

Rolle und Funktionen Sozialer Arbeit in der Demenzversorgung in ausgewählten Bundesländern Österreichs

Judith Rass

Bachelorarbeit 2

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

24.04.2017

Version: 1

Begutachterin: Heidemarie Hinterwallner, MA MA

Zusammenfassung

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden die Rolle, Funktionen und Aufgaben der Sozialen Arbeit sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Demenzversorgung in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark dargestellt. Dabei wurden mit vier Sozialarbeiterinnen, welche in verschiedenen ambulant - mobilen Einrichtungen mit an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen arbeiten, Expertinnen-/Experteninterviews nach Gläser / Laudel (2010) geführt und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Funktion der Sozialen Arbeit in der Vermittlung zu gesellschaftlichen - und in der Aktivierung von persönlichen und lebensweltlichen Ressourcen liegt.

Abstract

This thesis investigates the role, function and tasks of Social Work as well as the interdisciplinary cooperation in dementia care in Styria, Lower - and Upper Austria. Expert interviews by Gläser / Laudel (2010) made with four social workers of ambulant – mobil services working with people with dementia and their relatives deliver data which are evaluated according to the qualitativ analysis by Mayring (2010). The survey indicates that the function of social work is establishing access to societal and environmental resources as well as is supporting personal capabilities.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Forschungsvorgang	1
2.1	Forschungsfragen	1
2.1.1	Hauptforschungsfrage	1
2.1.2	Nebenforschungsfragen	2
2.2	Begriffsdefinitionen	2
2.2.1	Soziale Rolle	2
2.2.2	Funktion	2
2.2.3	Aufgaben	3
2.2.4	Interdisziplinarität	3
2.3	Interviewpartnerinnen	3
2.3.1	Interview 1, Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle in Oberösterreich	4
2.3.2	Interview 2, Sozialarbeiterin eines Magistrates in Niederösterreich	4
2.3.3	Interview 3, Sozialarbeiterin eines Mobilen gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark	4
2.3.4	Interview 4, Sozialarbeiterin eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in der Steiermark	4
2.4	Methoden	4
2.4.1	Expertinnen-/Experteninterview	5
2.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	5
3	Ergebnisdarstellung	7
3.1	Ressourcenorientierung und Selbstbestimmung als Prinzipien der Sozialen Arbeit in der Demenzversorgung	7
3.1.1	Ressourcenorientierung	7
3.1.2	Wahrung der Selbstbestimmung	8
3.2	Beratung als multifunktionale Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Demenzversorgung	9
3.2.1	Entlastungsgespräche mit Angehörigen	9
3.2.2	Beratung im Bezug auf die Vermittlung von Ressourcen	12
3.3	Inklusion ins Versorgungssystem	13
3.4	Fallbezogene Implementierung der Versorgung	15
3.5	Soziale Arbeit mit Gruppen in der Demenzversorgung	18
3.5.1	Soziale Gruppenarbeit	18
3.5.2	Selbsthilfegruppen	18
3.6	Vernetzung als Grundvoraussetzung für eine effiziente interdisziplinäre Demenzversorgung	19
3.7	Der Case - Management Ansatz in den gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark	21
3.8	Verwirklichung und Gewinn von interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Demenzversorgung	22
3.8.1	Professionsspezifische Aufgaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit	23
3.8.2	Perspektivenvielfalt durch interdisziplinäre Zusammenarbeit	23

3.8.3	Kooperation im interdisziplinären Team	24
3.9	Die Rolle Sozialer Arbeit in der Demenzversorgung	25
4	Resümee	27
5	Literatur	31
6	Daten	34

