskrankenpflegediensten)

von der öffentlichen Hand bzw. den Krankenkassen sehr wenig unterstützt wird, während der Aufenthalt im stationären Hospiz, wo alle Pflegehilfsmittel vorhanden und eine professionelle rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet ist, nicht mehr kostet als der Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus. Trotz der Gewährung von Pflegegeld bei häuslicher Pflege kann eine intensive Betreuung mehr kosten, als das Pflegegeld ausmacht. Glücklicherweise ist dies für pflegende Angehörige meist kein Grund die Pflege daheim abzulehnen. Aber es wird als ungerecht empfunden, dass neben dem herausfordernden Einsatz der Pflegenden noch sehr viel gezahlt werden muss.

Ulrike Reitmeir

Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
Sennstraße 1, 6020 Innsbruck
Tel. 0512/587335-14, Fax. 0512/587335-8
ulrike.reitmeir@dioezese-innsbruck.at

Mehr zu palliativer Sozialarbeit unter:

www.hospiz.at

Masterarbeit von DSA Karl W. Bitschnau: „Die Interprofession - Sozialarbeit im Rahmen der palliativen Versorgung“

Stationäre Hausgemeinschaften - die neue Generation der Pflegeheime. Auch im Heim steht das Wohnen im Vordergrund

Winfried Grath

Die wenigsten älteren Menschen entscheiden sich freiwillig, in ein Pflegeheim einzuziehen. Dafür gibt es viele individuelle Gründe. Aber fast immer schwingt die Angst vor dem Verlust der Autonomie mit, also der Möglichkeit, Leben und Alltag selbst zu bestimmen. Und tatsächlich sind Pflegeheime vielfach so organisiert, dass sie trotz vermeintlich bestmöglicher Orientierung an den Bedürfnissen der BewohnerInnen eine starke Anpassung an organisatorische Vorgaben, Abläufe und Zeiten einfordern.

Die St. Anna-Hilfe, ein gemeinnütziger Träger mit Sitz in Bregenz hat sich entschlossen, einen neuen Weg einzuschlagen und ihre neuen Pflegeheime nach dem Hausgemeinschaftskonzept zu er-

richten. Die ersten Hausgemeinschaften sind in Nüziders (Vorarlberg) und Stadl-Paura (Oberösterreich) bereits in Betrieb.



Gute Laune beim gemeinsamen Frühstück.

Das Hausgemeinschaftskonzept wird seit Ende der 90er-Jahre in mehreren Ländern Europas diskutiert. Es orientiert sich an Leitbildern wie „Alltagsnormalität“ und „Familienleben“ und knüpft am Bedarf vieler SeniorInnen an, die trotz Schutz-, Betreuungs- und Pflegebedarf an ihren gewohnten Lebensweisen festhalten möchten. Das Leben in der Hausgemeinschaft ermöglicht

den BewohnerInnen ein deutlich höheres Maß an Autonomie und Selbstständigkeit. Zugleich wird eine Wohnatmosphäre geschaffen, die es ihnen erleichtert, sich auch im Pflegeheim zu Hause zu fühlen, ohne auf Geborgenheit und größtmögliche Sicherheit zu verzichten.

Das Konzept der Hausgemeinschaften

Ziel der Hausgemeinschaften ist es, pflegebedürftigen Menschen ein ihnen eingeschränktes Wohnumfeld zu schaffen, in dem Selbstständigkeitspotentiale erhalten bleiben oder verloren geglaubte Fähigkeiten wieder aktiviert werden. Selbstverständlich werden auch die notwendigen pflegerischen Hilfen geleistet. Im Unterschied zu herkömmlichen Pflegeheimstrukturen sollen diese originär pflegerischen Tätigkeiten aber nicht mehr organisations- und ablaufbestimmend sein, sondern weitgehend als gesonderte Dienstleistungen erbracht werden. Das Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) beschreibt diesen anderen Ansatz in einer Broschüre schlagwortartig als „Ersetzung des Primates der Pflege durch ein Primat des Wohnens“.

Räumliches Zentrum jeder Hausgemeinschaft ist die Wohnküche, so wie es viele BewohnerInnen auch von ihrem früheren Zuhause gewohnt waren. Hier wird gekocht, gegessen, Wäsche versorgt, hier treffen sich BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und BesucherInnen zum gemeinsamen Kaffeetrinken. Wer möchte, beteiligt sich am gemeinsamen Alltag oder schaut einfach nur dem Leben zu. Eine so genannte Alltagsmanagerin steht als Ansprechpartnerin in der Wohnküche den ganzen Tag über zur Verfügung. Sie kocht für die BewohnerInnen, hilft bei Bedarf auch beim Essen und achtet darauf, dass jede/r nach seinen/ihren Wünschen ins Gemeinschaftsleben einbezogen wird. Helle, wohnlich gestaltete BewohnerInnenzimmer bieten Rückzugsmöglichkeiten in die Privatsphäre. Zusätzliche großzügige und klar strukturierte Gemeinschaftsflächen und der beschützte Garten ermöglichen Geselligkeit und Kontakt, Orientierung und Mobilität.

Mit dem neuen Wohnkonzept haben sich auch die Aufgaben der MitarbeiterInnen verändert. Zum ge-



Lebensmittelpunkt der BewohnerInnen sind Wohnküche und Wohnzimmer

wohnten Pflgeteam kam jetzt das Team der Alltagsmanagerinnen dazu. Die Mitarbeiterinnen der Wäscherei und der Reinigung sind in das Alltagsgeschehen der Hausgemeinschaft integriert. Alle Dienstleistungen werden in einer interdisziplinären Zusammenarbeit direkt am oder vor den BewohnerInnen erbracht. Angehörige sind in der Hausgemeinschaft willkommene Gäste und werden in das Geschehen selbstverständlich einbezogen.

MitarbeiterInnen einbeziehen

Was in der Theorie simpel erscheint, birgt doch einige „Stolpersteine“ in der praktischen Umsetzung. MitarbeiterInnen müssen ihre Berufsrollen neu definieren, andere Formen der Zusammenarbeit und Kommunikation entwickeln. Angehörige halten die Abkehr von der „Hotelversorgung“ zunächst für eine Reduzierung, nicht für einen Gewinn an Lebensqualität. Winfried Grath, Projektleiter der St. Anna-Hilfe, rät deshalb: „Der Paradigmenwechsel zu den Hausgemeinschaften gelingt nur, wenn alle MitarbeiterInnen

frühzeitig einbezogen werden.“ Unverzichtbar sei auch eine gute Beratung während der Einführung.

In den neuen Hausgemeinschaften der St. Anna-Hilfe geht die Entwicklung indes weiter. „Wir wollen die MitarbeiterInnengruppen in den Hausgemeinschaften noch stärker vernetzen“, so Grath. Gelingen soll das mit so genannten „multiprofessionellen Teams“, in denen die MitarbeiterInnen aus Pflege, Alltagsmanagement und Hauswirtschaft, die in einer Hausgemeinschaft arbeiten, zusammengefasst sind.

Winfried Grath

St. Anna-Hilfe für ältere Menschen gGmbH
Kirchstrasse 9a; 6900 Bregenz
0 55 74 / 42 177-0
info@st.anna-hilfe.at
winfried.grath@st.anna-hilfe.at

Der Pflegefall Pflegenotstand

Podiumsdiskussion der Grünen Bildungswerkstatt am 25.9.06

Magdalena Melcher

Dr. Christine Baur (Juristin, Gleichbehandlungsanwältin); Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner (Alters- und Pflegeheim „Stiftung Notburga“); Mag. Hermine Kofler (Leiterin des Gesundheitspädagogischen Zentrums); Dr. Kurt Grünewald (Mediziner und Nationalratsabgeordneter); Dipl.phys. Heinz Blaumeiser (Alter und Planung GnbR Wien); Moderation: Hannes Schlosser (Der Standard)

Unter dem Titel „Pflegefall Pflegenotstand“ diskutierten die ExpertInnen am Podium mit einem zahlreich erschienenen Fachpublikum. Ich versuche aus diesen teils sehr informativen Stellungnahmen einige interessante Punkte abseits von Parteipolitik zusammenzufassen.

Pflegenotstand ist lt. Krajc/Nowak (2003) gekennzeichnet durch: Anhaltenden Personalmangel, erlebbaren Qualitätsmangel und Unzufriedenheit/Überlastung des Personals (Kofler). Die Chance, welche die politische Pflegedebatte sein kann, gilt es nun zu nutzen. Die Gesellschaft hat eine neue Generation dazugewonnen, jene der aktiven „60+“, was als Bereicherung und Zugewinn gesehen werden muss. (Jordan-Ruef-Stabentheiner) Ebenso ist der demographische Wandel ein Kennzeichen für moderne Gesellschaften und als eine Gegebenheit anzuerkennen. Dieser Wandel ist kein Problem sondern eine Herausforderung (Blaumeiser). Ängste, die entstehen, wenn eine Minderheit zur Mehrheit wird, müssen beachtet werden. Es ist aber auch eine Chance für jene, die als neue Mehrheit ihre Bedürfnisse stärker einfordern können (Jordan-Ruef-Stabentheiner). Das Argument, dass die notwendigen Angebote nicht finanziert werden können, lässt Blaumeiser nicht gelten, wenn man die jährliche Steigerung des BIP (samt Zinsen und Zinseszinsen) der Steigerung des Bevölkerungsanteiles der über 60-Jährigen gegenüberstellt. Bei einer realistischen Annahme einer jährlichen BIP-Steigerung von 2 % ergibt das in 40 Jahren ein BIP, das um mehr als 90 % über dem gegenwärtigen liegt. Zugleich wird der Anteil der über 60-Jährigen bei weitem nicht so stark ansteigen. Die Finanzierung von Pflege ist und bleibt abhängig vom Willen der Gesellschaft, ausreichende Mittel dafür zur Verfügung zu stellen.

Die Pflege muss für alle Betroffenen leistbar bleiben, verschiedene Modelle wurden angesprochen. Neben einem Versicherungsmodell ähnlich der Krankenversicherungen (Grünewald) wurde das Pflegegeldmodell kritisch beleuchtet. So gibt es in Deutschland bereits Modelle, die weg vom Pflegegeld zu einem Pflegebudget - ähnlich dem „Persönlichen Budget“ in der Behindertenhilfe - übergehen (Blaumeiser, siehe auch www.pflegebudget.de). Drin-

gend notwendig ist jedenfalls eine (sozialversicherungs)rechtliche Absicherung der Pflegenden – vielfach Angehörige und fast ausschliesslich Frauen (Baur).

Der Wunsch eines Großteils der Betroffenen ist es, so lange als möglich zu Hause wohnen zu können, Heime stehen auf der Wunschliste weit unten (Ruef-Jordan-Stabentheiner). Dringend notwendig ist es, verschiedenste alternative Möglichkeiten anzubieten, die ambulante Betreuung auszubauen und verschiedene Konzepte und Ideen für leistbare Wohnformen abseits der Wohn- und Pflegeheimstruktur zu schaffen. Auch selbstorganisierte individuelle Lösungen müssen überlegt werden (Baur). Insbesondere erscheint ein niederschwelliger Zugang zur Beratung von Betroffenen und Angehörigen - bereits lange bevor eine Pflege notwendig wird - wichtig. Derzeit scheint die Politik jedoch ihr Hauptaugenmerk auf den klassischen stationären Bereich zu legen. Wie bereits im Mai bei einer Podiumsdiskussion (siehe dazu den Bericht zur Podiumsdiskussion „Tagesbetreuung“ S. 7) angekündigt, plant LHStv. Hannes Gschwentner - nachdem der Bedarf durch die Sozialplanung des Landes mittlerweile erhoben scheint - zunächst die Heime auszubauen und hat Mitte September die Zahlen in einer Landtagssitzung präsentiert: Dzt. gibt es 4.978 Plätze in Wohn- und Pflegeheimen, in den nächsten 4 Jahren sollen weitere 750 Betten dazukommen. Teilstationäre Heime sollten ausgebaut und Strukturen in Heimen auch für die Tagesbetreuung genutzt werden (Schlosser). Das derzeitige Sprengelmodell für die ambulante Betreuung sei nicht ideal, weil zu groß. Sozial- bzw. Gemeindezentren müssten kleiner organisiert sein. Aus EU-Töpfen gäbe es für solche Modellprojekte Gelder, aber offenbar gab es aus Österreich bislang keine einzige Nachfrage bei der EU (Blaumeiser).

Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaftsmodell, Tagespflege,... werden z. T. auch bei uns angeboten. Andere Wohnformen wie selbstorganisierte Wohngemeinschaften, gemeinschaftliches Wohnen, etc. sind in Österreich – im Vergleich zu Deutschland – kaum zu finden und werden auch kaum öffentlich unterstützt. Stiftungsmodelle bieten in Österreich fertige Konzepte an (z. B. Liebenau Stiftung, St.-Anna-Hilfe), Eigeninitiativen gibt es kaum. Vielleicht gibt es dazu in Österreich noch zu viele „Grenzen im Kopf“ (Blaumeiser, siehe auch <http://www.isg-institut.de/download/WS-LahnDoku.pdf>, S. 69 – 88).

Blaumeiser plädiert jedenfalls dafür, alternative Projekte zu starten, weil seiner Meinung nach durch einzelne Projekte sich auch für eine breitere Bevöl-

kerung Veränderungen ergeben können. Allerdings ist darauf zu achten, diese Initiativen nicht „auf eigene Kosten“ zu starten, sondern die öffentliche Hand durch Unterstützung und Finanzierung in die Pflicht zu nehmen. Alternative Wohnformen müssen auch im Sozialen Wohnbau verankert und so für jene leistbar sein, die nicht über Vermögen verfügen oder genügend ansparen konnten.

Vorsicht ist angebracht bei der derzeitigen Überarbeitung des Tiroler Reha-Gesetzes, da die Erfahrung zeigt, dass Gesetze vielfach unter dem Gesichtspunkt von Einsparungspotentialen überarbeitet werden. Die Angst, dass alte Menschen von Leistungen der Reha ausgeschlossen werden könnten, wurde im Publikum zum Ausdruck gebracht.

Einigkeit herrschte darüber, dass der Bereich der Altenbetreuung ein Bereich ist, der sehr wohl einen hohen Anteil an professionellen MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung benötigt, es aber durchaus

notwendig und sinnvoll ist, ehrenamtliche HelferInnen oder Hilfskräfte mit einzubinden – unter der Voraussetzung, dass die Organisation, Anleitung und Einbindung der Ehrenamtlichen professionell funktioniert und die notwendigen Rahmenbedingungen vorhanden sind. Die Ausbildungen für professionelle Kräfte werden ständig aktualisiert, dem Stand der Wissenschaft angeglichen und sind sehr umfassend geworden (Kofler), allerdings gilt es auch darauf zu achten, dass ein „Wildwuchs“ an Ausbildungen unter dem qualitativen Aspekt kritisch beleuchtet werden muss (Blaumeiser). Einigkeit gab es darüber, dass in den Ausbildungen neben dem pflegerischen Aspekt ein Hauptaugenmerk auf die soziale Kompetenz gelegt werden muss. Und neben den Bedürfnissen der zu Pflegenden müssen jedenfalls auch die Arbeitsbedingungen für die PflegerInnen berücksichtigt werden bzw. bleiben.

Magdalena Melcher

Sexualität in der Pflege älterer Menschen

Patrik Kolb

In unserer sexualisierten und scheinbar liberalen Welt wird das Thema Sexualität im Alter nach wie vor sehr stark tabuisiert und verleugnet. Ältere Menschen haben einfach keine sexuellen Bedürfnisse zu verspüren und wenn, dann sollen sie diese gefälligst unterdrücken oder verheimlichen.

Von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet (aber auch mit unserem gesunden Menschenverstand), ist mittlerweile bekannt, dass Sexualität nicht einfach mit der Pensionierung oder der Menopause aufhört, sondern darüber hinaus bis ins hohe Alter befriedigend ausgelebt werden kann.

Und doch wehren wir uns geistig und manchmal leider auch körperlich immer noch gegen die sexuellen Bedürfnisse älterer Menschen. Und dies ganz besonders in der Pflege Hilfsbedürftiger.

Sexualität wird de facto aus der so hoch gepriesenen „ganzheitlichen Pflege“ ausgeklammert. Sie wird in den einzelnen Pflegekonzepten, egal ob Henderson oder Krohwinkel, erwähnt, darauf eingegangen wird in der überwiegenden Mehrheit der Fälle jedoch nicht.

Pflege hat, ebenso wie Sexualität, sehr viel mit Intimität zu tun. In der populären Internet-Enzyklopädie Wikipedia wird Intimität definiert als „(...)ein Zustand tiefster Vertrautheit. Intimität herrscht in der Intimsphäre – einem persönlichen Bereich, der durch die Anwesenheit ausschließlich bestimmter oder keiner weiteren Personen definiert ist und Außenstehende nicht betrifft. Die Intimsphäre und damit die Intimität wird durch Indiskretion verletzt. Eine

Verletzung der Intimität kann Personen seelisch labilisieren.“

In der Pflege betreten wir diese innere Sphäre zwangsläufig und verletzen sie somit (wenn auch nicht unbedingt bewusst und beabsichtigt) immer wieder, zumal die zu pflegende Person das Personal auch nicht selbst auswählen kann. Besonders dieser Aspekt ist von großer Bedeutung und sollte immer wieder vor Augen geführt werden.

Viele Menschen der „älteren Generationen“ haben ein etwas anderes Verständnis von Sexualität als jüngere. Sexualität und Intimität sind in der Regel sehr eng miteinander verknüpft. Wer also diesen intimen Bereich betritt, und dies ist in der Körperpflege besonders oft der Fall, betritt in den Augen der älteren Menschen automatisch auch ein sexualisiertes Terrain. Für professionell Pflegenden, aber auch Angehörige, mag es keinen Unterschied machen ob sie eine Hand oder den Genitalbereich waschen. Ob dies die betroffenen älteren Menschen allerdings auch so sehen, wage ich stark zu bezweifeln.

Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass viele ältere Menschen nicht einmal ihren Partner oder ihre Partnerin nackt gesehen haben. In diesem Fall von zumeist jungem Pflegepersonal im Intimbereich gewaschen zu werden, scheint für sie eine unmögliche und verwerfliche Vorstellung. (Etwas anders ist die Situation z. T. im Krankenhaus, da hier auch für ältere Menschen ein anderes Setting herrscht.)

Körperpflege bedeutet abgesehen von Hygiene z. B. auch: Selbstwertsteigerung, Entspannung, Kommunikation sowie Berührung, Körperkontakt, Erotik und Sexualität. Dessen sollte sich jede/r Pflegendende bewusst sein. Ich möchte damit keinesfalls anregen, Körperpflege ständig mit einer sexualisierten Brille zu betrachten, dennoch sollte man sich bewusst sein, was damit beim Gegenüber ausgelöst werden kann. Insbesondere im Hinblick auf die, nach außen hin, verbreitete Schamhaftigkeit vieler älterer Menschen.

Diese Aspekte sorgen in der Pflege teilweise für schwerwiegende Missverständnisse und Konflikte. Immer wieder berichten PflegerInnen von „Übergriffen“ älterer Menschen, vor allem von Männern. Und hier geschieht dann als Reaktion von Seiten des Pflegepersonals leider oft das, wovon uns in fast allen Pflegekonzepten und Leitlinien gewarnt wird: Bewertung! Wir bewerten Handlung und Verhalten der betreffenden älteren Person nach unseren Maßstäben und Wertvorstellungen und schlussfolgern, dass es sich um eine bewusste, gewollte und beabsichtigte Tat handelt. So wird aus dem bis dato netten Herrn Maier plötzlich ein „sexgieriger Lustmolch“.

An dieser Stelle möchte ich einen kleinen, aber wichtigen Exkurs anführen. Es gibt durchaus Alterskrankheiten und andere neuro-psychiatrische Krankheitsbilder, die so genannte „Persönlichkeitsveränderungen“ bedingen, die eine starke Umgestaltung der Sexualität bei älteren Menschen bewirken (z. B. diverse Demenzformen oder Folgen eines zerebralen-vaskulären Infarkts). Ich komme in diesem Artikel hier allerdings nicht auf diese Fälle und den Umgang damit zu sprechen, denn dies würde sicherlich den Rahmen sprengen.

Hinter dem Betätscheln der Krankenpflegerin kann wie bereits erwähnt durchaus eine Vermischung der beiden Bereiche Intimität und Sexualität stehen. Für den älteren Menschen sind die Grenzen nicht (mehr) klar und beide Bereiche scheinen ineinander zu fließen. Ich denke, dass es sehr wichtig ist die diffusen Grenzen wieder bewusst zu machen. Und dies ist eindeutig die Aufgabe des Pflegepersonals. In der Regel kann mit einfachen, verständlichen Worten genügend erklärt und klargestellt werden, so dass ältere Menschen dies auch annehmen können, ohne dabei das Gefühl zu haben, das Gesicht zu verlieren.

In vielen Fällen steht der Aspekt der Kommunikation im Vordergrund. Der ältere Mensch versucht uns etwas mitzuteilen, beziehungsweise etwas von uns zu erhalten. Nämlich Anerkennung und Bestätigung. Es ist die Aufgabe des Personals, der betreffenden Person klar zu machen, dass es sich um eine unangebrachte Art und Weise handelt, dies mitzuteilen.

Vorwiegend handelt es sich um Männer, welche diese „sexuellen Übergriffe“ tätigen. Meiner Ansicht nach hat dies sicherlich mit dem Bild des Mannes in unserer Gesellschaft und Kultur zu tun: der aktive, starke, dynamische, „immerwollende“ und „immerkönnende“ Mann. Viele Männer sehen sich in ihrem hohen Lebensalter enormen Verlusten ausgesetzt: Pensionierung, Verwitmung, Krankheit usw. Sie empfinden sich als wertlos und nutzlos. Es kann zu erheblichen Einbrüchen im Selbstkonzept und somit auch im Selbstbewusstsein kommen. Männer mussten bis zu dem Zeitpunkt immer wieder ihre (sexuelle) Leistungsfähigkeit beweisen, und versuchen dies nun über Begrapschen oder verbale sexualisierte Äußerungen zu kompensieren. (Dieser Erklärungsansatz soll jedoch keinesfalls eine Rechtfertigung oder Entschuldigung darstellen!)

Oft kann es aber auch ein deutlicher Aufruf nach Zuwendung und Zärtlichkeit oder sogar Ausdruck der sexuellen Begierde sein. In diesem Fall somit Ausdruck der weiteren Funktion der Sexualität, nämlich des Lustgewinns. Wir sollten dies als Ressource sehen und nach Schulz von Thun unser „Appell“ sowie unser „Selbstoffenbarungsohr“ aufmachen. Es gilt diesen Aufruf nicht zu bewerten, sondern dem älteren Menschen zu vermitteln, dass wir seinen Appell verstehen und auf sein Anliegen eingehen. Es ist außerordentlich wichtig, dem Betroffenen bewusst zu machen, dass sexuelle Bedürfnisse auch im höheren Alter normal und gesund sind, und dass wir dies auch akzeptieren. Es gilt dann lediglich Wege und Möglichkeiten zu finden, wie der Betroffene seine Sexualität ausleben und genießen kann (z. B. über erotische Literatur, Pornohefte oder -filme, technische Hilfsmittel, bis hin zum Bordellbesuch). Die Facetten und Möglichkeiten sind in diesem Bereich schier grenzenlos.

Wichtig ist es jedoch auch hier ganz klar zu betonen, dass das Pflegepersonal nur die Aufgabe hat, diesen Appell aufzunehmen und nach Möglichkeiten der Befriedigung des sexuellen Bedürfnisses Ausschau zu halten, aber keinesfalls auch diesen Bedürfnissen nachzukommen. Dies gehört sicherlich nicht zur ganzheitlichen Pflege! Auch hier müssen die Grenzen und die damit verbundenen Rollenbilder sehr transparent und klar sein!

Der ältere Mensch ist selbstverständlich immer noch für seine Handlungen und sein Verhalten verantwortlich. Er muss somit auch die Folgen dafür tragen, wenn seine „sexuellen Annäherungen“ zu grob werden. Es geht schließlich auch darum, dass der Schutz des Pflegepersonals gewährleistet bleibt! Nebst der klaren Ziehung der Grenzen und der Festlegung der Rollenverteilung und Aufgaben, ist es aber auch wichtig, dass das Pflegepersonal sich seiner eigenen Einstellung zur Sexualität bewusst wird. Ich weiß aus eigener Berufserfahrung in der ambulanten Pflege, dass in vielen Fällen nicht die ältere

Person ein Problem mit ihrer Sexualität hat, sondern oft besteht beim betreffenden Personal eine unklare und gehemmte Einstellung gegenüber Sexualität. In einem Bereich zu arbeiten, in dem Sexualität so stark tabuisiert wird, kann dazu führen, dass eigene sexuelle Impulse nicht zugelassen werden. Es kann dadurch zu Projektionen auf den älteren Hilfsbedürftigen kommen, gegen welche dieser sich nur noch schwer wehren kann. Ist das Etikett „Grapscher“ einmal verliehen, so ist es sehr schwer, sich davon wieder zu lösen. In diesem Sinne sehe ich es auch als professionelle Selbstverantwortung, dass das Pflegepersonal die eigene Einstellung zur Sexualität reflektiert, sich derer bewusst wird, und notgedrungen auch tradierte Normen kritisch hinterfragt.

Wie kann das Pflegepersonal nun aber die Sexualität von älteren Menschen fördern (falls dies in deren Sinn ist), wie es in den diverse Pflegekonzepten ja auch gefordert wird?

Es gilt sicherlich, eine offene, wertfreie Haltung den älteren Menschen gegenüber zu zeigen: sexuelle Interessen und genitale Aktivitäten sind auch im hohen Lebensalter keinesfalls lächerlich, peinlich oder ekelerregend.

Mit Sexualität geht auch die bewusste Körperpflege und Pflege des eigenen Äußeren einher. Hier kann das Pflegepersonal sehr gute Dienste leisten (etwa beim Schminken usw.).

Zärtlichkeiten, Zuwendung, Lust, Nähe und Anerkennung beschränken sich nicht nur auf die Praxis des Geschlechtsverkehrs. Sexualität ist weitaus mehr als der Koitus. SeniorInnen benötigen ein zärtliches Umfeld sowie die Gewährleistung ihrer Intimsphäre.

Dies kann durch folgende Tipps gewährleistet werden:

- vor dem Betreten eines Zimmers anzuklopfen
- möglichst mehrere Tätigkeiten im Zimmer verrichten, um nicht allzu oft stören zu müssen
- Bettdecke nie ohne Vorankündigung wegnehmen
- immer auf Sichtschutz vor dritten Personen achten
- jede Pflgetätigkeit vorher ankündigen und erklären
- bei der Ganzkörperpflege nur kleine Körperbereiche aufdecken
- vor jedem Eingriff in Schrank oder Nachttisch um Erlaubnis bitten
- bei sehr persönlichen Gesprächen zwischen dem älteren Menschen und Angehörigen oder Bekannten den Raum verlassen
- Tabuzonen des Körpers beachten und respektieren
- in der alltäglichen Kommunikation die „Wir-Form“ vermeiden

Je freier und bewusster wir mit dem Thema Sexualität umgehen, desto leichter können ältere Menschen ihre eigene Sexualität akzeptieren und adäquat ausleben. Immerhin trägt Sexualität sehr zur psychischen, aber auch zur körperlichen Gesundheit bei. Um sämtliche Bedürfnisse von älteren Menschen wirklich respektieren und erfüllen zu können, müssen wir diesen Aspekt mit einbeziehen. Sexualität hat in der Pflege älterer, hilfsbedürftiger Menschen einen sehr wichtigen, nicht zu unterschätzenden Stellenwert.

Patrick Kolb

Psychologe beim Beratungsdienst der Stiftung
Hëllef Doheem – Luxemburg
e-mail: patrick.kolb@shd.lu

Weitere Informationen zur Stiftung www.shd.lu

Mobile Sozialarbeit - Innsbrucker Soziale Dienste GmbH

Dominique-Dsahai Thaler

Die Mobile Sozialarbeit der ISD ist eingebettet in den Bereich Sozialzentren, der einen relativ kleinen Aufgabenbereich des Gesamtgefüges darstellt (Organisationsdiagramm siehe: www.isd.or.at). Das Team setzt sich zusammen aus folgenden Mitarbeiterinnen: Tina Bader, Geli Kugler, Cilli Schönauer, Regina Steinegger, Dominique-Dsahai Thaler und Isolde Zauser.

Als Anlaufstelle für alle StadtteilbewohnerInnen sind die Sozialzentren, die im Innsbrucker Stadtgebiet verteilt sind, eine Art Service-Angebot für die Bevölkerung mit Schwerpunkt SeniorInnenarbeit. Unsere Hilfe kann unentgeltlich in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz zu anderen Teilbereichen des ISD erwirtschaften wir keinen unmittelbaren finanzi-

ellen Gewinn, leisten aber häufig Präventivarbeit und sparen so Folgekosten ein.

Von den inzwischen neun Sozialzentren werden drei von ausgebildeten Sozialarbeiterinnen geleitet, den anderen stehen halbtags angestellte Sozialarbeiterinnen zur Seite. Die Sozialzentren sind sehr unterschiedlich ausgestattet. Als gemeinsamer Nenner werden Information, Beratung und Vermittlung in Beratungszeiten sowie Seniorentreffs, Aktion 80 (Beratungsscheck für alle 80-Jährigen SeniorInnen) und das Donnerstagsprogramm (Ausflüge, Vorträge und Besichtigungen) angeboten. Je nach Stadtteil und Schwerpunkten der SozialzentrumsleiterInnen variiert das weitere Angebot. Die Räumlichkeiten können auch gemietet werden.

Unsere „Aufträge“ erhalten wir ISD-intern, von anderen sozialen Einrichtungen, von ÄrztInnen und Klinik, durch amtliche Zuweisung (Sozialamt, Amtsarzt, Polizei, Politik), von Privatpersonen (Verwandte, NachbarInnen, FreundInnen) und persönlichen Kontakt.

Wir unterstützen die KlientInnen – zum Großteil MindestpensionistInnen – bei Amts- bzw. Behördenwegen (Mietzinsbeihilfe, Rezeptgebührenbefreiung, Gebührenbefreiung für Telefon, Fernsehen und Rundfunk, Pflegegeldantrag und -untersuchung, Ausstellung eines Behindertenausweises...) stellen diverse Anträge für die Existenzsicherung (Aufstellung von DSA Kofler im Sit Nr. 70, S. 24-25, ist sehr hilfreich. Danke!) u. a. Anträge ans Sozialamt stellen wir nur hin und wieder, da der 13. und 14. Monatsbezug auf die 12 Monate aufgeteilt werden, sind die MindestpensionistInnen über der Bemessungsgrundlage. Anträge werden zum Teil, z. B. für die Übernahme von Heizkosten oder die Ausfallhaftung für Kauttionen positiv beschieden.

Aufträge für eine Wohnungsadaptierung kommen bei uns praktisch nicht vor bzw. werden von uns weitervermittelt (Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Soziales, Neues Landhaus: Ansuchen um Zuschuss

für behindertenbedingten Umbau: Reha-Antrag ausfüllen und Meldebestätigung, Einkommensnachweis, Kostenvoranschlag oder Rechnungen und klinischen Befund beilegen).

Umfangreiche Pflege daheim zu organisieren ist für den Großteil unserer KlientInnen finanziell nicht leistbar, auch wenn Pflegegeld bezogen wird. Wenn kein familiäres Umfeld oder keine gute Nachbarschaftshilfe gegeben sind, ist oft die einzige andere Alternative die Übersiedlung in ein SeniorInnenwohnheim. Auch in den ISD-Senioren-Wohnungen werden Personen ab der Pflegestufe drei nicht aufgenommen. Wir arbeiten mit der Hauskrankenpflege und Heimhilfe, dem Psychosozialen Pflegedienst, dem Mohi, der Übergangspflege, den Klinik-SozialarbeiterInnen und anderen Stellen zusammen.

Unser Setting ist die Einzelfallhilfe, politische bzw. Gemeinwesenarbeit findet nicht statt. Wir arbeiten auf Basis der Freiwilligkeit unserer KlientInnen. Wenn wir Anfragen bekommen, mit jemandem Kontakt aufzunehmen und zu helfen, gehen wir diesen nach, unternehmen aber nichts gegen den Willen der/des Betroffenen. Gesetzlichen Auftrag haben wir keinen, auch sind wir keine Kriseninterventionsstelle.

Dominique-Dsahai Thaler

Rezension:

schubhaft, haft ohne delikt, arge-schubhaft, Innsbruck 2006

Waltraud Kreidl

Wie der/m SIT-LeserIn sicher bekannt, musste die arge-Schubhaft ihre Tätigkeit in der bisherigen Form einstellen. Das unfreiwillige Ende der achtjährigen Arbeit mit Menschen in Schubhaft war Folge der einseitigen Auflösung, respektive Nichtverlängerung des Betreuungsvertrages durch das Bundesministerium für Inneres.

Eine breite, leider erfolglose Protestwelle war die Folge. Wer in der Publikation blättert und mit der arge-Schubhaft zusammenarbeiten durfte, versteht warum die Empörung so groß war. Die arge-Schubhaft hat sich für „rechtlose“ Menschen eingesetzt. Menschen, deren „Leben insofern nicht gilt, als ihre Geschichten, ihre Lebensperspektiven und ihre je spezifische Notlagen nicht interessieren, weil sie hier und meist auch anderswo nicht sein sollten.“

(5) Der Beginn der Publikation ist der Chronologie der achtjährigen Tätigkeit gewidmet. In der Folge wird auf die Funktion der Schubhaft eingegangen: Es geht nicht nur um die Sicherung der Abschiebung, sondern latent auch um Bestrafung und Abschreckung. Fremdenrechtliche Bestimmungen werden mit jeder Novelle weiter verschärft. In den weiteren Kapiteln werden die Haftbedingungen im Innsbrucker Polizeianhaltezentrum und die alltägliche Arbeit dargestellt. Besonders berührt haben mich in der Folge die Darstellung einzelner Schicksale, die Briefe und die Berichte aus der Betreuungs-

tätigkeit. Ebenso eindrücklich sind die Erzählungen von ehrenamtlichen BetreuerInnen, die schildern, unter welchen Bedingungen sie betreuen, wer in Schubhaft eingesperrt wird, wie es den Menschen dort ergeht und welche Geschichten sie erzählen; was geschieht, wenn sie entlassen werden. Dieses Engagement trotz der engen gesetzlichen und sonstigen Rahmenbedingungen und der minimalen Möglichkeit zu helfen, verdient tiefen Respekt. „Also, am schlimmsten habe ich es oft empfunden, dass ich mich eigentlich hätte freuen sollen, wo Leute entlassen werden und dass es da oft unglaublich schwierig war, weil da einfach so oft klar geworden ist, dass man mit Menschen in Freiheit einfach nichts für sie bewirken kann und nichts für sie tun kann, da ist man ausgeliefert. Man schafft es auch nicht, jemanden wo stehen zu lassen in Innsbruck, aber man schafft es auch nicht, etwas zu tun.“ (75)

„DAS ENDE WIRD NUR EIN VORLÄUFIGES SEIN“ schreibt Michaela Ralser. (15) Die arge-Schubhaft macht weiter in neuer Form. Danke!!!

Die Publikation ist mit vielen Fotos schön bebildert und wird zum Selbstkostenpreis abgegeben, bei gewünschter Zusendung plus Portospesen.

Waltraud Kreidl

Das neue Patientenverfügungsgesetz - Was enthält es? Was bringt es? Was bringt es nicht?