1 Einleitung

Die demographische Entwicklung und Zunahme der Menschen, die an Demenz erkranken, lassen darauf schließen, dass ein großer Versorgungsbedarf entsteht. Für das Jahr 2050 werden 65.500 Neuerkrankungen pro Jahr prognostiziert (vgl. Höfler et al 2015). Die Niederösterreichische Landesregierung reagiert darauf mit der Entwicklung einer Strategie zur Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen (vgl. NÖGUS-NÖ Gesundheit – und Sozialfonds 2015). Im Zuge meines Bachelorstudiums Soziale Arbeit beschäftigte ich mich zusammen mit Kolleginnen/Kollegen im Rahmen eines Forschungsprojektes mit bestehenden Angeboten und sozialarbeiterischen Handlungspotenzialen für diese Zielgruppe. Ziel dieser Forschungsarbeit ist, aufzuzeigen welche Rolle und Funktionen die Soziale Arbeit in bereits bestehenden Einrichtungen zur Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen hat. Es wird erhoben, welche Aufgaben die Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter haben und wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet. Zunächst werden diese Begrifflichkeiten definiert, woraufhin die Interviewpartnerinnen sowie die Einrichtungen, in denen sie tätig sind, beschrieben werden. Im nächsten Kapitel werden das Erhebungsinstrument – das Expertinnen-/Experteninterview – sowie die Auswertungsmethode – die qualitative Inhaltsanalyse – erläutert. Zuguterletzt werden die Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund der Profession der Sozialen Arbeit dargestellt sowie in einem Resümee die Forschungsfrage zusammenfassend beantwortet.

2 Forschungsvorgang

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen gestellt, die darin enthaltenen relevanten Begriffe definiert und die Interviewpartnerinnen sowie die Einrichtungen, in denen sie tätig sind, beschrieben.

2.1 Forschungsfragen

2.1.1 Hauptforschungsfrage

Welche Rolle und Funktionen hat die Soziale Arbeit in der ambulanten - mobilen Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark?

2.1.2 Nebenforschungsfragen

Welche Aufgaben hat die Soziale Arbeit in der Versorgung?

Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

2.2 Begriffsdefinitionen

Hier werden einzelne Begriffe der Forschungsfragen definiert um ein einheitliches Verständnis zu ermöglichen.

2.2.1 Soziale Rolle

Hier lehnt sich die Definition an den sozialen Rollenbegriff der Soziologie an (vgl. Schäfers 2002:33). Das Konzept der sozialen Rolle hilft beim Verständnis der vielfältigen und wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Individuum - hier der Sozialen Arbeit - und der Gesellschaft. Unter der kritischen Betrachtung durch die Gesellschaft, die konkrete Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich des Verhaltens und Handelns der Rollenträgerin/des Rollenträgers hat, lernt diese/dieser verschiedene Rollen zu spielen. Dabei sind die Rollen der verschiedenen Akteure aufeinander bezogen. Das bedeutet, das Spielen der eigenen Rolle muss den anderen gegenüber auf die Situation abgestimmt sein. Während es bei dem Begriff der sozialen Position um den statischen Aspekt geht, bezieht sich die soziale Rolle auf den dynamischen Aspekt von Handeln und Verhalten. Es lässt sich zwischen zugeschriebenen Positionen, die ohne eigenes Zutun erlangt werden und erworbenen Positionen unterscheiden. Es geht bei der sozialen Rolle vielmehr um die objektive Betrachtung des Verhaltens im Hinblick auf die bestimmte soziale Position. Dabei steht nicht im Vordergrund wie sich das rollenspielende Individuum selbst sieht, sondern ob es die Erwartungen, Ansprüche und Forderungen Dritter an sein Verhalten, erfüllt (vgl. Henecka 2015:102ff).

2.2.2 Funktion

Für die Definition des Begriffes der Funktion werden Anleihen aus der Theorie der Organisation von Industriebetrieben genommen. Hier bezeichnet Funktion den Effekt von Aufgabenkombinationen, der im Hinblick auf das Ganze erzielt werden soll. Die Lösung der Aufgabenkombination soll eine bestimmte Wirkung hervorrufen, die, abgestimmt bzw. zusammenwirkend mit anderen Aufgabenkombinationen den „Betriebszweck“ erfüllt (vgl. Böhrs 1963:15f). Dies ist für die späteren Ausführungen

bezüglich der Funktion der Sozialen Arbeit generell und in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Demenzversorgung relevant.

2.2.3 Aufgaben

In der Terminologie von Unternehmensorganisation wird die Arbeitsaufgabe als Zielsetzung für zweckbezogenes menschliches Handeln definiert (vgl. Kosiol 1976:43). Es geht um die Erfüllung eines Soll-Wertes bzw. eine Anforderung. Die Gesamtaufgabe eines Unternehmens besteht aus einem Aufgabenkomplex mit vielen Teilaufgaben (vgl. Kosiol 1976:42). Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Aufgaben der Sozialen Arbeit als die Zielsetzungen zweckbezogenen menschlichen bzw. sozialarbeiterischen Handelns beschrieben.

2.2.4 Interdisziplinarität

Der Begriff „Interdisziplinarität“ wird in der medizinischen Fachliteratur häufig für mehrere Disziplinen verwendet, die mit unterschiedlichen, komplementären Fähigkeiten sowie gemeinsamer Zielsetzung und Werthaltung bei der Lösung eines klinischen- oder Managementproblems zum Vorteil der Patientinnen/Patienten zusammenarbeiten, verwendet (vgl. Aubry / Beullens 2005:20 zit. in Suntinger 2009:24). Wie sich diese in der Demenzversorgung äußert, wird erläutert werden.

2.2.5 Ambulanter Dienst

Ambulant ist eine Dienstleistung innerhalb einer Einrichtung, die von Klientinnen/Klienten aufgrund einer zeitlich begrenzten Erbringung, also nur bei Öffnungszeiten, aufgesucht werden kann. Über Nacht ist keine Aufnahme möglich (vgl. Dimmel / Schmid 2013:20).

2.2.6 Mobiler Dienst

Ein Mobiler Dienst erbringt seine Dienstleistung vor Ort, also beispielsweise in der Wohnung von Klientinnen/Klienten. Soziale mobile Dienste unterstützen meist Menschen die erschwert einen ambulanten Dienst aufsuchen können (vgl. Dimmel / Schmid 2013:20).

2.3 Interviewpartnerinnen

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Interviewpartnerinnen und die jeweiligen Arbeitsstellen zur Orientierung bei der Darstellung der Ergebnisse erläutert werden.

2.3.1 Interview 1, Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle in Oberösterreich

Die sechs Demenzservicestellen in Oberösterreich bieten jeweils eine psychologische Abklärung sowie Beratung, Förderung und Training für Betroffene an. Weiters gibt es Informationsreihen und Treffen für Angehörige. Die Leistung erbringt ein Team aus Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern sowie speziell geschulten Trainerinnen/Trainern (vgl. MAS Alzheimerhilfe o.J.). Das Interview wurde mit der Sozialarbeiterin einer der Demenzservicestellen geführt.

2.3.2 Interview 2, Sozialarbeiterin eines Magistrates in Niederösterreich

Das zweite Interview wurde mit der Sozialarbeiterin eines Magistrates in Niederösterreich geführt. Das Amt für Soziale Verwaltung ist nicht ausschließlich auf die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen ausgerichtet, sondern auf vielfältige soziale Belange. Strukturell und persönlich bedingt arbeitet die Sozialarbeiterin allerdings vermehrt mit alten Menschen inklusive Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen (vgl. I2:23-27.48-51).

2.3.3 Interview 3, Sozialarbeiterin eines Mobilen gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark

Wie der Name sagt, handelt es sich hier um einen mobilen Dienst, welcher den Schwerpunkt auf die Arbeit mit alten Menschen bzgl. ihrer psychosozialen Lage legt. Ziel ist, den Menschen das Leben zu Hause zu ermöglichen (vgl. I3:26). Das Team besteht aus einer Sozialarbeiterin, welche interviewt wurde, einer Psychologin und einer Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und psychotherapeutische Medizin (vgl. I3:92-93).