Barbara Soder

Die Vorteile und Nachteile der Regelung aus der Sicht der Patientenvertretung (oft auch als Patientenanwaltschaft bezeichnet)

Ein paar Gedanken zur Ausgangslage:

Jede/r von uns kann in Situationen kommen, in denen unsere Gesundheit oder sogar unser Leben von den Leistungen der Medizin abhängt. In vielen Fällen gewährleistet die moderne Medizin ein Gesundwerden, eine Lebensverlängerung oder eine Erhöhung der Lebensqualität. Die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin können aber auch verunsichern und Ängste verursachen (Angst vor einem Sterben ohne Würde, Angst vor einer Verlängerung des Sterbeprozesses um jeden Preis, etc.). Wenn sich Interessierte zu diesem Thema an uns in der Patientenvertretung wenden – was seit den Medienberichten rund um den Beschluss des neuen Patientenverfügungsgesetzes (seit 1.6.2006 gilt es) vermehrt der Fall ist –, kommt oft diese Angst und Unsicherheit zum Ausdruck. Bemerkungen wie „Ich möchte einmal nicht so an den Schläuchen hängen wie ich es bei meiner Tante gesehen habe, kann ich das bei Ihnen unterschreiben?“ sind nicht selten. Um eine Patientenverfügung zu errichten, genügt es nicht, auf einem Vordruck zu unterschreiben. Das Thema ist etwas komplexer. Bei der Tiroler Patientenvertretung beraten wir dazu natürlich ebenso kostenlos und vertraulich wie zu anderen Themen, die PatientInnen und ihre Rechte betreffen.

Patientenverfügung als Ausdruck der Selbstbestimmung:

Im medizinischen Alltag sind ständig Entscheidungen mit schwerwiegenden Auswirkungen zu treffen. In diesen Entscheidungsprozess sind PatientInnen einzubeziehen, und ohne ihre Zustimmung dürfen PatientInnen in der Regel nicht behandelt werden. ÄrztInnen müssen also auch für sie „unvernünftig“ erscheinende Entscheidungen von PatientInnen akzeptieren – die Selbstbestimmung geht vor. In Situationen, in denen es PatientInnen aber nicht mehr möglich ist, ihren Willen zu äußern, ist der Prozess der Entscheidung oft schwierig und manchmal in rechtlichen Graubereichen zu treffen. Gerade in diesen Situationen kann es sehr hilfreich sein, wenn dokumentiert ist, was der Patient/die Patientin in diesem Fall will oder eben nicht will. Man kann Patientenverfügungen als Abwehr gegen paternalistische Entscheidungen von ÄrztInnen mit therapeutischem Übereifer sehen. Eine Patientenverfügung kann man aber auch als wichtiges Kommunikationsinstrument sehen, sozusagen als „Behelfs-Brücke“, auf der Informationen über Grundhaltungen, Wertentscheidungen und begründete Ablehnung von medizinisch möglichen Be-

handlungen vom heutigen Zeitpunkt in jenen Zeitpunkt in der Zukunft übertragen werden können, in dem PatientInnen nicht mehr fähig sind, ihren Willen aktuell zu äußern.

Schon bisher möglich:

Die Möglichkeit der Errichtung von Patientenverfügungen und deren Beachtung ist als Patientenrecht nicht neu. In der Patientencharta (für Tirol in Kraft seit 1. Oktober 2003) ist verankert, dass PatientInnen das Recht haben, im Vorhinein Willensäußerungen abzugeben, durch die sie für den Fall des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit bestimmte Behandlungen ablehnen können, und dass bei künftigen medizinischen Entscheidungen „so weit wie möglich darauf Bedacht genommen“ werden kann. Außerdem gab schon bisher Regelungen zur Verpflichtung, eine Patientenverfügung zur Krankengeschichte bzw. zur ärztlichen Dokumentation zu geben. Spätestens seit einer Parlamentarischen Enquete im Mai 2001 zum Thema „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbegleitung in Österreich“ sind Patientenverfügungen nicht nur ein medizinisches oder juristisches, sondern auch ein gesellschafts- und gesundheitspolitisches Thema.

Es ist unbestritten, dass Patientenverfügungen schon bisher einen wesentlichen Beitrag bei der Erforschung des konkreten Willens des in der Situation nicht äußerungsfähigen Patienten geleistet haben. Dies zeigen auch Beispiele – etwa jenes, das im heurigen Frühjahr durch die Medien ging: Ein 19-Jähriger, der aus Glaubensgründen vor einer geplanten Operation die Gabe von Bluttransfusionen in einer Patientenverfügung abgelehnt hat, verstirbt, weil der Operateur die Verfügung des Patienten beachtet und eine lebensnotwendige Bluttransfusion unterlässt. (Die Schlagzeile aus ORF-online am 30.3.2006: „Bestürzung nach Tod von 19-Jährigem – Ärzte mussten einen 19-Jährigen während einer Operation verbluten lassen. Der Zeuge Jehovas hatte eine Bluttransfusion verweigert.“)

Das neue Patientenverfügungsgesetz:

Das seit 1. Juni 2006 geltende Patientenverfügungsgesetz hat das erklärte Ziel, das Rechtsgebiet der Patientenverfügungen „eindeutig und transparent“ zu regeln. Es führt Kriterien für die Wirksamkeit und Bezeichnungen für zwei Arten von Patientenverfügungen (PV) mit jeweils unterschiedlichen Rechtsfolgen ein: die (für die Ermittlung des Patientenwillens) „beachtliche“ PV und die „verbindliche“ PV. Das Gesetz normiert die (sehr strengen) Kriterien, die an die Wirksamkeit der „verbindlichen“ Patientenverfügung geknüpft sind und erklärt dann, dass jede PV, die diesen Kriterien nicht entspricht, eine „beachtli-

che“ PV ist. Die wichtigsten Kriterien für die „verbindliche“ PV in Kürze: Umschreibung der Umstände, in denen sie gelten soll und der konkret abgelehnten medizinischen Behandlung, umfangreiche ärztliche Aufklärung samt Dokumentation, formelle Errichtung vor einem Notar, einem Rechtsanwalt oder bei der Patientenvertretung, Begrenzung der Wirksamkeit für max. fünf Jahre (verlängerbar). Alle übrigen PV sind und bleiben beachtlich für die Ermittlung des Patientenwillens – umso mehr beachtlich, je näher sie der verbindlichen kommen: also je konkreter die Situation beschrieben ist, je jünger sie ist, etc.

Im Übrigen regelt das Gesetz noch allgemeine Voraussetzungen (z. B. dass man die PV nur höchstpersönlich errichten kann, dass sie jederzeit widerrufen werden kann) und allgemeine Grenzen (z. B. dass die aktive Sterbehilfe verboten bleibt und dass eine dringliche medizinische Notfallversorgung unberührt bleibt – allerdings nur, „sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.“ (so der Gesetzestext).

Beachtliche und verbindliche Patientenverfügungen unterscheiden sich dadurch, dass die beachtliche Patientenverfügung eine bloße Orientierungshilfe für die Ermittlung des Patientenwillens darstellt, während die verbindliche Patientenverfügung Arzt/Ärztin und Pflegepersonal ebenso wie Angehörige an den darin festgesetzten Willen des Patienten/der Patientin tatsächlich bindet. In diesem Fall wäre etwa auch kein/e SachwalterIn zu bestellen. Erwähnt werden muss auch, dass freilich eine PV immer unwirksam ist, solange der Patient/die Patientin selbst seinen/ihren Willen unbeeinträchtigt äußern kann.

Vorteile/Nachteile der neuen Regelung aus meiner Sicht:

Viel kritisiert wurden die genannten formellen Hürden für die verbindliche PV. Auch ich denke, dass – wenn man das Recht auf Selbstbestimmung ernst nimmt – man auch von einer selbstbestimmten Person annehmen kann, dass sie selbständig auf die Idee kommt, sich medizinisch und vielleicht auch juristisch beraten zu lassen und den eigenen Willen so konkret wie möglich darzustellen.

Vielfach wurden auch die finanziellen Hürden für die Errichtung einer verbindlichen PV (auch wenn der formelle Errichtungsakt bei der Patientenvertretung – im Gegensatz zur Alternative Rechtsanwalt oder Notar – kostenlos ist, wird die jedenfalls notwendige ärztliche Aufklärung nicht kostenlos sein) und die begrenzte Dauer von fünf Jahren kritisiert. Meiner Ansicht nach ist auf einen wesentlichen Punkt noch zu wenig Bedacht genommen worden in der öffentlichen Diskussion: Die abgelehnten medizinischen Behandlungen sind konkret zu beschreiben, und aus der PV muss hervorgehen, dass der Patient/die Patientin

die Folgen der PV zutreffend einschätzt (was im Übrigen vom aufklärenden Arzt in seiner Dokumentation begründet werden muss!). Dies wird meiner Einschätzung nach nur in wenigen Fällen gelingen – etwa wenn jemand aufgrund einer chronischen Krankheit genau abschätzen kann, welche Entwicklungen des Gesundheitszustandes zu erwarten sind.

Missglückt halte ich im Übrigen die Formulierungen „verbindlich“ und „beachtlich“. Ein Laie verbindet mit beachtlich einen ungewollte Einschränkung der Geltung einer Verfügung – gerade auch, weil das Gesetz diese als „mangelhaft“ formuliert („Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen...erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich.“).

So muss ich auch hier dem durch diese Formulierungen möglicherweise entstehenden falschen Eindruck, eine beachtliche PV sei nichts wert, entgegenwirken. Eine PV, die nicht alle streng formulierten Kriterien einer verbindlichen PV erfüllt, ist dennoch ein wertvoller Ausdruck des/der für sich selbst bestimmenden Patienten/Patientin.

Abschließende Bemerkungen:

Ob das erklärte Ziel, diesen Rechtsbereich „eindeutig und transparent“ zu regeln, gelingen wird, wird die Praxis zeigen und hängt wesentlich von den beteiligten Personen ab, die bei der Errichtung informieren und unterstützen und die letztlich in der Entscheidungs-Situation mit einer PV umgehen. Die zuständigen Ministerien haben für einen dreijährigen „Beobachtungszeitraum“ ein begleitendes Evaluierungsprojekt in Auftrag gegeben. Ich denke, dass bei einerseits sorgfältiger Vorbereitung und möglichst klarer Fassung der (wahrscheinlich großteils beachtlichen) Patientenverfügungen und bei andererseits respektvoller Beachtung des Willens des Patienten/der Patientin die neue Regelung eine Chance ist, mehr Klarheit in den Graubereich der genannten Entscheidungssituationen zu bringen. Jedenfalls positiv finde ich den Effekt, dass mit dem neuen Gesetz dieses wichtige Thema breiter diskutiert wird.

Weitere Informationen, ein Formular, Formulierungshilfen und Beratungen zu diesem Thema bekommen Sie bei der Tiroler Patientenvertretung, bei der man auch eine verbindliche Patientenverfügung errichten kann. Die Inanspruchnahme dieser Einrichtung ist kostenlos.

Barbara Soder
Leiterin der Tiroler Patientenvertretung

Tiroler Patientenvertretung
Sillgasse 8
6020 Innsbruck
Tel: 0512-508-7700

Email: patientenvertretung@tirol.gv.at
Internet: www.tirol.gv.at/patientenvertretung

Heimanzwaltschaft: Aufgaben und Rechte von BewohnerInnen

Monika Hirsch

Alt, Alter, Alte. Wörter, die heute viel öfter zu hören sind, als noch vor einigen Jahren. Woran das liegt? An der steigenden Lebenserwartung? Aus den daraus erwachsenden demografischen Problemen? Aus der steigenden Aktivität der so genannten SeniorInnen, die sich immer öfter zu Wort melden? Oft werden all diese Fragen einfach auf die damit verbundenen Kosten reduziert. Aber das ist sicher nicht richtig. Denn nur ein geringer Teil der „60plus-Generation“ ist pflegebedürftig und daher zum Teil von Zuwendungen der öffentlichen Hand abhängig. Wahr ist vielmehr, dass ein guter Teil dieser Menschen ihren dritten Lebensabschnitt sehr aktiv genießt. Wahr ist aber auch, dass jene Minderheit, die auf Grund ihres höheren Alters aktive Zuwendung der Gesellschaft benötigen, sowohl finanziell – in Form von Pflegegeld und Zuschüssen zu Heimkosten – als auch sozial durch verstärkte Aufmerksamkeit, um Vereinsamung und Isolation abzuwenden, von der öffentlichen Meinung oft zu Problemfällen gemacht werden.

Und hier ist anzusetzen. Ein grundsätzliches Umdenken muss hier Platz greifen, um eine Änderung des Bewusstseins herbeizuführen. Denn jene, die heute darüber jammern, welche Kosten die „Alten“ verursachen und welche Wünsche sie haben, werden sofort sehr ruhig, wenn in ihrer Familie ein solcher Fall akut wird oder sie selber überraschend pflegebedürftig werden. Doch die Bewusstseinsarbeit muss weiter ausgreifen um auch jene zu erreichen, die diesen Fragen fern stehen und derzeit nur die damit verbundenen Probleme sehen. Das einfachste, aber manchmal wirkungsvolle Argument ist der Hinweis, dass Altern ein Naturvorgang ist und daher zu gegebener Zeit jeden trifft - und damit auch das Risiko, ein Pflegefall zu werden. Aber gehen wir von grundsätzlichen Überlegungen einen Schritt weiter.

Aufgabe des Rechts und damit der Politik ist es, entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, daher wurde das Tiroler Heimgesetz beschlossen und trat mit 1. Juli 2005 in Kraft.

Dieses Gesetz hat unter anderem zum Ziel, den Schutz der Rechte und Interessen von Heimbewohnern sowie von Personen die in absehbarer Zeit in ein Heim aufgenommen werden wollen.

Die Wahrung der Menschenwürde, die Wahrung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, sowie die Sicherung der Pflegequalität. (§ 1 lit.a und b THG)

Die HeimbewohnerInnenrechte schaffen die Grundlage, damit eines der wichtigsten Ziele im Rahmen eines Heimaufenthaltes, nämlich die Achtung und Respektierung der Würde des Menschen, erreicht

und umgesetzt werden kann.

Selbstverantwortung und Selbstständigkeit

Möglichst viel Selbstständigkeit und Freiraum erfordern ein bewusstes Zurücknehmen der eigenen Anschauungen, der Hilfe, der Obsorge und des Schutzes für die HeimbewohnerInnen, um die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung zu fördern und möglichst lange in größtmöglichem Umfang aufrechtzuerhalten. Was damit aber erreicht wird, ist unendlich wichtig: nämlich die Erhöhung der Lebensqualität für die HeimbewohnerInnen, die ihr Leben auch in einem Heim selbstständig und selbstverantwortlich führen dürfen.

Wenn wir von Freiheit und Verantwortung reden, müssen wir aber auch die zwangsläufige Konsequenz ansprechen und akzeptieren. Dass nämlich in manchen Situationen ein größeres Risiko für die Gesundheit und Unversehrtheit der HeimbewohnerInnen eingegangen werden muss.

Aufgabe des Personals ist es zwar, Gefahren zu minimieren, dies darf aber zu keiner massiven Einschränkung der Lebensqualität führen.

Das Recht auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung bedeutet, dass der Wille des Bewohners und der Bewohnerin grundsätzlich zu respektieren und zu befolgen ist. Dieses Recht schützt ganz allgemein vor Fremdbestimmung. Es kommt nicht darauf an, was von anderen Personen als richtig oder sinnvoll angesehen wird, sondern es kommt darauf an, was der Heimbewohner oder die Heimbewohnerin will; auch wenn eine Entscheidung des/der Betroffenen anderen Personen, zum Beispiel Angehörigen oder Pflegepersonen, als nicht richtig oder sinnvoll erscheint. Selbstverständlich ist der Bewohner oder die Bewohnerin zu beraten und über allfällige mögliche negative Konsequenzen zu informieren. Letztlich ist aber seine/ihre Entscheidung zu akzeptieren, auch wenn sie anderen Personen, aus ihrer Erfahrung heraus, als unvernünftig erscheint.

Voraussetzung ist, dass der Bewohner oder die Bewohnerin geistig in der Lage ist seine/ihre Situation einzuschätzen und nach dieser Einschätzung seinen/ihren Willen zu bestimmen. Nur wenn der Bewohner oder die Bewohnerin nicht mehr willensfähig ist, dürfen andere Personen (z. B. SachwalterIn) zur bestmöglichen Wahrnehmung seiner/ihrer Interessen entscheiden.

Information als Voraussetzung für Selbstverantwortung

Rechte können erst dann und nur dann wahrgenommen werden, wenn sie sowohl den BewohnerInnen als auch den HelferInnen bekannt sind.

Die HeimbewohnerInnenrechte schaffen also den rechtlichen Rahmen zu einem partnerschaftlichen

und ausgewogenen Verhältnis zwischen den BewohnerInnen und dem sie betreuenden Personal. Das Wissen und die notwendigen Informationen über die HeimbewohnerInnenrechte ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zu den HelferInnen. Unsicherheiten, falsche Erwartungen und damit auch Missverständnisse auf beiden Seiten werden damit verringert bzw. ausgeschlossen.

Im Tiroler Heimgesetz ist die Heimanwaltschaft verankert, diese hat unter anderem folgende Aufgaben:

- Entgegennahme und Bearbeitung von Vorbringen oder Beschwerden von HeimbewohnerInnen oder von deren Angehörigen, VertreterInnen oder Vertrauenspersonen, insbesondere über Mängel oder Missstände im Bereich der Unterbringung, Versorgung, Betreuung und Pflege in einem Heim;
- Aufklärung von Mängeln oder Missständen in Heimen und Hinwirken auf deren Beseitigung;
- Beratung und Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit den Rechten und Pflichten von HeimbewohnerInnen;
- Prüfung von Anregungen und Abgabe von Empfehlungen zur Verbesserung der Stellung der HeimbewohnerInnen;
- Hilfe bei Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen über Fragen der Unterbringung, Versorgung, Betreuung und Pflege zwischen dem Heimträger oder dem im Heim tätigen Personal einerseits und den HeimbewohnerInnen oder deren Angehörigen, VertreterInnen oder Vertrauenspersonen andererseits;
- Vermittlung bei Streitfällen sowie Versuch der außergerichtlichen Schlichtung in solchen Fällen;

Im folgenden sind Fragen der BewohnerInnen oder Angehörigen, die an mich gestellt werden, abgedruckt und eine kurze Antwort wiedergegeben:

„Ich möchte meinen Lebensabend zu Hause verbringen. Die Lebensführung wird zwar immer aufwendiger und schwieriger, ich möchte aber trotzdem mein Zuhause nicht verlassen. Kann ich gegen meinen Willen in ein Alterheim eingewiesen werden?“

Eine Einweisung in ein Wohnheim gegen ihren Willen ist rechtlich nicht möglich und daher nicht zulässig.