2.3.4 Interview 4, Sozialarbeiterin eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in der Steiermark

Das Gerontopsychiatrische Zentrum ist eine Beratungs- und Anlaufstelle für psychosoziale Angelegenheiten alter Menschen. Das Team besteht aus Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern sowie psychiatrischer Krankenpflege (vgl. I4:45-47). Eine der dort tätigen Sozialarbeiterinnen wurde interviewt.

2.4 Methoden

In diesem Kapitel werden die Erhebungsmethode „Expertinnen-/Experteninterview“ sowie die Auswertungsmethode „Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“ erklärt anhand derer das Datenmaterial erhoben und ausgewertet wurde.

2.4.1 Expertinnen-/Experteninterview

Das Leitfadenterview mit Expertinnen/Experten ist ein nichtstandardisiertes Interview bei dem die Interviewerin/der Interviewer eine Liste offener Fragen - den Leitfaden - als Grundlage für das Gespräch vorbereitet (vgl. Gläser / Laudel 2010:111). So wird ein Kommunikationsprozess geplant, der alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung gebraucht werden (vgl. Gläser / Laudel 2010:114). Der Inhalt wird auch durch die Wahl der Interviewten/des Interviewten bestimmt, bei der/dem, wie der Name sagt, es sich um eine Person handelt, die über die relevante Information verfügt, also Expertin/Experte ist. Weiters soll sie/er ihr/sein Wissen auch weitergeben können und wollen sowie verfügbar sein (vgl. Gläser / Laudel 2010:117). Durch die Vorbereitung bei der Erstellung des Leitfadens können theoretische Überlegungen in der Erhebung berücksichtigt werden. Wichtig dabei ist, dass die Fragen offen formuliert werden. Das heißt sie sollen der Interviewten/dem Interviewten die Möglichkeit geben, ihrem/seinem Wissen und Interessen entsprechend, zu antworten. Weiters soll das Leitfadenterview die Interviewte/den Interviewten zum Erzählen anregen aber spezifisch den Gehalt des Gesagten für das Erkenntnisinteresse herausarbeiten. Es soll Tiefe haben, d.h. die Befragte/der Befragte soll die Bedeutung und persönliche Involviertheit in Situationen schildern können. Der persönliche und soziale Kontext muss erfasst sein um Aussagen und Reaktionen richtig interpretieren zu können (vgl. Gläser / Laudel 2010:115f). Grundsätzlich ist der Leitfaden ein Erhebungsinstrument und dient als Gerüst, wobei der Interviewerin/dem Interviewer Freiheit gelassen wird, welche Fragen in welcher Form gestellt werden. Es können sich auch Abweichungen ergeben, wenn zu Themen nachgefragt werden muss oder sich neue Themen ergeben (vgl. Gläser / Laudel 2010:142f). Das Gespräch wird in diesem Fall als Tonband aufgezeichnet und für die Auswertung transkribiert. Diese werden im nächsten Kapitel beschrieben.

2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methodik systematischer Interpretation, die qualitative Bestandteile durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. Es wird dabei systematisch vorgegangen, d.h. es wird an vorab festgelegten Regeln orientiert vorgegangen (vgl. Mayring 2010:48). Zu Beginn wird das vorhandene sprachliche Datenmaterial analysiert um das Material, das interpretiert

werden soll, festzulegen (vgl. Mayring 2010:52). In weiterer Folge werden Analyseeinheiten festgelegt, im Zentrum steht dabei immer die Entwicklung eines Kategoriensystems. Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung und dem konkreten Material entwickelt (vgl. Mayring 2010:59). Grundsätzlich werden drei Schritte, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung, vorgenommen. Bei Ersterer wird das Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten werden und durch Abstraktion ein Corpus bestehen bleibt, welcher Abbild des Grundmaterials ist. In der Explikation wird zum Verständnis von fraglichen Textstellen zusätzliches Material verwendet. Die Strukturierung dient der Herausfilterung bestimmter Aspekte unter vorher festgelegten Kriterien (vgl. Mayring 2010:65).

In der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gilt es eine Abstraktionsebene festzulegen, die schrittweise verallgemeinert wird. Der erste Schritt ist die Paraphrasierung, bei der alle inhaltslosen Textbestandteile weggelassen werden und alles auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert wird. Danach folgen zwei Reduktionen. Bei der ersten werden die Paraphrasen auf die festgelegte Abstraktionsebene verallgemeinert. Inhaltsgleiche werden hier gestrichen. Nun folgt der zweite Reduktionsschritt bei dem mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben werden. Zuguterletzt muss überprüft werden, ob alle Aussagen durch das Kategoriensystem abgedeckt werden (vgl. Mayring 2010:69). Hierbei soll induktiv vorgegangen werden, d.h. das Material soll möglichst gegenstandsnah abgebildet werden ohne durch Vorannahmen der Forscherin/des Forschers verzerrt zu werden (vgl. Mayring 2010:83f).

Bei der Explikation wird nun zu den interpretationsbedürftigen Textstellen zusätzliches Material verwendet um sie zu erklären bzw. verständlicher zu machen. Dies geschieht, indem die lexikalisch-grammatikalische Definition von Wörtern in den Textstellen verwendet wird. Wurden Begriffe nicht diesen Bedeutungen entsprechend gebraucht, wird auf den Kontext, in dem die Aussage getroffen wurde, zurückgegriffen. Nun werden die explizierenden Phrasen zusammengefasst und statt der fraglichen Stellen in das Material eingesetzt und der Gesamtzusammenhang auf Sinnhaftigkeit hin überprüft (vgl. Mayring 2010:85f).

Die Strukturierung hat zum Ziel, eine Struktur anhand des Kategoriensystems aus dem Material herauszufiltern. Die Strukturdimensionen müssen genau bestimmt werden und aus der Fragestellung abgeleitet sein. Sie werden weiter in Dimensionen aufgespalten

und zusammen zu einem Kategoriensystem zusammengestellt. Die Kategorien werden definiert und festgelegt, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen. Danach werden Ankerbeispiele, also Textstellen, die als Beispiele dienen, für jede Kategorie angeführt. Um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen werden dort, wo Abgrenzungsprobleme bestehen, Regeln formuliert (vgl. Mayring 2010:92).

Diese Auswertungsmethode wurde gewählt, weil der Fokus des Themas dieser Forschungsarbeit die Erfassung und Analyse von Information von Expertinnen/Experten ist. Hierbei geht es nicht darum interpretativ erklärend auszuwerten. Im folgenden Kapitel sollen nun die Ergebnisse der Auswertung verknüpft mit dem theoretischen Hintergrund dargestellt werden.

3 Ergebnisdarstellung

Im Kapitel Ergebnisdarstellung wird der Inhalt der Interviews im Bezug auf die Forschungsfragen zusammen mit dem theoretischen Hintergrund der Profession der Sozialen Arbeit dargestellt.

3.1 Ressourcenorientierung und Selbstbestimmung als Prinzipien der Sozialen Arbeit in der Demenzversorgung

Bevor auf die konkreten Funktionen und Aufgaben eingegangen wird, sollen zwei grundlegende Prinzipien der Sozialen Arbeit beschrieben werden, die ihr Handeln in der Demenzversorgung stark mitbestimmen:

- die Ressourcenorientierung
- die Wahrung der Selbstbestimmung

3.1.1 Ressourcenorientierung

Die Ressourcenorientierung ist inzwischen fester Ankerpunkt im professionellen Selbstverständnis sozialer Arbeit. Hier fand ein Paradigmenwechsel psychosozialen Handelns und Beratens statt. Soziale Arbeit fokussiert nicht mehr nur auf Lebensprobleme, sondern knüpft an Stärken und Fähigkeiten der Klientinnen/Klienten an (vgl. Herringer 2007:779). Hier wird zwischen persönlichen, lebensweltlichen und gesellschaftlichen Ressourcen unterschieden. Als interpersonale, persönliche Ressourcen seien beispielsweise Bewältigungskompetenzen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, Kontrollbewusstsein und Kohärenzgefühl genannt (vgl. Nestmann