„Ich bin gehbehindert, möchte aber trotzdem alleine in der Stadt spazieren gehen. Meine Angehörigen möchten zu meinem Besten dies verhindern. Kann mir die Heimleitung diese Ausgänge verbieten?“

Nein! Niemand kann sie gegen ihren Willen festhalten. Das Heim und das Pflegepersonal sind ausschließlich der pflegebedürftigen Person gegenüber verpflichtet.

„Ich möchte wissen, was in der Dokumentation, die vom Heim geführt wird, über mich geschrieben steht. Ist dies möglich?“

Sie haben das Recht in Ihre Dokumentation Einsicht

zu nehmen. Sie können auch Kopien der Pflege und Therapiedokumente anfertigen.

„Ich bin seit einiger Zeit leicht inkontinent. Da dies mehr Arbeit bedeutet für das Personal, wurde mir nahegelegt ich soll Windelhosen tragen. Für mich ist dies eine entwürdigende Behandlung!“

Es gibt eine Fülle von unterstützenden Maßnahmen und Behandlungen ohne dass gleich zu der für Sie entwürdigenden Maßnahme gegriffen werden muss. Wir könnten ein gemeinsames Gespräch mit der Pflegedienstleitung vereinbaren.

„Mir ist es zuwider, um 6 Uhr abends ins Bett geschickt zu werden. Ich habe mich schon öfter beschwert, bekomme aber die Antwort, dass dies notwendig ist, da das am Abend eingeteilte Personal nur so der vielen Arbeit nachkommen könne.“

Das zu Bett schicken der HeimbewohnerInnen zu Zeiten, die nicht dem üblichen Lebensrhythmus des/der Bewohners/Bewohnerin entsprechen, ist ein klarer Verstoß gegen die HeimbewohnerInnenrechte. Ein allfälliger Personalmangel darf keinesfalls durch solche Maßnahmen und Einschränkungen ausgeglichen werden.

„Meine Mutter ist in einen Wohnheim und bezahlt ihre Unterkunft und Pflege selbst. Sie musste nun jetzt einige Wochen im Krankenhaus verbringen. Ihr wurde das Pflegegeld ruhend gestellt, aber im Heim musste sie die Kosten weiterzahlen. Ist das rechtens?“

Zur Preisminderung soll es nach dem Heimvertragsgesetz kommen, wenn der/die HeimbewohnerIn länger als drei Tage abwesend ist.

Die Entgeltminderung ist aus dem Heimvertrag zu ersehen (meistens € 7,- pro Tag, ausgehend davon was sich der Heimträger durch die Abwesenheit des Bewohners erspart). Dabei wird zu beachten sein, dass gewisse Leistungen weiterhin geboten werden müssen und der Ausfall eines/einer BewohnerIn hier keine Änderungen bewirkt (etwa Pflegeleistungen, die auch anderen BewohnerInnen erbracht werden müssen).

Solche Fragen und viele andere machen den Alltag der Heimanwältin aus. Darüber hinaus laufende Besuche in den Heimen für Gespräche mit BewohnerInnen, Heim- und PflegedienstleiterInnen, die Herstellung von Kontakten von Angehörigen und SachwalterInnen. Außerdem Vernetzungsgespräche mit den BewohnervertreterInnen, Pflegereferat, Amtsärzten und weiteren SachbearbeiterInnen in öffentlichen Bereichen und und und...

Monika Hitsch
Sillgasse 8 – 3. Stock
6020 Innsbruck
Tel: 0800 800 504

Mail: heimanwaltschaft@tirol.gv.at
Url: www.tirol.gv.at/heimanwaltschaft

Rezension:

Corinna Milborn: **Gestürmte Festung Europa - Einwanderung zwischen Stacheldraht und Ghetto. Wien-Graz-Klagenfurt: Styria, 2006**

Waltraud Kreidl

Faly ist 19 und mit 13 Jahren aus Guinea-Bissau geflohen. Er folgt einem Flüchtlingsstrom und kommt nach Guinea. Auch dort kann er nicht überleben und schlägt sich nach Mali durch. Mit 16 erfährt er von einer Gruppe, die sich nach Europa aufmachen will. Nach mehreren Versuchen unter unglaublichen Strapazen kommt er endlich in Marokko an. Am 29. September 2005 kommt er bei einem Massenansturm auf einen Zaun nach Spanien durch, stellt einen Asylantrag und wartet auf eine Entscheidung in einem Flüchtlingslager. Faly ist einer von vielen. Sein Schicksal ist Folge von Hunger, Pandemien, Armut und Verzweiflung.

Gleichzeitig ist Europa dabei, eine Festung gegen Einwanderung zu bauen. Die Außengrenzen werden dicht gemacht, im Inneren wird die Einwanderungs- und Asylpolitik immer restriktiver. In Nordafrika warten 2,5 Millionen Menschen auf eine Gelegenheit unter Lastwagen und auf Booten nach Europa zu gelangen. Tausende Menschen sterben dabei. Corinna Milborn hat Schauplätze an diesen Grenzen besucht und mit Menschen gesprochen, die vor ihnen stehen und an ihnen scheitern: Flüchtlinge an der marokkanisch-spanischen Grenze, die in geheimen Lagern darauf warten, nach oft jahrelangem Fußmarsch endlich nach Europa zu kommen. Rechtlose illegale Einwanderer, die zu Zehntausenden auf spanischen Feldern Gemüse ernten. Jugendliche in den Vororten von Paris, die gegen ihren Ausschluss aus der französischen Gesellschaft protestieren. Junge muslimische Männer in

London, die im Gefühl leben, sie seien Opfer eines Krieges, den der Westen gegen den Islam führt.

Damit ist der Inhalt dieses lesenswerten Buches nicht erschöpft. Corinna Milborn setzt sich kritisch mit den Folgen der Einwanderung für Europa und verschiedenen Konzepten der Einwanderungspolitik auseinander und räumt dabei auch mit vielen Vorurteilen auf. Löhne und Arbeitsbedingungen sind durch die Arbeit der Illegalen nicht gefährdet, es gibt keinen Zusammenhang zwischen illegaler Migration und steigender Kriminalität, was auch recht logisch ist, können sich Illegale doch nicht die kleinste Abweichung leisten, weil sie immer von Ausweisung bedroht sind. Es gibt keine Belastung der öffentlichen Haushalte, weil Illegale keinen Zugang zu Sozialleistungen haben und daher auch keine Kosten verursachen. Neben einigen anderen europäischen Staaten führte Spanien 2005 Legalisierungsaktionen durch. Obwohl allein die Antragstellung hohe Hürden aufwies, gingen über 700.000 Anträge ein. Nun freut sich der spanische Staatshaushalt über ein Plus von 600 Millionen allein an Sozialversicherungsbeiträgen.

Ich habe das Buch in einem Zug durchgelesen. Obwohl ich der Meinung war, mit der Thematik nicht ganz unvertraut zu sein, habe ich einiges an Wissen gewonnen und schon vertraute Vorurteile und Alltagstheorien korrigieren müssen. Aus diesem Grund wünsche ich dem Buch, das auch durch die Fotos von Reiner Riedler sehr gewinnt, viele LeserInnen.

Waltraud Kreidl

Migration und Alter

Anita Konrad

ZeMiT - Zentrum für MigrantInnen in Tirol, die frühere AusländerInnenberatung, berät seit nunmehr zwanzig Jahren MigrantInnen in arbeitsmarktrelevanten Bereichen. Im Zuge der vor kurzem durchgeführten KlientInnenbefragung¹, die die Zufriedenheit, Kritik und Verbesserungsvorschläge erheben sollte, kamen hinsichtlich der Thematik Alter und Migration überraschende Ergebnisse zu Tage. Zum Beispiel jenes, dass ZeMiT offenbar mit seinen KlientInnen gealtert ist.

Neben Fragen zu Fremdenrecht, Ausländerbeschäftigungsgesetz und Übersetzungen sind Pensionsangelegenheiten bereits das vierthäufigste Anliegen, mit dem die KlientInnen zur Beratung kommen. Ein Blick auf die Altersstruktur zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen türkischen und

aus dem ehem. Jugoslawien stammenden KlientInnen². 44,2 % der türkischen KlientInnen sind unter 34 Jahre alt, jedoch nur 14,1 % der bks-KlientInnen³. Umgekehrt sind nur 18,1 % der türkischen KlientInnen über 53 Jahre alt, aber 57,6 % der bks-KlientInnen. Es zeigt also, dass weit mehr ältere MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien als aus der Türkei stammen.

Viele Erfahrungen der BeraterInnen wurden jedoch auch bestätigt. Ältere KlientInnen benötigten signifikant mehr Hilfe beim Ausfüllen von Formularen. Bei über 53-Jährigen sind es 79,5 % im Gegensatz zu 35,8 % bei unter 30-Jährigen. Auch hinsichtlich der Selbsteinschätzung des eigenen Sprachniveaus lassen sich zwischen den Altersgruppen deutlich Unterschiede erkennen. 38,2 % der bis 33-Jährigen

sprechen nach eigener Einschätzung gut deutsch, jedoch nur 21,8 % der 34 – 52-Jährigen und 20,8 % der über 53-Jährigen. Während immerhin 50 % der unter 33-Jährigen einer Beratung auf deutsch folgen können, können dies nur 25,6 % der über 53-Jährigen.

Ältere ImmigrantInnen fühlen sich der Umfrage zufolge integrierter als Jüngere. Das mag vor allem daran liegen, dass ein Großteil der älteren ImmigrantInnen sich zumeist schon länger in Österreich aufhält. Der Begriff ältere MigrantInnen umschließt vor allem Menschen, die bereits zu Beginn der Arbeitsmigration in den 60er Jahren oder die im Rahmen der Familienzusammenführung nach Österreich gekommen sind.

Die Altersstruktur der ausländischen und inländischen Wohnbevölkerung unterscheidet sich deutlich, MigrantInnen sind eine junge Bevölkerungsgruppe. Die Volkszählung 2001 hat gezeigt, dass 34,6 % der österreichischen StaatsbürgerInnen unter 30 Jahre alt sind. In der Gruppe der Zugewanderten jedoch sind 44,3 % unter 30 Jahre alt, bei Drittstaatsangehörigen⁴ sogar 47,1 %. Über 60 Jahre alt sind 22,4 % der ÖsterreicherInnen, jedoch nur 7,1 % der Zugewanderten bzw. 5,1 % der Drittstaatsangehörigen. Zumindest für Tirol lässt sich sagen, dass durch die geringe Anzahl der Einbürgerungen von MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und die generell jüngere Altersstruktur der türkischen MigrantInnen diese Zahl einen realistischen Wert darstellt.

	österreichische		Drittstaats- angehörige
	StaatsbürgerInnen	Zugewanderte	
< 30	34,6 %	44,3 %	47,1 %
< 46	58,9 %	75,2 %	77,4 %
> 60	22,4 %	7,1 %	5,1 %

(Quelle: Integrationsleitbild Tirol)

Auch wenn der Anteil der über 60-Jährigen MigrantInnen deutlich geringer ist als der der österreichischen Bevölkerung, kündigt die Bevölkerungsprognose des Instituts für Demographie der Akademie der Wissenschaften für die nächsten Jahrzehnte eine Angleichung der Altersstrukturen an.

Was bedeuten nun all diese Statistiken in der Lebensrealität der Menschen?

Der Begriff „ältere MigrantInnen“ steht in engstem Zusammenhang mit der Arbeitsmigration seit den 60er Jahren. Der damals eingeschlagene Weg des Gastarbeitsmodells mit seinen Grundprinzipien Rotation und Substitution sah nicht vor, dass MigrantInnen, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden, weiterhin ihren dritten Lebensabschnitt in Österreich verbringen. Es ist fast schon zynisch, dass die Rückkehrpläne der ersten Jahre, mit denen sich viele

MigrantInnen getragen haben, nun - viel später als gedacht und aus anderen Gründen – akut werden.

Während das Erwerbsalter seit der letzten Pensionsreform theoretisch bis 65 andauert, gelten Menschen über 45 Jahren am Arbeitsplatz bereits als „Ältere“. MigrantInnen, die vor allem körperlich schwere Arbeit in Niedriglohnbranchen geleistet haben, stehen dadurch doppelt vor einem Dilemma. Sofern sie gesundheitlich noch dazu in der Lage sind, sind sie im Falle einer Arbeitslosigkeit schwerst vermittelbar. Wenn ein Pensionsanspruch besteht, so reicht das Geld nicht für ein Leben in Tirol.

Moderatorin: „Die Pension werden sie wo anders verbringen?“

Teilnehmer: „Ja ich muss einfach, weil die Pension schätz ich was ich bekomme, ich wird nicht mehr als 1000 € haben, obwohl ich gute Einkommen gehabt hab, weil das ist das was Ausländer durchschnittlich kriegt, da hat höchstens einer 1200 € mehr nicht, und ich zahl Wohnung 700 €, was soll ich da, ab 15ten am Finger lutschen? Na, ist nix mehr interessant.“⁵

Das Dilemma setzt sich fort, man hat wichtige soziale Strukturen, Freunde und Familie, in Österreich aufgebaut, in der früheren Heimat ist man nun neuerlich fremd, und trotz aller Widrigkeiten - Tirol ist eine Heimat geworden.

Teilnehmer: „In Salzburg ich hab mit meiner Frau Wohnung gekauft. In Vorarlberg, in Wien und in Steiermark brauchst du nirgends Staatsbürgerschaft, nur in Tirol. Aber ich bin nach Tirol gekommen, Tirol ist mir Heimat. Schau, meine Frau wohnt schon dort, ich werde in ein zwei Jahren wahrscheinlich mit ihr gehen, aber ich kann nicht. Ich bin so froh, wann ich angerufen werd aus Tirol (...) Tirol ist für mich wie Heimat.“⁶

Es gibt keine Studien für Österreich oder Tirol, aber aufgrund einer Wiener Untersuchung kann festgehalten werden, dass in Bezug auf das Älterwerden die Vorstellungen dominieren, entweder fix in Österreich zu bleiben oder zwischen dem Herkunftsland und Österreich zu pendeln. Nur ein geringerer Teil möchte ins Heimatland zurückkehren. Pendeln wäre eine der Lebenserfahrung angemessene Lebensführung, der aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen jedoch enge Grenzen gesetzt sind.⁷

Ältere MigrantInnen stehen oft einer Lebenssituation gegenüber, die aufgrund der lebenslangen Belastungen und Benachteiligungen keine positive Lebensbilanz ermöglicht. MigrantInnen sind besonders armutsgefährdet, wobei türkischstämmige MigrantInnen das höchste Risiko haben und eine Einbürgerung keine Verbesserung bedeutet. Das Armutsrisiko bei in Österreich geborenen Personen

beträgt 11 %, Eingebürgerte sind mit 23 % und MigrantInnen und Migranten mit 28 % deutlich armutsgefährdeter.⁸ Niedriges Einkommen, geringe Versicherungszeiten, geringe Pension, knapper Wohnraum und ein schlechtes gesundheitliches Befinden – es verwundert nicht, dass der Wiener Studie zufolge jede/r vierte ältere MigrantIn sich älter fühlte, als er/sie tatsächlich war.

Ein großer Faktor für den psychosozialen Stress sind zudem die Sorgen um die Kinder und gleichzeitig die Angst vor Abhängigkeit und Einsamkeit im Alter. Aufgrund mangelnder rechtlicher Absicherung sind ältere MigrantInnen verstärkt auf familiäre Stützungs- und Hilfsstrukturen angewiesen. Die aus dem Herkunftsland noch vertrauten Großfamilien gibt es in dieser Form in Österreich nicht mehr. Man muss davon ausgehen, dass zudem ein wachsender Anteil allein und ohne ausreichende stabile soziale Ressourcen lebt. Ältere MigrantInnen erwarten meist, bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch die Familie betreut zu werden.⁹ Soziale Dienste, ambulante oder stationäre Betreuung werden bislang kaum in Anspruch genommen, daher kann man nicht davon ausgehen, dass einerseits MigrantInnen ausreichend über die Angebote und Zugangsmöglichkeiten informiert sind, andererseits Pflegeeinrichtungen und SeniorInnenwohnheime über die Situation und Bedürfnisse älterer MigrantInnen Bescheid wissen.

Nur langsam beginnen sich verschiedene Einrichtungen, vor allem aus den Bereichen Gesundheit und Altersversorgung, mit notwendigen Veränderungen wie z. B. einer interkulturellen Öffnung der Altenhilfe, muttersprachlicher Betreuung, einer Förderung muttersprachlicher Fachkräfte u.v.m. zu befassen. In einem 2004 von der IOM, der International Organization for Migration, in Wien veranstalteten Workshop wurde der bisherige Wissenstand diskutiert und Statements formuliert:

„Gesundheitsförderung für ältere MigrantInnen heißt auch Förderung von sozialer Wertschätzung; über das Ziel einer Hebung von Wohlbefinden und Handlungsfähigkeit hinaus (als Voraussetzungen für selbständige Lebensführung) geht es darum, die gesellschaftliche Isolation zu durchbrechen; dabei gilt es auch, den wichtigen Beitrag anzuerkennen, den ältere MigrantInnen direkt und indirekt – sei es über die Finanzierung von Sozialversicherung und Steueraufkommen oder über ihre Leistung im Bereich der familiären Pflege und Betreuung – seit Jahrzehnten zur Aufrechterhaltung des Gesundheits- und Sozialsystems leisten.“¹⁰

Fakt ist, dass bislang kaum Beratungseinrichtungen oder Selbsthilfegruppen von und für ältere MigrantInnen existieren und die Situation in ihren sozialen,

gesundheitlichen und rechtlichen Dimensionen nicht im notwendigen Ausmaß bekannt ist. Wenn älteren MigrantInnen sich mit der „Rückkehrillusion“ und dem Altsein in Österreich auseinandersetzen müssen, dann ist es für Politik und Gesellschaft höchst an der Zeit, sich jetzt über die Situation und die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zu informieren und gerade noch rechtzeitig Maßnahmen zu setzen.