2008:17). Lebensweltliche Ressourcen sind, in den Alltag eingebettete Netzwerke, die unterschiedlich dicht geknüpft bzw. leistungsfähig sind. Diese bestehen aus „informellen“ oder „natürlichen“ Helferinnen/Helfern wie beispielsweise Nachbarn, die auf die Kinder schauen oder Verwandte, die einen gebrechlichen Mann regelmäßig besuchen. Dies sind Ressourcen zur Bewältigung von Lebensproblemen, wobei nicht scharf zwischen Ressourcensystem und Problemsystem unterschieden werden kann (vgl. Pantucek 1998:80). Abgesehen von diesen gibt es gesellschaftliche Ressourcen (z.B. Sozialleistungen). Diese reduzieren die Abhängigkeit der Individuen von lebensweltlicher Unterstützung. Diese Ressourcen werden in Form von Geld-, Sach- oder Dienstleistungen durch „formelle“ Helferinnen/Helfer, wie Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, erbracht. Die Funktion der Sozialen Arbeit liegt hier in der Herstellung von Kontakten zu gesellschaftlichen Ressourcen und in der Aktivierung von persönlichen und lebensweltlichen Ressourcen zur Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen bzw. bei der Bewältigung ihres Alltags (vgl. Pantucek 1998:81).

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die Ressourcenorientierung immer wieder deutlich werden. Hier wird anhand von Beispielen aufgezeigt, wie sie sich konkret in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen äußert. So beschreibt die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich einen alten an Demenz erkrankten Mann, der es gewohnt war, praktisch zu arbeiten und in seiner Einzimmerwohnung mit der Motorsäge aktiv wurde. Sie sah in diesen Aktivitäten die persönliche Ressource, ihn anderweitig praktisch zu beschäftigen wie beispielsweise in der Übernahme von Tätigkeiten des Hausmeisters (vgl. I2:246-247). In einem weiteren Beispiel wurde in der Demenzservicestelle in Oberösterreich als lebensweltliche Ressource organisiert, dass die Schwester der Betroffenen den Ehemann in der Betreuung ablöst, während er die Angehörigentreffen besucht (vgl. I1:203-205). Im nächsten Abschnitt wird auf das zweite Prinzip sozialer Arbeit - die Wahrung der Selbstbestimmung - eingegangen.

3.1.2 Wahrung der Selbstbestimmung

Eines der vier ethischen Prinzipien der sozialen Arbeit bezieht sich auf die Achtung der Würde und des Wertes jedes Menschen, wonach Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlbefinden jeder Person schützen und verteidigen sollen. Dazu zählt auch das Recht auf Selbstbestimmung, dass sie ihre eigene Wahl und Entscheidung treffen (vgl. ISFW 2005). Bei der Demenzerkrankung können Betroffene aufgrund des Verlustes von

Fähigkeiten die eigenen Bedürfnisse nicht mehr selbstständig befriedigen. Sie werden zunehmend von ihrem lebensweltlichen Umfeld abhängig, was die Gefahr entmündigt zu werden, erhöht (vgl. Helm 2013:67).