Anita Konrad

ZeMiT – Zentrum für MigrantInnen in Tirol
Blasius Hueber Str. 6
6020 Innsbruck

¹ Die Grundgesamtheit der beratenen KlientInnen betrug für das Jahr 2005 3074 Personen, die Stichprobe der Befragung 253 Personen. Kiran, S.; Pichler R.; Schachner M., Hetfleisch, G.: ZeMiT-KlientInnenbefragung. Zufriedenheitsstudie und Bedarfsanalyse. 2006 (Erscheinungstermin: Ende November 2006)

² Gemeinsam machen türkisch- und bks-stämmige MigrantInnen 95% der ZeMiT-KlientInnen aus.

³ Die Abkürzung bks steht für Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und umfasst alle KlientInnen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens

⁴ Drittstaatsangehörige sind all jene, die nicht BürgerInnen eines Mitgliedstaates des EWR sind.

⁵ Zitat aus einer Fokusgruppe im Rahmen des Projekts ABAD – Arbeit Bildung AltersDiskriminierung, Innsbruck 2004. www.zemit.at/projekte/index.php

⁶ ebd.

⁷ Reinprecht, C.: Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung, Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien. 1999

⁸ Till-Tentscher, U.: Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen österreichischer Privathaushalte. EU-SILC 2003

⁹ Reinprecht 1999

¹⁰ Seminar Migration und Gesundheit, Wien 11. Oktober 2004, Zusammenfassungen und Empfehlungen der Workshops.

Die Altenhilfe und die älteren ZuwanderInnen - Alt werden in der Fremde - Interkulturelle Altenhilfe; Ein Projekt in Berlin

Ulrika Zabel

Ausgangssituation

Seit den Anfängen der Arbeitsmigration in die Bundesrepublik Deutschland in den sechziger Jahren, haben die beiden Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt und die Caritas in Berlin vielfältige Erfahrungen in der Migrationssozialarbeit gesammelt.

Ausgangspunkt für die Entstehung des gemeinsamen Kooperationsprojektes „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe in Berlin“ war eine in der Bundesrepublik Deutschland in den 90er Jahren eröffnete Fachdiskussion. Darin ging es um die Anpassung der Angebotsstruktur sozialer Dienste an die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Insbesondere vor dem Hintergrund der jahrzehntelangen Zuwanderung¹ wuchs die Anzahl von Menschen mit unterschiedlichen Lebensweisen, Traditionen und Wertvorstellungen. Die Ausbildungs- und Lehrinstitute haben der „Interkulturellen Handlungskompetenz“ hohe Priorität eingeräumt, um somit die zukünftigen BeraterInnen fit für die unterschiedliche Klientel zu machen.

In Deutschland leben ca. 7,4 Millionen Migrantinnen² mit nicht-deutschem Pass, das sind 8,9 % der Gesamtbevölkerung. Rund drei Millionen Menschen aus Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion und rund eine Million Menschen, die in den vergangenen mehr als 20 Jahren die deutsche Staatsbürgerschaft erlangt haben. Allerdings ist die Datenlage über Zuwanderinnen ungenügend, da die Zuwanderinnen, die die deutsche Staatsbürgerschaft bereits erhalten haben, nicht statistisch erfasst sind. Eine spezifische Migrationstatistik ist schon allein aus strategischen Gründen dringend wünschenswert und es gibt aktuelle Bemühungen, eine Migrationsstatistik einzurichten.

Entstehung und Ausrichtung

Das Kooperationsprojekt wurde 1999 eingerichtet. Mit dem Verbundprojekt soll spezifisch die Zielgruppe der älteren Migrantinnen in das Gesundheits- und Altenhilfesystem integriert werden. Da die migrationspezifischen Beratungsstellen der beiden Wohlfahrtsverbände auch heute noch als Ansprechpartner für die einstmals als „Gastarbeiter“ angeworbenen Arbeitsmigrantinnen sind, war es selbstverständlich, dass sich die Verbände als Vermittler zum Altenhilfesystem anbieten. Bei den älteren Zuwanderinnen handelt es sich aber keinesfalls nur um die Gruppe der Arbeitsmigrantinnen, sondern auch ältere Flüchtlinge stehen vor der Situation sich auf das Älterwerden in der Fremde oder in der neuen Heimat vorzubereiten.

Entwicklung des Projektauftrags

Das Kooperationsprojekt informiert einerseits die politisch Verantwortlichen und die Trägerverantwortlichen der ambulanten wie stationären Altenhilfe über die spezifische Bedarfslage der älteren Zuwanderinnen und unterstützt andererseits durch Fachberatungen und Fortbildungsangebote die Mitarbeiterinnen darin, ältere Menschen mit unterschiedlichen Lebensbiografien adäquat zu beraten und zu betreuen. In den Fortbildungen werden die Teilnehmerinnen generell darauf vorbereitet, sich auf Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft als Leistungsempfängerinnen oder Ratsuchende einzustellen. Welches Wissen die unterschiedlichen Organisationen brauchen, um sich interkulturell zu öffnen, und welches Wissen die MitarbeiterInnen benötigen, um dieses umzusetzen wird unter Berücksichtigung der unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen in den jeweiligen Einrichtungen in den Fortbildungsmaßnahmen erarbeitet.

Ihre in den Seminaren erworbenen zusätzlichen Kenntnisse wie Interkulturelle Kompetenz, sollen sie befähigen, diese in den Berufsalltag zu integrieren. Interkulturelle und kultursensible Kompetenz ist ein prozesshaftes Wissen und wächst im konkreten Handeln. Was wissen Mitarbeiterinnen über den Lebensalltag eines älteren zugewanderten Menschen, über seine Religion, seine Ressourcen? Wird der ältere Mensch als Individuum wahrgenommen oder als Stereotyp einer konstruierten fremden Kultur? Das sind einige Fragenkomplexe, die in den Fortbildungen bearbeitet werden.

Ihre erworbenen zusätzlichen Kenntnisse wie Interkulturelle Kompetenz sollen die Mitarbeiterinnen befähigen, den Anforderungen im Berufsalltag sicherer zu begegnen und ihr Fachwissen zu integrieren. Viele Anfragen an das Projekt zielen darauf ab, handlungsleitende Konzepte und Lösungen zu erhalten, um den spezifischen Anforderungen gerecht werden zu können. Es kann keine allgemeingültigen Rezepte für die Betreuung und Pflege von Migrantinnen geben. Jeder Mensch hat neben seiner kulturellen auch seine individuelle Prägung.

Bei der steigenden Zahl älterer Zuwanderinnen müssen sich, wenn sie konkurrenzfähig bleiben möchten, die Dienstleister der Gesundheits- und Altenpflege auf neue und andere Problemstellungen und Herausforderungen einlassen. Denn seit Jahren zeichnet sich ab, dass künftig ältere zugewanderte Menschen nicht mehr selbstverständlich von ihren Familien betreut und gepflegt werden. Die funktionierende Großfamilie ist längst zum Mythos geworden. Auch in dieser Bevölkerungsgruppe hat längst der Trend zur Kleinfamilie Fuß gefasst.

Was ist konkret gemacht worden?

Die Kooperation und Vernetzung von bislang getrennten Wirkungsbereichen wie die Migrationssozialarbeit und Einrichtungen der Gesundheits- und Altenhilfe wurde gefördert und gemeinsame Arbeitsgemeinschaften wurden eingerichtet.

Dieses Ziel wurde durch folgende **Projektmaßnahmen** umgesetzt:

- Vernetzung fördern durch das Ansprechen von potenziellen Kooperationspartnerinnen auf allen Ebenen, also von der Gemeinde bis zu verschiedenen Einrichtungen, Organisationen und Berufsgruppen im unmittelbaren Sozialraum
- Beratung bei der Konzeptentwicklung für eine interkulturelle Ausrichtung
- Anregungen für die Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Migrantinnen als Klientel
- Sensibilisierung von politisch Verantwortlichen, von Bürgermeisterinnen über die Gemeinderätinnen bis zu den einzelnen Fachreferentinnen
- Sensibilisierung und Beratung von Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Informationsveranstaltungen
- Fachtagungen

Was ist erreicht worden?

Die anfängliche Zurückhaltung der Verantwortlichen in Politik und im Gesundheits- und Altenhilfebereich, die Gruppe der älteren MigrantInnen wahrzunehmen, hat sich verändert. Die Diskussionsforen wurden zu Beginn der Projektphase von den Mitarbeiterinnen der Pflege noch gemieden. Inzwischen haben sich im Bereich der stationären wie der ambulanten Altenpflege verschiedene Institutionen auf den Weg der interkulturellen Öffnung gemacht. Im ambulan-

ten Bereich wurden kleine Pflegedienste gegründet mit der speziellen Ausrichtung auf Migrantinnen. Im stationären Bereich bestehen die ersten Einrichtungen mit Angeboten für Migrantinnen. In Berlin wird ganz konkret im November die erste stationäre Einrichtung für türkischsprachige ältere Menschen eröffnet. Die Konzepte sind vielfältig und unterliegen einem ständigen Veränderungsprofil.

Die Vernetzung der Bereiche Pflege und Pädagogik hat stattgefunden, Ressourcen wurden erschlossen und für das gemeinsame Ziel - die Situation älterer ZuwanderInnen zu verbessern - genutzt. Die Zielgruppe älterer Migrantinnen wird zunehmend in den Blick und in die Planungen mit aufgenommen. Damit sind die älteren Zuwanderinnen in das Bewusstsein von politisch Verantwortlichen gerückt und der Handlungsbedarf wurde anerkannt. Dass kultursensibles Handeln auf die Regeleinrichtungen zukommt, haben die Beteiligten auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Leistungsansprüche ihrer Klientel erkannt. Damit ist ein wichtiger Schritt vollzogen mit der akzeptierten Erkenntnis, dass die interkulturelle Öffnung eine Investition in die Zukunft ist.

Ulrika Zabel

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
Projektkoordinatorin „Interkulturelle Altenhilfe“

Dipl. Sozialpädagogin

Lehrbeauftragte an der Katholischen Hochschule
für Sozialwesen Berlin

aktuelle Veröffentlichung: „Paradigmenwechsel in
der Migrationssozialarbeit“
in: neue caritas Jahrbuch 2005

¹ Deutschland hat seit Januar 2005 ein Zuwanderungsgesetz, daher die Terminologie: Zuwanderinnen statt Einwanderinnen

² In diesem Text wird auf Wunsch der Autorin die weibliche Formulierung verwendet, die die männliche Bezeichnung mit enthält und benennt.

Hinweis:

Auf der Homepage des obds Landesgruppe Tirol (www.tirol-sozialarbeit.at) befinden sich weitere Informationen sowie eine Handreichung zu diesem sehr interessanten Projekt

Getting older as a social worker: will I be the nice old lady?

Lesly Cooper

Social workers get old and struggle with the ageing process in exactly the same way as other men and women. The media and social work text books on working with older people too often convey negative images and perceptions of ageing through their discussions about loss of relationships, loss of functioning and inevitable decline. Kaye (2005: 8) refers to this as the traditional perspective of older people focusing on deterioration, dependence, inability to learn, vulnerability, disengagement from society, avoiding challenges, leading sedentary life styles and isolation. Reaching mid life and getting older is presented from a negative perspective. This negativity is reinforced through the subtle processes of ageism and discrimination against older people just because they are old, and presumably different and perhaps not so worthwhile.

The social work profession is committed to social justice, human rights and equality for all with this commitment demonstrated through policy initiatives, agency practice and individual work. In their individual practice, social workers are familiar with the personal and social problems of those who are marginalized and oppressed and know at first hand the burdens facing their clients and their client's families as they become older. Social workers also value the strengths, the positives and the capacity of individuals to respond to the challenges posed. Does this commitment stop when social workers get older?

In the past fifty years there have been major demographic changes in western nations. As people are living longer the number of older people is increasing. In the United States, the proportion of persons over the age of 65 is expected to rise from about 12% today to 18% in 2021 and 26% by 2051 (Hooyman and Kiyak 2005). This increase will lead to an increase in the number of people 80 years and older and a consequent decrease in the number of people who are under the age of 60. In the years after World War Two, there was an increase in the birth rate resulting in a group called the baby boomers. These baby boomers are now approaching retirement age being over 60 years. Amongst this group are many social workers who were educated in a climate of expanding higher education, gender equality and the development of new social work programs. A further important factor is that with this ageing of the population there will be an increasing proportion of older women.

This cohort of ageing social workers, many of whom are women, faces similar challenges as do other baby boomers progressing toward old age. They are entering old age with different aspirations and

expectations as a result of better health care and education and a society which has been increasingly stable and prosperous resulting in substantial social benefits. Nevertheless, as they enter the early years of ageing they will face a number of difficult issues. Many countries no longer have a mandated retirement age meaning that it is now necessary for men and women in mid life to decide when and whether they should retire from the work force. Factors likely to influence these decisions include whether there is sufficient retirement income, health status and the levels of family and social support and an access to a suitable living environment.

One issue facing older people is a particular form of discrimination called ageism. This is a process of systematically stereotyping and discrimination against people because they are old. It is a similar process to racism and sexism (Butler 1987). Although ageism refers to discrimination against any age group, it is particularly relevant for older people. The stereotyping occurs because some characteristics are exaggerated whilst some more favorable characteristics are neglected. For example if an older person forgets a name, this is taken as indicating that they are senile. Older people also adopt negative views of themselves and reinforce societal beliefs and perceptions of older people. Ageist attitudes may also be found in those agencies charged with assisting older people and in professionals employed to help. We often find that aged care services and people who work in them are regarded as being of low status. Older people reside in institutions where they lose autonomy and control and they are excluded from many social institutions, social relationships and community activities. They are often treated as if they are children. The challenge for older social workers is whether they will conform to the stereotype of being 'a nice old lady'.

In 2002 a conference on ageing held in Madrid issued a statement asserting the need for an International Plan of Action on Ageing. The attitudes and values incorporated into this statement provide a positive, active and successful view of ageing stressing independence, participation, care, self-fulfillment, life long development, and multigenerational relationships. The term chosen to encompass these values is positive ageing. Positive ageing is about the importance of every older person making the most of the benefits of being older. Ageing is a positive experience that allows continued growth, renewed citizenship and participation in the life of family and community regardless of physical and cognitive ability. Each age group has challenges that are unique to their life stage. Older age can be as posi-

tive a growth period as any other. Positive ageing is not about being able to live longer or avoiding growing old but about having positive attitudes to life and how one lives it. For the 'nice old lady' it means having a sense of pride and determination in the face of adversity, an interest in sustaining social relationships, a tenacity of self in a changing world including a willingness to challenge ageism, an acceptance of give and take and an awareness of the need to make the most of one's assets to live a quality life. Older social workers with a positive approach would value social justice and be intolerant of ageism and fight for the rights of all. They will have life aspirations rather than a sense of retirement. Participation, continued willingness to contribute and continue to live a positive and successful life will remain important. They will expect to remain physically active and healthy and continue to develop value and sustain healthy social relationships.

These attitudes can be reinforced through agencies adopting a productive ageing perspective (Kaye 2005) that incorporates these attitudes. It also means that agencies will provide human service programs which emphasize life long learning, retirement planning, volunteering, physical activity including recreation and exercise, wellness clinics, caring roles, community participation, employment and training

and intergenerational programs. If young social workers are to assist the 'nice old lady' they will need and use skills that include outreach and intervention activities for the midlife group, client empowerment strategies, and knowledge of community development.

Lesley Cooper
Dean

Lyle S. Hallman, Faculty of Social Work
Wilfrid Laurier University
120 Duke Street West
Kitchener, Ontario, Canada, N2H 3W8

Bibliography

- Butler, R. N. (1987) 'Ageism' in the *Encyclopedia of Ageing*, Springer, New York
- Hooyman, N. and Kiyak, H. S. (2005) *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*, Pearson, Boston.
- Kaye, L. (2005) 'The Emergence of the New Aged and a Productive Aging Perspective' in L. W. Kaye (ed) *Perspectives on Productive Aging*, NASW Press, Washington.
- United Nations Second World Assembly on Ageing (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*.
<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>
accessed on 10 October 2006

Altern in der Sozialarbeit und noch immer kein Berufsgesetz

Andrea Trenkwaldler-Egger

Der Bundeskongress der österreichischen SozialarbeiterInnen fand heuer in Velden unter dem Motto „Menschenwürde statt Almosen“ statt.

Die Achtung der Menschenwürde und der daraus resultierende Einsatz für die Verwirklichung der Menschenrechte sind wesentliche Bestandteile sozialarbeiterischer Praxis. Auch der internationale Berufsverband, der mehr als 470.000 SozialarbeiterInnen aus über 80 Ländern vertritt, legt in seinem Ethikkodex zwei wichtige Prinzipien für die Soziale Arbeit fest: Menschenwürde und soziale Gerechtigkeit. Damit aber die Achtung der Menschenwürde in der Sozialarbeit keine reine Good-Will Erklärung bleibt, ist es notwendig die Professionsethik der Sozialen Arbeit auch rechtlich zu verankern.

Der Österreichische Berufsverband fordert schon seit Jahren ein Berufsgesetz, indem auch Regelungen zur Berufsethik enthalten sind. Das Engagement des OBDS für ein Berufsgesetz ist oft mühselig und ziemlich frustrierend. Mussten wir doch immer wieder feststellen, dass der Beruf der SozialarbeiterIn von den EntscheidungsträgerInnen ständig mit den Diplom-Sozialbetreuungsberufen (ehemals FamilienhelferIn, AltenfachbetreuerIn...) verwechselt wird.

Als eine der wenigen Professionen, die auf der tertiären Ebene, d. h. auf Fachhochschulniveau angesiedelt ist, besteht für SozialarbeiterInnen aufgrund des fehlenden Berufsgesetzes weder ein Titelschutz noch ein Berufsschutz.

Ein wichtiger Schritt und vielleicht ein Lichtblick in dieser Neverending-Story bildete ein Entschließungsantrag aus der 113. Sitzung des Nationalrates vom 9.6.05, in dem einstimmig die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz ersucht wurde, mit den Ländern Gespräche über die Schaffung eines einheitlichen Berufsbildes für diplomierte SozialarbeiterInnen zu führen. Ein einheitliches Berufsbild bildet die Voraussetzung für das Berufsgesetz.

Ein nächster wichtiger Schritt wird sein, die Länder zu bewegen ihre Kompetenz zur Schaffung eines Berufsgesetzes an den Bund abzugeben. Das Abtreten der Kompetenz ist Voraussetzung für die Schaffung eines bundeseinheitlichen Berufsgesetzes. Ein Berufsgesetz auf Länderebene, eine sogenannte 15a-Vereinbarung, erachten wir für wenig sinnvoll. Die Bundesländer Burgenland, Tirol und Steiermark haben in einem Landtagsbeschluss ihre kla-

re Unterstützung für ein bundesweites Berufsgesetz signalisiert. Darüber hinaus hat Landeshauptmann Pühringer zugesagt, in den Forderungskatalog, der von den Landeshauptleuten der neuen Bundesregierung vorgelegt wird, die Forderung nach einem Berufsgesetz mitaufzunehmen.

Wir hoffen, dass auch in den anderen Bundesländern das Lobbying stark weiterbetrieben wird und wir 2007 zu einem Berufsgesetz in Österreich kommen.

Andrea Trenkwalder-Egger

Altern in der Sozialarbeit

Franziska Tauscher

Wie es mir mit Altern in der Sozialarbeit geht, hängt auch davon ab, in welchem Anstellungsverhältnis ich mich als 50-Jährige befinde: unbefristet in einem beamtenähnlichen Status, in einem befristeten Dienstverhältnis oder in der Situation, etwas Neues suchen zu müssen.

Fragen zur eigenen Psychohygiene melden sich: Bin ich in Balance, passt dieses Klientel, dieser Anstellungsträger noch zu mir, für wen will ich arbeiten? Wie wirkt es sich auf mein persönliches Umfeld aus? Das Aufwachsen meiner Kinder war geprägt durch meine Erfahrungen mit der Psychiatrie als Institution, mit den dort behandelten Patientinnen und meinen Erfahrungen mit ihnen.

Sozialarbeit mit älteren Menschen

Prägend für mich war meine erste Berufserfahrung in der Ambulanten Altenbetreuung der Stadt Innsbruck. Meinem Alter nach war ich in der Enkelinnengeneration, selber aufgewachsen mit wenig Kontakt zu meinen Großeltern und neugierig auf diese Menschen. Mich beeindruckte damals, wie verschieden alte Menschen über ihr Leben erzählen und wie sie mit bestimmten Ereignissen umgehen. In den 70er Jahren war der zweite Weltkrieg noch nicht weit entfernt, für die meisten auch der erste Weltkrieg noch bittere Realität gewesen. In manchen Rückerinnerungen kamen diese Zeiten gar nicht vor; als wäre es möglich, unbeeinflusst von widrigen Umständen ein rein privates Leben zu führen. Andere wieder schienen viel Substanz in diesen Zeiten zurückgelassen zu haben. Es war nicht einfach, damit umzugehen. Ich nahm mir damals vor, mich auf mein Alter vorzubereiten und nicht eines Tages Hals über Kopf hinein zu purzeln. Wie genau ich das machen wollte, wusste ich selber nicht, es war wohl das Bedürfnis, in meinem jeweiligen Alter zu Hause zu sein.

Als Kontrast dazu etwa 20 Jahre später die teilweise noch jungen SchülerInnen, die ich als auszubildende AltenfachbetreuerInnen im Unterricht kennen lernte. Auf die Frage, wie sie sich als 80-Jährige sehen, waren die meisten im eigenen Haus mit Garten wohnend, umsorgt von Familie und Freunden, ausgestattet mit Gesundheit und Hobbys. Wenige hielten es für möglich, in einem Heim oder einer Wohn-

gemeinschaft zu leben und Pflege von Fremden zu brauchen.

Mir fiel auch auf, wie genau manche SchülerInnen zu wissen glaubten, wie die Alten sind, was sie brauchen und was gut für sie ist. Meine sozialarbeiterischen Inhalte im Unterricht zielten darauf ab, alte Menschen als Individuen mit persönlicher Biografie und Wünschen nach Selbstbestimmung und Gestaltungskraft wahrzunehmen. Mit diesen Zielen war ich unter den KollegInnen nicht alleine. Obwohl ich die Gestaltungsmöglichkeiten in Ausbildungen sehr wichtig erachte, bin ich nicht geblieben, was u.a. mit der Nichtanrechnung meiner Berufsjahre im Schema des Landesschulrates zu tun hatte.

Warum überhaupt Sozialarbeit

In meiner großen Herkunftsfamilie übernahm ich schon früh Verantwortung. Ich wollte nacheinander Lehrerin, Entwicklungshelferin, Hebamme und Kriminalpolizistin für Frauen werden. Als ich zufällig ein Prospekt der damaligen „Lehranstalt für gehobene Sozialberufe“ (später Sozialakademie) in die Hände bekam, gefiel mir sofort die breite Tätigkeitspalette, die den AbsolventInnen offen stand. Damals gab es für MaturantInnen noch eine ausführliche Berufsberatung und ich wurde laut Testung als ungeeignet für Sozialarbeit befunden. Die direkten Vorschläge lauteten Jugendrichterin, Pharmazeutin, Steuerberaterin oder Lehrberuf. Ich setzte meinen Wunsch durch.

Als junge Frau überlegte ich nicht, ob dieser Beruf ein Leben lang passen könnte. Später stellte ich mir immer wieder die Frage des Aufhörens. Es müssen wohl viele Umstände zusammen kommen, dass frau/man 25 Jahre im diesem Beruf tätig bleibt. Begünstigend kann sein: die Kombination von Teilzeit- und Familienarbeit, ein unterstützender Partner und Freunde, ausreichend Fortbildungen, Supervision, Teamarbeit, ein Perspektivenwechsel durch berufsergänzende Ausbildungen und Ehrenamt, berufspolitisches Interesse und Engagement. Die Entscheidung, in erster Linie Sozialarbeiterin zu sein, ist mehrmals zu erneuern gewesen.

Der Einfluss unseres Berufes auf die mit uns lebenden Kinder ist bedeutsam: Bei meinen mittlerweile erwachsenen Kindern ist ihre Studienwahl thematisch weit vom Sozialen entfernt, doch haben beide starkes ehrenamtliches Engagement von Jugend an

gezeigt und verbinden es heute mit ihrer Haupttätigkeit. Eine wahrscheinlich gesunde Variante.

Alles verändert sich

Mitbedingt durch die gesellschaftspolitischen und wirtschaftlichen Veränderungen und auch durch die europäische Erweiterung habe ich mit den KlientInnen neue Themen und Aufgabenstellungen zu bearbeiten. Dazu zähle ich Somatisierung und Depression infolge von Burnout im Beruf, Folgen von nicht gelungener Migration in zweiter, dritter Generation, dolmetschunterstützte Beratung, Schuldenregulierung, Wohnungsprobleme, krankheitsbedingte Pensionierungen, Arbeitslosigkeit, Existenzsicherung, geringer werdende oder fehlende persönliche Unterstützungsnetze der KlientInnen. Eine Grundsicherung für alle fehlt.

Eine Kollegin aus dem psychiatrischen Feld macht z. B. die Erfahrung, dass die heutigen Behandlungszeiten zu kurz sind für Alkoholranke: Die umfassenden Veränderungen im körperlich-seelischen Bereich würden mehr Zeit und professionelle Zuwendung in einem geschützten Bereich benötigen als derzeit möglich ist; auch der neue Verrechnungsmodus nach Diagnose und Zeitoptimierung im Krankenhaus hat sehr viel verändert und unmittelbare Auswirkungen auf die Sozialarbeit.

Trotzdem gefällt es mir noch

Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession - die Sinnhaftigkeit, Menschen in ihrer Würde zu unterstützen - das Wort „Arbeit“ als Programm, keine

beschönigende Anrede, sondern als Auftrag, an der Basis tätig zu sein.

Persönlich wichtig ist mir geworden: in verschiedenen Bereichen tätig zu sein, Mut zum Wechseln zu haben, neben Einzelberatung auch Gruppen zu verschiedenen Themen anzuleiten, einen Treffpunkt für PatientInnen aufzubauen, mich selber als Unterrichtende zu erproben und einiges mehr. Ich habe die Erfahrung gemacht: Je klarer die Zuordnung als Sozialarbeiterin im Team und beim Anstellungsträger ist, um so besser geht es mir. Bereichernd ist die Zusammenarbeit in einem gemischten Team verschiedener Professionen. Herausfordernd erlebe ich eine Konstellation, SozialarbeiterInnen als Vorgesetzte zu haben.

Mögliche Aufgaben für ältere SozialarbeiterInnen

Sie können sich an den jeweiligen Stärken orientieren: vermehrt Arbeit an der Binnenstruktur einer Dienststelle, z. B. Intervision, Gremien- und Vertretungsaufgaben nach außen bei geringerer Fallzahl, Anleitung von PraktikantInnen, Lehrtätigkeit, reflektierte und geeignete Weitergabe der eigenen Erfahrungen, Mitgestalten von berufspolitischen Interessen und einiges mehr.

Altern in der Sozialarbeit ist die Herausforderung, eigene kreative Antworten auf die Zumutungen eines fortschreitenden Lebens zu finden. Altern in der Sozialarbeit ist auch die Aufgabe, im Wechselspiel mit den je aktuellen Fragen der Menschen und der Gesellschaft tätig zu sein.

Franziska Tauscher

Altern in der Sozialarbeit

Helmut Deutinger

Am Beginn meiner Berufslaufbahn vor über 20 Jahren waren die einzelnen Berufe im Sozialbereich noch klar unterscheidbar und die ProfessionistInnen wirklich noch in erster Linie in ihrem ureigensten Aufgabengebiet tätig - SozialarbeiterInnen als SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen als ErzieherInnen, PsychologInnen als PsychologInnen etc. Mittlerweile vermischen sich die einzelnen Professionen immer mehr und die MitarbeiterInnen sind vielfach in Bereichen tätig, für die sie gar nicht ausgebildet wurden. Sozialarbeit und soziale Arbeit werden nur in Fachkreisen wirklich voneinander getrennt.

Es freut mich persönlich sehr, dass der theoretische Hintergrund der Sozialarbeit immer umfangreicher ausgearbeitet wird und es ein Berufsbild gibt, welches hoffentlich in absehbarer Zeit in ein Berufsgesetz mündet.

Mit dem eigentlich explodierenden Angebot an „sozialen Dienstleistern“ in den letzten beiden Jahrzehnten braucht man gerade am Land als Sozial-

arbeiterIn nicht mehr alles selbst zu machen, sondern kann die einzelnen Problematiken delegieren (z. B. Wohnungssuche, Schuldenberatung, Freizeitbetreuung, Nachhilfe, Eheberatung usw.). Ob es immer im Interesse der Betroffenen ist, dass mehrere Personen und Institutionen gleichzeitig mit ihnen arbeiten, möchte ich dahingestellt lassen.

Eher belustigt verfolge ich die zunehmende Verwendung von Englischen Begriffen, so wurde z.B. die „Einzelfallhilfe“ zum „Case Management“ usw. Vielfach handelt es sich nur um „alten Wein in neuen Schläuchen“.

Sozialarbeit lässt sich wohl nur mehr unter Verwendung von englischen Bezeichnungen und eines Vokabulars aus der Wirtschaft verkaufen. Ich bin Sozialarbeiter geworden, weil ich den Menschen helfen wollte, egal ob die Lösung ihrer Problematik kurz- oder langfristig einen wirtschaftlichen Gewinn für den Einzelnen oder die Gesellschaft bringt. Leider scheinen die Wirtschaftlichkeit und der wirtschaftliche Nutzen das Hauptargument für die Legi-

timation von jeder sozialen Arbeit und deren Finanzierung geworden zu sein.

Mein Studienjahrgang hat sich zu zwei Dritteln aus Frauen und einem Drittel aus Männern zusammengesetzt. Sozialarbeit wird aber leider immer mehr zu einem reinen Frauenberuf und kehrt damit wieder zu den Anfängen zurück. Diese Entwicklung und die zunehmende Ökonomisierung scheinen mir die großen Herausforderungen unseres Berufsstandes in Zukunft zu sein.

Nicht vergessen werden darf die Standesvertretung. Leider gehen die Mitgliederzahlen im Berufsverband kontinuierlich zurück. Wenn wir ein Berufsgesetz und die Aufwertung unseres Berufes wollen, brauchen wir einen starken Berufsverband mit engagier-

ten Mitgliedern. Zumindest sollen die AktivistInnen das Gefühl haben, nicht alleine zu stehen. Hilfreiche Motivation sind z. B. sicher eine Generalversammlung mit vielen TeilnehmerInnen und ab und zu eine Rückmeldung zur Arbeit.

Ich bereue es nicht, den Beruf des Sozialarbeiters ergriffen zu haben. Seine Vielfältigkeit und die wechselnden Aufgabenstellungen machen mein Leben interessant und abwechslungsreich. Ich habe viele schlimme Dinge in meinem Leben gesehen, habe aber auch gelernt, dass es Lösungen und das Gute gibt.

Helmut Deutinger

Derzeit Betriebsratsvorsitzender der
Lebenshilfe Tirol gem. Ges. m. b. H

Altwerden in der Sozialarbeit Reflexionen, Erkenntnisse und Visionen

Sigrid Marinell

Mein Versuch, über das Altwerden in diesem Beruf zu schreiben und gleichzeitig mehr als ein Vierteljahrhundert in der Sozialarbeit zu reflektieren, wurde von vielen grundsätzlichen Gedanken und intensiven Erinnerungen begleitet. Dabei war es mir wichtig herauszufinden, ob und wie weit ich mich im Laufe der Zeit, seit Beginn der Siebziger Jahre, von meinen Zielen, Idealen, Ansprüchen und politischen Einstellungen entfernt habe. Beim Lesen von alten Arbeitsgruppenpapieren, Artikeln in verschiedenen Zeitschriften und Büchern, ist mir wieder klar geworden, dass sich nur mein sprachlicher Ausdruck und manche Strategien etwas verändert haben, nicht aber die politischen Grundsatzüberlegungen.

Für mich befindet sich Sozialarbeit immer auf dem Schauplatz politischer Auseinandersetzungen. Ich bin davon überzeugt, dass es diese Auseinandersetzung mit der Funktion der Sozialarbeit innerhalb dieser gesellschaftlichen Verhältnisse, die von einem neoliberalen Kurs bestimmt sind, der zunehmend die Unfinanzierbarkeit verschiedener sozialer Leistungen suggerieren will, mehr denn je braucht.

Auf zwei Schienen fahren

Ich wollte beides: mit therapeutischer Aus- und Weiterbildung das nötige Rüstzeug für die Arbeit mit den KlientInnen erwerben und durch berufspolitisches und politisches Engagement auf die Situation der marginalisierten Gruppen hinweisen. Die Strategie, mit Vorschlägen, Konzepten und Forderungen an die jeweiligen institutionellen und politischen AdressatInnen eine Öffentlichkeit herzustellen, um die Lebensbedingungen für die KlientInnen zu verbessern, war mein Credo.

Sozialarbeit nur als Verwaltung sozialer Probleme hinzunehmen, wenn auch mit noch so vielen neuen

Methoden, Therapien und technologischen Instrumentarien, war nicht mein Weg. Damit ist keinesfalls eine Absage an moderne und aktuelle Entwicklungen in der Sozialarbeit und in der Berufsausbildung gemeint, vielmehr sollte der kritische Blick auf die gesellschaftlichen Zusammenhänge, die Vernetzung mit BündnispartnerInnen und Einmischung mit diesen Wandlungsprozessen Schritt halten.

Eine Generationenkluft?

Als die KlientInnen in der Drogenberatung immer jünger wurden und ich bereits über fünfzig war, stellte ich mir die Frage, ob ich wohl die geeignete Ansprechpartnerin für Jugendliche sei. Zwanzig Jahre zuvor war ich nicht nur jünger, sondern ich hatte es auch mit einer Generation von DrogenkonsumentInnen in einer gesellschaftlichen Situation zu tun, die sich im Laufe der folgenden Jahrzehnte verändert hatte.

Damit veränderten sich auch die individuellen Zukunftsperspektiven der KlientInnen, auf die es einzugehen galt. Ich war mir sicher, dass vor diesem Hintergrund auch eine in die Jahre gekommene Sozialarbeiterin mit jungen Menschen arbeiten kann und dass nicht der Altersunterschied entscheidend ist, sondern der Respekt, die permanente Reflexion der eigenen Einstellung und die Haltung gegenüber den KlientInnen und ihren sozialen und psychischen Problemen.

Und die Vision, dass Sozialarbeit auch als eine gesellschaftlich gestalterische Kraft wirksam werden kann, habe ich immer noch...

Sigrid Marinell

FLUCHTpunkt: Hilfe - Beratung - Intervention für Flüchtlinge

Das neue Projekt der arge-Schubhaft

Matthias B. Lauer

Als der Schriftsteller Peter Weiss 1962 seinen Roman „Fluchtpunkt“ beim Verlag einreichte, wurde das Manuskript zuerst als „zu formlos“ abgelehnt. Nach einer Überarbeitung konnte das Buch dann im folgenden Jahr doch erscheinen und erhielt sofort einen renommierten Literaturpreis.

Ein Beispiel also für ein unter schwierigen Umständen entstandenes, zuletzt aber erfolgreiches Projekt. Schwierig waren auch die Umstände, unter denen das gleichnamige neue Projekt der arge-Schubhaft im Frühjahr 2006 entstand. War doch die Organisation vom Innenministerium zum Jahresende 2005 aus dem Vertrag für die Schubhaftbetreuung ausmanövriert worden und stand von heute auf morgen ohne Förderung da. In dieser Situation war es den im Verein engagierten Menschen ein dringendes Anliegen, nachdem der Kampf um den Verbleib in der Schubhaftbetreuung trotz vielfältiger Unterstützung verloren ging, nicht nur den Verein zu erhalten, sondern weiter im Bereich der Flüchtlingsarbeit tätig zu sein.

Das neue Projekt entstand aus der langjährigen Erfahrung heraus, dass zunehmend und gerade auch in Tirol nicht wenige Flüchtlinge aus den bisherigen Systemen von Beratung, Betreuung, Versorgung und Versicherung ausgeschlossen sind oder herausfallen. Daher bedurfte es eines Angebots für diese Personen, das sich an der Notlage, nicht am Aufenthaltsstatus orientiert. Dieses Angebot sollte dreierlei leisten: die Situation der Betroffenen sichtbar machen, ihnen bei der Durchsetzung verbliebener Rechte zur Seite stehen und unmittelbare Notsituationen bewältigen helfen, sei es durch Öffnung bestehender sozialer Dienste für bisher darin nicht „vorgesehene“ Personengruppen oder durch eigene Unterstützungsmaßnahmen.