So wird in den Erzählungen der Sozialarbeiterinnen, wie hier die Sozialarbeiterin des Mobilen Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark, immer wieder deutlich, sie „tuan nix, gegen den Willen“ (I3:69) der Betroffenen. Dies bezieht sich beispielsweise auf Hausbesuche oder Medikamenteneinnahme (vgl. I3:96-97) „dass ma das Leiden holt ernst nimmt, ah wenss so mit der objektive Realität gor nix zu tun hot“ (I3:416-417). Hier wird auch auf die Wahlmöglichkeit der Betroffenen und Angehörigen geachtet. Um diese zu gewährleisten werde, wie die Sozialarbeiterin des gerontopsychiatrischen Zentrums in der Steiermark erklärt, viel Wert auf Vernetzung zu anderen Unterstützungsangeboten gelegt, damit aus mehreren Möglichkeiten der Hilfe je nach Bedarf gewählt werden könne (vgl I4:246-252).

3.2 Beratung als multifunktionale Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Demenzversorgung

Beratung gilt als die Schlüsselkompetenz der Sozialen Arbeit. In der Beratung wird Orientierung bezüglich der Mittel und Wege zur Erreichung eines Zieles gegeben. Weiters ist es ein gezieltes fachliches Verhalten zur Aufhebung von Ratlosigkeit, Problemen und Konflikten durch methodische Interaktion (vgl. Melzer 1978:142). Frommann, Schramm und Thirsch (vgl. Frommann / Schramm / Thirsch 1976:739 zit. in Nestmann 2008:4) definieren die Beratung in der Sozialen Arbeit als eine auf Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorien gestützte Praxis, die durch reflektierende Beziehungen und Erschließung von Hilfequellen aller Art, das Unterworfensein des Menschen unter belastende Situationen verändern will. Dies geschieht nach Nestmann (vgl. Nestmann 2008:17) unter dem Prinzip der Ressourcenorientierung. Im Folgenden wird dargestellt, wie sich das in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen äußert.

3.2.1 Entlastungsgespräche mit Angehörigen

Die Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass entlastende Gespräche mit den Angehörigen eine wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit sind. Die Beachtung der Einschränkungen und Belastungen sowie der Fähigkeiten und Ressourcen der Klientinnen/Klienten und ihrem sozialen Umfeld, spielt in der Beratung in der Sozialen Arbeit eine große Rolle. Hierbei sollen neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten

aufgezeigt, alltägliche Einschränkungen in ihren Ursachen geklärt und Gelegenheit zum Üben von neuen Denk- und Handlungsweisen gegeben werden (vgl. Nestmann 2008:12). So bietet die Demenzservicestelle in Oberösterreich Angehörigen nach der ersten Abklärung an, bei einem Termin „diese ganze Belastung amal besprechen zu können“ (I1:57) sowie telefonisch Kontakt aufzunehmen um akute Situationen bereden zu können (vgl. I1:281-286). Selbes gilt für den mobilen gerontopsychiatrischen Dienst (vgl. I3:34-41). Die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich beschreibt:

Die Frau ist wirklich völlig verzweifelt, belastet reinkommen und nach dem Gespräch hast den Eindruck ghabt, sie ist um 20 Kilo leichter ja, weil sie erstens erzählen konnte, was sie belastet, ich ihr einfach mal zugehört habe und ihr auch gsagt hab, was des für eine großartige Leistung ist, dass sie sich seit 15 Jahren um ihren demenzkranken Vater kümmert und keine soziale Anerkennung dafür bekommt, (I2:144-148).

In den Entlastungsgesprächen wird zugehört, die Leistung der Angehörigen anerkannt (vgl. I3:55.279) sowie die Grenze der eigenen Verantwortung und persönliche bzw. traditionell geprägte Erwartungshaltungen, thematisiert (vgl. I2:466-469). Es wird vermittelt, „dass es okay ist Hilfe anzunehmen“(I3:282). Ein weiterer Gegenstand der Entlastungsgespräche, der den Angehörigen bedeutend zu sein scheint, ist ihr Umgang mit den Betroffenen und deren Verhalten. Den Beschreibungen der Sozialarbeiterinnen nach ist ein Aspekt davon die Wissensvermittlung. Dazu zählt die Aufklärung über das Krankheitsbild bzw. die Retrogenese um sie darauf vorzubereiten, wie sich die Fähigkeiten der Betroffenen zurückentwickeln werden bzw. sich deren Persönlichkeit verändert (vgl. I3:466-470 / I2:262 / I1:498). Dabei ist auch das Annehmen der Erkrankung wichtig, da es für die Angehörigen schwer ist, mitanzusehen, wie die Betroffenen ihre Fähigkeiten verlieren und sich verändern (I2:197-181.195. 491 / I3:468-470).