Im April 2006 konnte das Projekt FLUCHTpunkt, Dank der finanziellen Unterstützung durch Viele, denen schon das Weiterbestehen des Vereins arge-Schubhaft ein Anliegen war, starten: Es entstand eine Anlaufstelle für MigrantInnen, deren Aufenthaltsstatus kurz- oder längerfristig ungeregelt und unsicher ist, die in den Versorgungsmodellen, besonders in der Handhabung der Grundsicherung für hilfsbedürftige Fremde in Tirol nur ungenügend, zeitweise oder keinen Platz finden, die ohne sicheren Zugang zu medizinischer Versorgung sind, die aufgrund ihrer Migrationssituation (etwa Frauenhandel, Zwangsprostitution) besondere Bedürfnislagen aufweisen und die Unterstützung und soziale Vertretung bei behördlichen Angelegenheiten benötigen.

FLUCHTpunkt arbeitet mit allen im Feld tätigen Organisationen zusammen. Als „Eigenleistungen“ verfügt das Projekt über einen Pool ehrenamtlicher BeraterInnen und BegleiterInnen, einen Dolmetschendienst und vernetzte Angebote in den Bereichen Rechtsberatung, psychosoziale Unterstützung und therapeutische Hilfe. Alle Arbeit im Projekt, mit Ausnahme der Koordinationsstelle, ist ehrenamtlich und greift auf die Bereitschaft vieler Professioneller im juristischen, psychosozialen und medizinischen Bereich zurück, ihre Leistungen für die genannten Personen bereitzuhalten. Es ist nicht die Absicht von FLUCHTpunkt, dauerhaft für prekäre Situationen wiederum prekäre Lösungen zur Verfügung zu stellen. Dennoch sehen sich die Menschen, die im Projekt mitwirken, aufgerufen, unmittelbare Hilfe zu leisten für MigrantInnen, die etwa über keinen oder keinen ausreichenden medizinischen Versicherungsschutz verfügen. Hierzu kooperiert eine Reihe von ÄrztInnen im Projekt, die nach dem Vorbild medizinischer Flüchtlingshilfen in Deutschland und Belgien kostenlose Diagnose und Behandlung anbieten.

Nach einem halben Jahr der Arbeit im Projekt zeichnen sich bereits erste Erfahrungen ab: so erweist sich etwa die Regelung in der Grundsicherung für Flüchtlinge als besonders problematisch, nachdem AsylwerberInnen Zugang zu Leistungen in der Grundsicherung nur in dem Bundesland erhalten sollen, in dem sie zugewiesen werden. Auf diese Weise werden Menschen, die aus familiären oder anderen wichtigen Gründen keine andere Alternative sehen, als in ein anderes Bundesland zu gehen, automatisch von der Unterstützung ausgeschlossen. Kann es sein, dass die Wahrnehmung eines sozialen Anspruchs mit der Einschränkung eines elementaren Menschenrechts, nämlich dem auf Freizügigkeit, einhergeht? Während man sich in Wien und in der Steiermark gegenüber solchen Personen noch kulant zeigt, gibt es in Tirol bisher offiziell kein Signal, hier Hilfe zu leisten.

Umso mehr wird ein Angebot benötigt, diese Situation offen zulegen und für die Menschen, welche sich in dieser Lage befinden, zu intervenieren.

Matthias B. Lauer
Verein arge-Schubhaft

Öffnungszeiten: Mo und Do, 10 - 12 Uhr
Jahnstraße 17, 6020 Innsbruck
Tel: 0512 - 581488

Sozialpsychiatrische Arbeit im Wohnungslosenbereich

Ulrich Schnizer

Vorgeschichte

Die Gesellschaft für psychische Gesundheit (GPG) bietet seit 25 Jahren Wohnbetreuung für Menschen an, die unter einer psychischen Erkrankung leiden – als eine Säule des Angebotes. In den 7 Jahren, die mich persönlich diese Arbeit begleitet hat, stießen wir immer wieder auf das Problem KlientInnen, die am Rehabilitationsprogramm über lange Zeit nicht mitwirken konnten, entlassen zu müssen. Während einzelne Ihren verschlungenen Weg auch alleine weitergehen konnten, bedeutete für andere der Abbruch der Reha-Maßnahme zugleich den Schritt in die Wohnungslosigkeit, wo sich unsere KollegInnen in den niederschweligen Einrichtungen um eine Basisversorgung bemühen.

Die „sozialpsychiatrisch gelingende“ Arbeit mit dieser Zielgruppe war mit den bestehenden Strukturen einfach nicht zu gewährleisten - ein Umstand mit dem wir alle äußerst unzufrieden waren. Im Regelfall handelt es sich um „klassische“ KlientInnen der Sozialarbeit, die neben den Folgen ihrer psychischen Erkrankung (Schwierigkeiten in Beziehung zu anderen Menschen, Rückzug, Einsamkeit, Wahrnehmen einer anderen Realität...) unter einer Vielzahl zusätzlicher Problemlagen litten – Suchtmittelgebrauch, Schulden, körperliche Erkrankungen, mangelnde Verbindlichkeit, gewalttätiges Verhalten... zumeist in mehrfacher Kombination.

Eine Idee nimmt Gestalt an

Nach langen Jahren der Planung und Abwägung entschlossen sich Land Tirol (Auftraggeber über die Rehabilitationsabteilung) und Stadt Innsbruck (vermietet das maßgeschneiderte ausgebaute Dachgeschoß) ein Konzept der GPG für die sozialpsychiatrische Arbeit mit dieser Zielgruppe umzusetzen. Eine Wohneinrichtung mit täglicher Betreuung, integrierter Tagesstruktur, überschaubarer Gruppengröße und guten Rückzugsmöglichkeiten für den/die Einzelne(n) in einer eigenen Wohneinheit, wurde verwirklicht.

Die methodische Arbeitsweise entsprang der langjährigen Erfahrung der GPG. Speziell die Organisation der Entwicklungs- und Arbeitsprozesse auf KlientInnen- und MitarbeiterInnenebene konnten wir mit kleinen Adaptionen übernehmen. Das Know-how dazu brachten drei langjährige MitarbeiterInnen der GPG ein – ergänzt durch drei MitarbeiterInnen, die bereits über Vorerfahrungen mit der Zielgruppe verfügten.

Andere Zugangskriterien

Neu für uns war eine Öffnung der Zugangskriterien: Eine Arbeit mit dieser Zielgruppe kann die Möglich-

keit einer sekundären Suchtproblematik nicht ausschließen – gleich wie fast alle erwähnten Zusatzproblemlagen. Dementsprechend sind aktuelle Wohnungslosigkeit und das Leiden an einer psychischen Erkrankung die einzigen Aufnahmekriterien. Nachdem das Einhalten von Terminen unserer Zielgruppe sehr schwer fällt, mussten wir auch diesen Stolperstein aus dem Weg räumen. Gelingen kann dies nur durch intensive Kooperation mit und Unterstützung durch die KollegInnen in den niederschweligen Betreuungseinrichtungen.

Für jede(n) KlientIn müssen wir aufs Neue bedenken, was notwendig ist, um den Erstkontakt und Einzug möglich zu machen. In der Regel bedeutet dies eine Begleitung zu den Gesprächen und Besuchen sowie eine begleitete Übersiedlung. Auch „Sofortenzüge“ (je nach Verfügbarkeit der Wohnplätze) kommen vor. Eine Einschätzung, ob der Versuch der gemeinsamen rehabilitativen Arbeit Sinn macht, ist schwierig zu treffen. Der Entschluss der KlientInnen nach den gemeinsamen Gesprächen und Besuchen ist im Regelfall ausschlaggebend.

Im Zweifel versuchen wir es

„Im Zweifel versuchen wir es“ – ein Satz der in den ersten Monaten (und auch weiterhin) oft im Raum steht. Unsere KlientInnen kommen oft mit einem hohen Maß an Ambivalenz auf uns zu, ihre Motivationslage ist verschwommen, ihre Bereitschaft sich „wirklich“ auf eine sozialpsychiatrische Rehabilitation einzulassen noch nicht vorhanden. Wir akzeptieren dies als anfänglichen „Normalzustand“ - ist ein(e) KlientIn bereit im Wohnprojekt zu leben und die minimalen Strukturen einzuhalten, machen wir den Versuch der gemeinsamen Arbeit.

Eine Kombination aus, zumindest anfangs, niedrigen Ansprüchen an unsere KlientInnen und hohem fachlichen Anspruch an das Team, den Betrieb und die Kooperationspartner soll mehr KlientInnen den Weg zu einer sozialpsychiatrischen Versorgung ebnen.

Unterschiedliche Zielsetzungen

Die sehr unterschiedlichen Persönlichkeiten und Lebenssituationen unserer BewohnerInnen machen in starkem Ausmaß individuelle Zielsetzungen erforderlich...

Wie viel an persönlicher Entwicklung ist nötig und möglich?

Wie können unsere BewohnerInnen ihre Lebenssituation durch äußere Maßnahmen stabilisieren?

Welche Ziele streben unsere BewohnerInnen an, welche Schritte lehnen sie ab – auch wenn sie in unseren Augen sinnvoll wären?

Wann ist der Punkt erreicht an dem wir sagen: „Wir

lassen es Gut sein.“

Unsere Einrichtung kann Tor zu einer weiterführenden Rehabilitation und zu weiterer Entwicklung sein oder auch dem Aufbau eines Minimalnetzes dienen, das zukünftige Wohnungslosigkeit weniger wahrscheinlich macht. Wo immer es möglich ist, ist ein selbständiges Wohnen in einer eigenen Wohnung unser Ziel.

Entwicklungsprozesse

Unsere Arbeit beginnt meist mit einer Stabilisierung der Lebenssituation: Einstieg in einen kleinen Alltagsrhythmus, regelmäßiger Schlaf, essen sowie gemeinsam Zeit verbringen; sich selbst und seinem Körper Aufmerksamkeit schenken, sich waschen, sauber kleiden, körperliche Leiden ärztlich behandeln lassen; eine grundlegende psychiatrische Behandlung (wieder-)aufnehmen; ein eigenes Zimmer als Rückzugsraum haben und in Ordnung halten; übersicht über Schulden, Einkommen und mögliche Ansprüche verschaffen.

Das gemeinsame Leben beginnt

Beziehung eingehen - Realität teilen - Sichtbarmachen der Probleme - Ziele formulieren, darauf hinarbeiten und Grenzen erleben - Sich als Mensch weiterentwickeln, um in Zukunft nicht über die gleichen Steine zu stolpern

Einen angemessenen Abschluss finden: sich verabschieden, weiterführende Begleitung organisieren.

Erste Erfahrungen

Nach einem Jahr rehabilitativer Arbeit kann ich bereits sagen, dass dieser Rahmen geeignet ist, die Entwicklungsprozesse unserer BewohnerInnen zu unterstützen.

Jede/r BewohnerIn bringt Themen mit, die mit massiven Widerständen besetzt sind, und die oftmals auch die tiefer liegenden Gründe für die Wohnungslosigkeit darstellen. Gerade diese sind nicht in kurzer Zeit zu bewältigen - für einen gelingenden Prozess gehen wir von einer mehrjährigen Dauer der gemeinsamen Arbeit aus. Das Amt der Tiroler Landesregierung ermöglicht einen Aufenthalt bis zu 5 Jahren, falls dies fachlich notwendig und von der betreffenden KlientInnen erwünscht ist. Erst im Laufe dieses Entwicklungsprozesses und mit zunehmender Tiefe der Arbeitsbeziehung werden die Problembereiche wirklich sichtbar und hoffentlich bearbeitbar.

In den ersten 10 Monaten arbeiteten wir mit drei Frauen und zehn Männern. Drei der Teilnehmer begleiten wir seit Projektbeginn, der kürzeste Aufenthalt dauerte nur eine Woche.

Abbrüche/Grenzen

Es wird nicht verwundern, dass einige unserer KlientInnen im Laufe der ersten Monate feststellen,

dass sie nicht bereit oder in der Lage sind diesen gemeinsamen Weg zu beschreiten. Sechs BewohnerInnen haben sich bereits wieder von uns verabschiedet - die meisten von ihnen in eine Individualwohnung, manche zurück in die überweisende Einrichtung, andere zurück in ungewisse Wohnverhältnisse.

Es spricht in meinen Augen für unseren langen Atem, dass noch keine BewohnerIn „hinausgeworfen“ wurde – der Entschluss zum Abbruch kam jeweils von Seiten der KlientInnen. Speziell eine Kombination aus einer massiven Persönlichkeitsstörung und einem unbewältigten Suchtverhalten macht den Aufenthalt im Wohnprojekt zu einer schwierigen Aufgabe für die betroffene KlientIn.

Meiner Meinung nach war es fachlich richtig, jedem/jeder KlientIn, der/die hinter diesen abgebrochenen Verläufen steht, eine Chance zu geben – so gewinnen wir und unsere KooperationspartnerInnen Gewissheit. Wir können uns leichter damit zufrieden geben, dass für die betreffende KlientIn momentan nur eine basale Versorgung möglich und angemessen ist. Ich gehe davon aus, dass unsere KlientInnen auch bei einem kurzen Aufenthalt etwas mitnehmen – den Beginn einer Entwicklung, eine zumindest zeitweise Stabilisierung, die Erinnerung daran wie sich ein „geregelteres“ Leben anfühlt. Möglicherweise sind auch diese scheinbar gescheiterten Versuche ein erster Schritt in einer positiven Entwicklung.

Engere Kooperation

Ein Teil unserer Bestrebungen geht auch in die Richtung, Know-how im gewünschten Ausmaß an unsere KollegInnen in der Wohnungslosenhilfe weiterzugeben. Dies soll die Betreuung von KlientInnen erleichtern, die zwar klar an einer psychischen Erkrankung leiden, sich aber nicht auf eine spezifische Arbeit einlassen können und wollen. Auf Wunsch dreier niederschwelliger Einrichtungen erarbeiten wir gemeinsam ein jeweils maßgeschneidertes Angebot zur Begleitung ihrer Teamarbeit durch Mitarbeiter der GPG. Wir sehen dies als nachhaltigen Beitrag dazu, die Anzahl der psychisch kranken KlientInnen zu verringern, die weder in der Sozialpsychiatrie noch in der Wohnungslosenhilfe betreut werden können.

Ausblick

Das Wohnprojekt Gutenbergstraße soll in vielerlei Hinsicht einen Anfang darstellen:

- Ein Anfang für die GPG um Erfahrung mit dieser Zielgruppe zu sammeln und um unser sozialpsychiatrisches Wissen und Vorgehen anzupassen.
- Ein Anfang für eine engere Kooperation mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, um Erfahrungen zu teilen und angemessene Lösungswege für unsere KlientInnen zu finden.

- Ein Anfang, um die „Gletscherspalte“ zwischen Sozialpsychiatrie und Wohnunglosenhilfe zu überbrücken, damit weniger KlientInnen in ihr verloren gehen.
- Hoffentlich ein Anfang für unsere Auftraggeber, diesen Teil der sozialen Versorgung aufmerksam zu betrachten und bedarfsorientiert auszubauen.

Ulrich Schnizer
 Leiter Wohnprojekt Gutenbergstraße
 Gesellschaft für Psychische Gesundheit - Tirol
 Wohnprojekt Gutenbergstraße
 Gutenbergstraße 16 / 4 Stock
 Tel.: 0512 58 08 40
 Mob.: 0664 81 72 773
 Fax.: 0512 58 08 40 - 4
 Mail.: wg.gutenberg@gpg-tirol.at

Protokoll der Generalversammlung neue Satzungen des obds - Landesgruppe Tirol

Wir bitten alle Mitglieder das Protokoll der Generalversammlung auf unserer Website

www.tirol-sozialarbeit.at

nachzulesen.

BAGS INFO:

Presseaussendung vom 31/10/2006 GPA/HGPD/Kollektivvertrag/BAGS

Verhandlungen zum BAGS-Kollektivvertrag gestartet

Utl.: Reallohnzuwachs für die 70.000 Beschäftigten in Sozial- und Gesundheitsberufen gefordert

Wien (GPA/HGPD). Die Verhandlungen zum BAGS-Kollektivvertrag (Berufsvereinigung von ArbeitgeberInnen für Gesundheits- und Sozialberufe) für die rund 70.000 Beschäftigten im privaten Gesundheits- und Sozialbereich starteten am 30. Oktober 2006. Die Verhandlungspartner tauschten dabei die Forderungsprogramme aus. Die Gespräche verliefen konstruktiv.

Der BAGS-Kollektivvertrag trat zum ersten Mal am 1. Juli 2004 in Kraft und gilt für Bereiche wie Behindertenbetreuung, Heimhilfe, Pflegeeltern und Tagesmütter. Zwischenzeitlich wurde der BAGS-Kollektivvertrag auch auf Betriebe ausgeweitet, die nicht Mitglieder der Arbeitgebervereinigung sind. Die Satzung trat mit 1. Mai 2006 in Kraft. Ziel ist es, weitere Betriebe zum Beitritt zur Arbeitgebervereinigung zu gewinnen.

“Die Beschäftigten dieser für die Zukunft der gesamten Gesellschaft so wichtigen Beschäftigtengruppe verdienen sich eine adäquate Lohn- bzw Gehaltserhöhung. Die Gewerkschaften fordern daher einen Reallohnzuwachs und Verbesserungen im Rahmenrecht“, so die VerhandlerInnen der Gewerkschaften GPA (Gewerkschaft der Privatangestellten) und HGPD (Hotel, Gastgewerbe, Persönlicher Dienst).

Die Verhandlungen werden am 24. November 2006 fortgesetzt.

Ein kleines Rechenbeispiel zum Umstieg auf das Gehaltsschema nach BAGS - KV

Markus Fankhauser

An und für sich wird sich ein Umstieg auf das Gehaltsschema nach dem neuen Kollektivvertrag für nur sehr wenige Menschen im Jugendwohlfahrtsbereich des Landes Tirols lohnen. Eine Möglichkeit, dass es sich lohnen könnte, kann eigentlich nur bei solchen Angestellten zutreffen, bei denen die Anrechnung von Vordienstzeiten im Rahmen des alten Gehaltsschemas wesentlich von der Anrechnung nach dem KV abweicht. In anderen Worten: Bei Angestellten, die im alten Schema einige Vordienstzeiten nicht berücksichtigt bekamen und nach dem KV wesentlich mehr Vordienstzeit angerechnet bekommen (allerdings höchstens im Ausmaß von 10 Jahren!).

So angenommen verdient einE AngestelltEr nach dem alten Schema und Einstufung nach Landesschema B6 bei 30 Stunden und diversen Zulagen (Verwaltung, Personal, Erschwernis, Kinder) 2006 monatl. brutto 1.685,26 €. Wenn nun dieselbe Person nach KV Verwendungsgruppe 8 auf 1.766,79 € brutto kommt, wehrt die Freude nur kurz: Aufgrund der lohnsteuerlichen Behandlung, nunmehr ohne Berücksichtigung der begünstigten Erschwerniszulage, fällt der Vergleich im wesentlichen etwas ernüchternder aus:

Altes Gehaltsschema: 1.306,47 € netto
KV: 1.309,54 € netto

Der Differenzbetrag von 78,46 € (81,53,- € minus 3,07 €) sind steuerliche Mehreinnahmen des Finanz-

amtes. Nun, trotzdem, es käme tatsächlich ein netto Gewinn von 3,07 € heraus, wenn nicht noch andere Tücken im KV versteckt wären!

Der KV sieht eine Übergangszeit zugunsten der ArbeitgeberInnen vor. Beginnend mit 2005 erfolgt eine langsame Anpassung an das höhere Gehalt beim KV, wobei der Differenzbetrag über 10 Jahre in 1/10-Schritten angepasst wird. Wiederum in anderen Worten: Auf den gesamten monatl. Bruttobetrag nach altem Schema wird 2006 2/10 der Differenz zum Gehalt nach KV aufgerechnet. Das ergibt brutto 2006 bei obigem Beispiel 1.701,57 €. Netto bedeutet dies nun, dass obigeR ArbeitnehmerIn aufgrund der wegfallenden steuerlichen Begünstigung der Erschwerniszulage beim Umstieg auf den KV nun 2006 monatl. 1.276,55 € verdient, das heißt tatsächlich um 30 € weniger als nach altem Gehaltsschema.

Der Betrieb hat in diesem Fall aufgrund des KV Mehrkosten, allerdings kommt dieser Mehraufwand keineswegs bei den ArbeitnehmerInnen an, diese verdienen noch weniger als vorher, die Differenz landet in der Lohnsteuer. Ein Schelm wer nun schlussfolgert, dass die somit entstandenen steuerlichen Mehreinnahmen dementsprechend auch vom Finanzamt zurück in das Sozialbudget der Länder fließen sollten.

Markus Fankhauser

Zusammenfassend 2006 für monatl.:

Gehaltsschema	Kosten Betrieb	Gehalt Brutto	Gehalt Netto	% v. Kosten Betrieb
Alt	2.155,95 €	1.685,26 €	1.306,47 €	60,81 %
Kollektivvertrag	2.260,27 €	1.766,79 €	1.309,54 €	58,52 %
KV-tatsächl. 2006	2.176,81 €	1.701,57 €	1.276,55 €	59,13 %

Neues am MCI Fachhochschulstudiengang Soziale Arbeit

Michael Klassen

Der im Herbst 2003 gestartete FH-Studiengang für Soziale Arbeit am MCI befindet sich nun im vierten Jahr und somit im Vollausbau. Die ersten Studierenden sind gerade dabei, sich für ein Diplomarbeitsthema zu entscheiden und werden dann im Herbst 2007 mit ihrem Studium fertig sein und als Magister/a (FH) in die sozialarbeiterische Praxis entlassen.

Zahlreiche soziale Einrichtungen sind mit dem Studiengang und vor allem mit unseren Studierenden schon in Kontakt gekommen und haben in Form von gemeinsamen Projekten, Lehrveranstaltungen und vor allem Praktika ihre Erfahrung mit angehenden SozialarbeiterInnen vom MCI gesammelt. Diese Erfahrung scheint eine durchaus positive zu sein: In verschiedenen Kontexten treten PraktikerInnen an mich heran und berichten über die Begegnungen mit unseren Studierenden und auch über ihre erfreulicherweise nicht eingetretene Befürchtung, dass die sozialarbeiterische Ausbildung am MCI an Qualität einbüßen würde. Ganz im Gegenteil - viele Stimmen aus der Praxis bestätigen uns die praktische Implikation des Mehrwertes der 4-jährigen Ausbildung und darin vermittelten Lehrinhalte.

Heuer konnten wir zum wiederholten Mal ca. 200 engagierte BewerberInnen für das Studium der Sozialen Arbeit verzeichnen. Im Unterschied zu den Vorjahren jedoch bestand heuer – dank der Umschichtung der Studienplätze am MCI – die Möglichkeit nicht 35, sondern ca. 50 motivierte Erstsemestrige aufzunehmen. Somit haben wir eine (derzeit nur noch einmalige) Aufstockung von heiß begehrten Sozialarbeit-Studienplätzen erreicht. Wir – die MitarbeiterInnen und Lehrende des Studienganges - freuen uns natürlich über diese Aufstockung. Allerdings stellt sie auch eine Herausforderung dar: Bestimmte Gruppenteilungen in Lehrveranstaltungen müssen neu überdacht werden, bestimmte organisatorische Strukturen müssen an die neue Situation angepasst werden. Die größte Herausforderung wird die Suche der Praktikumsplätze für den neuen Jahrgang darstellen. Meines Wissens werden zum ersten Mal in der Geschichte der sozialarbeiterischen Ausbildung in Tirol 52 Studierende Praktikumsplätze für ihr 4-wöchiges Informations- und 16-wöchiges Berufspraktikum suchen.

Besonders in dieser Angelegenheit sind wir auf Ihre Kooperation und Bereitschaft angewiesen, da wir im Rahmen der Ausbildung sicherstellen möchten, dass unsere Studierenden ein qualifiziertes Praktikum in einer Einrichtung der Sozialen Arbeit unter der Fachanleitung einer/eines erfahrenen Sozialarbeiterin/Sozialarbeiters machen können. Deswegen mein Appell an Sie: Wenn Sie in einer qualifizierten Einrichtung arbeiten und das Gefühl

haben, als PraxisanleiterIn mit uns zusammenzuarbeiten zu können, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen. Es ist uns ein großes Anliegen auch die künftige Generation der SozialarbeiterInnen entsprechend praxisnah ausbilden zu können.

Eine weitere aktuelle Entwicklung, über die ich berichten möchte, betrifft das bereits in früheren Ausgaben von SIT beleuchtete Thema der Umstellung unserer Ausbildung auf Bachelor/Master-System.

Im Rahmen der Vereinheitlichung des Europäischen Bildungssystems müssen alle Hochschulen, die sich der Bologna Deklaration angeschlossen haben, auf ein Zweiphasensystem, bestehend aus einem Bachelorstudium von drei oder vier Jahren und einem einjährigen oder zweijährigen Masterstudium, umsteigen.

Auch der Fachhochschul-Studiengang Soziale Arbeit am MCI bereitet sich auf die Umstellung auf dieses zweistufige System vor. Ab Herbst 2007 soll nun die sozialarbeiterische Ausbildung in Innsbruck in das Bachelor/Master-System überführt werden.

Das zweistufige Bachelor/Master-System sieht folgende Arten von FH-Studiengängen vor:

- Bachelor-Studiengang mit einer Dauer von sechs Semestern und dem akademischen Abschluss Bakk./Bachelor
- aufbauende Master-Studiengänge mit einer Dauer von vier Semestern und dem akademischen Abschluss Master/Mag.

Diese Umstellung stellt eine Professionalisierungschance und zugleich ein Professionalisierungsrisiko für Soziale Arbeit dar, da zum ersten Mal in der deutschsprachigen Sozialarbeit das Ausbildungsniveau auf 5 Jahre erhöht wird. Andererseits wird der erste berufsqualifizierende Abschluss – Bachelor – wieder auf eine 3-jährige Ausbildung „zurückgestuft“. Eine Möglichkeit, diesem Risiko zu begegnen wäre, einen Master-Studiengang anzubieten, der von möglichst vielen AbsolventInnen des Bachelor-Studienganges angenommen werden kann.

An der inhaltlichen Ausgestaltung arbeiten wir bereits in einem fachlich hoch qualifizierten Entwicklungsteam und orientieren uns dabei am Kerncurriculum für das Hauptfachstudium Soziale Arbeit/ Sozialarbeitswissenschaft, welches der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGfS) – Österreich ist dort auch vertreten - am 28. Januar 2005 vorgelegt hat.

Grundlage und Leitlinie dieses Kerncurriculums bildet die gemeinsame „Definition of Social Work“ der International Federation of Social Workers (IFSW)

und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) aus dem Jahre 2000 sowie die „Global Standards for Social Work Education and Training“ aus dem Jahre 2004 (siehe www.ifsw.org).

Damit steht das Kerncurriculum einerseits in der deutschsprachigen Ausbildungstradition, andererseits genügt es den internationalen Standards der Ausbildung in Sozialer Arbeit.

Dabei sollen im Hauptfachstudium Soziale Arbeit/ Sozialarbeitswissenschaft folgende Schlüsselqualifikationen vermittelt werden:

- die Fähigkeit zur Analyse/Erklärung von sozialen Problemen, zur Bestimmung der wirksamsten Handlungsmethoden/Arbeitsweisen sowie zur Konzeptualisierung von „Policies“ zu deren Linderung, Lösung, Verhinderung;
- die Fähigkeit, die Integration/Inklusion von marginalisierten, sozial ausgeschlossenen, schutzlosen, enteigneten, sozialen Risiken ausgesetzten Individuen und Gruppen („vulnerable groups“) zu ermöglichen;
- die Kompetenz, schwerpunktmäßig auf mehreren - das heißt auf der individuellen, familiären, gemeinwesenbezogenen, organisatorischen sozialen Ebene - zu arbeiten und Menschen zu befähigen, ihr Wohlbefinden und ihre Problem- und Konfliktlösungskompetenzen zu verbessern;
- die Kompetenz, auf den selben Ebenen strukturelle Verbesserungen der Dienstleistungen, sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, anzustreben und zu erreichen;
- die Kompetenz, in Struktur- und Kulturkonflikten nach den Regeln der Fairness und des Respekts zu vermitteln bzw. Grenzen zu setzen;
- die Kompetenz, besonders schutzlose Individuen und Gruppen („vulnerable groups“) als Anwalt/Anwältin zu vertreten;
- die Kompetenz, AdressatInnen Sozialer Arbeit zu ermutigen und zu befähigen, sich auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene zu engagieren;
- die Kompetenz, Gerechtigkeits- und Menschenrechtsnormen im Alltag zu verdeutlichen sowie umzusetzen;

- die Kompetenz, an öffentlichen Diskursen über soziale Probleme (z.B. durch Policy-/ Politikberatung u. a.) aktiv teilzunehmen;
- die Kompetenz, nach wissenschaftlichen Regeln zu forschen.

Die Lehrinhalte werden somit sowohl auf dem Bachelor- als auch Master-Level auf die Grundlagen und Themen der Handlungswissenschaft Soziale Arbeit/Sozialarbeitswissenschaft ausgerichtet sein und internationalen Ausbildungsstandards für Soziale Arbeit beachten.

Betrachtet man die Einführung von Bachelor- und Masterabschlüssen vor dem Hintergrund der 3+2 Systeme, erscheint auch die **Frage nach der Nachgraduierung** der Absolventen der Akademie für Sozialarbeit im folgenden Licht: die Nachgraduierung zum 4-jährigen Magister (FH) ist nicht mehr zeitgemäß, wäre diese doch eine Nachgraduierung zu einem „Auslaufmodell“. Die Nachgraduierung der Sozialakademie-AbsolventInnen zum 5-jährigen Master der Sozialen Arbeit stellt uns jedoch vor neuen Herausforderungen. Etwa die Dauer, die Form und die Finanzierbarkeit des Nachgraduierungskonzeptes sind zu klären. Nicht zuletzt müssen wir auch zwischen den AbsolventInnen der 2- und 3-jährigen Sozialakademie unterscheiden, da diese sicherlich unterschiedliche Nachholbedarfe haben.

Eine mögliche Lösung könnte so aussehen, dass die Ausbildung zum Master nicht 2010 – also erst nachdem die ersten AbsolventInnen den Bachelor-Studiengang abgeschlossen haben – sondern schon früher (z. B. 2008) kommt und wir die Studienplätze der ersten Master-Jahrgänge für AbsolventInnen der ehemaligen Sozialakademie vorsehen. Auch eine berufsbegleitend-freundliche Ausbildungsform ist angedacht. Wie diese Lösung konkret aussehen könnte und wird, ist jedoch von mehreren unterschiedlichen Faktoren (Finanzierung, Zusage des Fachhochschulrates etc.) abhängig und noch nicht ausdiskutiert.

Michael Klassen,
Studiengangsleiter des FH-Studiums „Soziale Arbeit“ am MCI - MANAGEMENT CENTER
INNSBRUCK, Internationale
Fachhochschulgesellschaft mbH

Das Letzte für SIT 72

... als wir das Thema für SIT 72 festlegten, gab es noch keine öffentlichen politischen Diskussionen über den Pflegenotstand. Während der Auswahl der Artikel und AutorInnen wurden diese Diskussionen medial verbreitet und öffentlich. Dabei haben wir neben regional interessanten Beiträgen über Tirol hinausgeblickt – bei diesem Thema auch notgedrungen. Interessante Projekte sind hauptsächlich woanders zu finden.

Auffallend war im Zuge der Recherchen, dass im Bereich der Altenbetreuung sehr wenig SozialarbeiterInnen arbeiten, der Bereich wird von der Pflege dominiert. Das ergibt sich wohl daraus, dass in Tirol, wie in ganz Österreich, das Hauptaugenmerk auf stationäre Pflege gelegt wird. Ambulante Betreuungsformen gibt es wenige, alternative Wohnmöglichkeiten für alte Menschen abseits von Heimen sind schwer zu finden, bei der Suche nach einer selbstorganisierten Alterswohngemeinschaft bin ich gescheitert. Ambulante, niederschwellige Strukturen, die präventiv greifen lange bevor eine Pflegebedürftigkeit auftritt, gibt es in Tirol nicht und werden von den PraktikerInnen dringend gefordert (siehe auch Podiumsdiskussion S. 14). In diesen ambulanten Einrichtungen lägen wohl auch Möglichkeiten für SozialarbeiterInnen: Informationen weitergeben, Abklären von Bedürfnissen, Koordination und Planung des Bedarfes in Vernetzung mit den betroffenen Einrichtungen/ Professionen, etc.

Interessant finde ich Projekte in Deutschland, die bereits im Vorfeld jene beraten und unterstützen, die sich für alternative Wohnprojekte interessieren. Siehe z. B. das Forum gemeinschaftl. Wohnen e.V. Hannover (www.fgwa.de), das die Idee von gemeinschaftlichen Wohnprojekten weiterträgt und Interessierte schon in der Projektphase unterstützt und berät, aber auch Kommunen und Bauträger informiert. Eine interessante und ausführliche Studie zu gemeinschaftlichem Wohnen im Alter ist auf unserer Homepage zu finden (www.tirol-sozialarbeit.at).

In Tirol bzw. in Österreich sehe ich Handlungsbedarf hinsichtlich der Schaffung eines breiten Angebotes zwischen der Pflege zu Hause und den stationären Alters- und Pflegeheimen. Tagesbetreuungen, Übergangspflege aber auch Wohnformen abseits von Heimen, die nicht nur für Menschen ohne bzw. nur mit geringem Pflegeaufwand ausgelegt sind (wie z. B. SeniorInnenwohnungen der Stadt Innsbruck max. bis Pflegestufe 2) und die auch für jene offen stehen und leistbar sind, die sich keine Altersvorsorge ansparen können und nicht auf Vermögen (oder vermögende Kinder) zurückgreifen können. Die Präsentation der vom Land Tirol in Auftrag gegebenen Studie „Altern in Würde“ ist bis zum Redaktionsschluss noch nicht erfolgt, wird aber wohl demnächst folgen – frau darf gespannt sein.

Das Tiroler Rehabilitationsgesetz (TRehabG) wird derzeit überarbeitet, nachdem der Landesrechnungshof 2005 einen Bericht verfasste (Behindertenhilfe in Tirol am Beispiel der Lebenshilfe Tirol, gemeinnützige Gesellschaft mbH). Daraufhin hat die Tiroler Landesregierung folgende Änderungen angekündigt:

- eine genauere Leistungsdefinition zu erstellen
- eine genauere Definition von „Einrichtungen“ (jene, die Leistungen erbringen) zu machen
- klarere Abgrenzungen zu anderen Rechtsvorschriften zu schaffen.

PraktikerInnen befürchten dadurch bevorstehende Verschlechterungen für ihre älteren KlientInnen.

Ganz besonders danken möchte ich jenen KollegInnen, die bereit waren, sich für uns mit dem Thema „alt werden – als SozialarbeiterIn“ beschäftigt haben! Ein Thema, das wohl jede/n in der Sozialarbeit betrifft, aber offenbar kein einfaches ist.

Magdalena Melcher

Geplantes Thema für die nächste Ausgabe:

... Arbeit ...

Beiträge willkommen - auch LeserInnenbriefe, Buchrezensionen, Seminararbeiten ...

Für die namentlich gekennzeichneten Beiträge sind die AutorInnen verantwortlich. Diese Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung des obds - Landesgruppe Tirol. Die AutorInnen und Einreichenden, soweit sie Rechte an den Beiträgen haben, stimmen einer möglichen Weiterveröffentlichung durch den obds - Landesgruppe Tirol mit Nennung der Quellen zu.

Die Übernahme von Artikeln usw. aus dem SIT in andere Zeitschriften, Bücher und sonstige Publikationen bedarf der ausdrücklichen Genehmigung durch den Herausgeber und der Zusendung eines Belegexemplares.