Weiters werden die Angehörigen dazu angeleitet, sich in die betroffene Person einzufühlen:

Owa fürn Angehörigen ist es glaube i wichtig, dass das also i versuchs holt immer wieder, dass des, dieses Hineinfühlen, wie kennts jetzt dem alten Mensch gehen, in der Situation gehen, a wesentliche Säule ist um, um das Verstehen zu fördern und den Frust zu verringern. Denn es ist scho so, dass Bösartigkeit unterstellt wird, den Menschen mit Demenz (I3:262-265).

Dies wird hier (vgl. I3:259) sowie von Philipp-Metzen (vgl. Philipp-Metzen 2015:74) als Perspektivenwechsel bezeichnet und bedeutet, dass versucht werden soll, das verborgene Bedürfnis bzw. Anliegen, das hinter dem Verhalten der Betroffenen liegt, zu erkennen. In der Beratung wird daran gearbeitet, den Angehörigen das Verhalten der Betroffenen verständlich zu machen. Dabei ist ein Weg, „Biographiearbeit natürlich a Stück weit auch mit reinzubringen und des einfach a grad den Angehörigen auch

mitzugeben“ (I2:293-295). Hierbei geht es darum aufzuzeigen, wie Verhaltensweisen, welche die Betroffenen jetzt zeigen bzw. Aussagen, die sie tätigen, welche für die Angehörigen nicht nachvollziehbar und belastend sind, mit ihrer Biographie bzw. der Lebenswelt in der sie aufgewachsen sind, zusammenhängen (vgl. I3:402-412 / I4:315-319). So erzählt beispielsweise die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich von einem, an Demenz erkrankten, Mann, der aus Bosnien stammt und dort jahrelang an seinem Haus und im Garten gearbeitet hat, im Krieg nach Österreich flüchten musste und nicht mehr zurück kann. Die Sozialarbeiterin wurde im Zuge einer Gefährdungsmeldung zu ihm gerufen, da er mit einer Motorsäge und mehreren Litern Benzin in seiner Einzimmerwohnung hantierte. Sie hat im Gespräch mit ihm erkannt, dass er eine Beschäftigung braucht und dass man Wege suchen soll ihn das andersweitig ausleben zu lassen (vgl. I2:224-254). Ein weiterer Ansatz ist auch der, den Angehörigen das Verhalten der Betroffenen als Reaktion bzw. Copingstrategie auf die eigene Überforderung mit ihrer Veränderung und Verlieren ihrer Fähigkeiten zu erklären (vgl. I2:148-154). Das Verständnis des Verhaltens soll die Angehörigen einerseits entlasten und sie andererseits im förderlichen Umgang damit unterstützen. So werden in den Beratungsgesprächen neue Handlungsalternativen aufgezeigt, wie alltägliche Anforderungen konfliktfreier gemeistert werden können. Dazu zählen z.B. Tricks, wie ein Betroffener doch zum Arzt geht (vgl. I2:202), sich doch wäscht (vgl. I1:525-533) oder wie auf Anschuldigungen und Aggressionen reagiert werden kann (vgl. I4:315-322). Hier ist vom Probieren die Rede (vgl. I4:316) bzw. auch davon, dass schwer über den Umgang mit den Betroffenen beraten werden könne, wenn sie die Sozialarbeiterin/ der Sozialarbeiter nicht persönlich kennt (vgl. I4:331-332). Es ist also davon auszugehen, dass eine individuelle Beratung nötig ist. Philipp-Metzen (vgl. Philipp-Metzen 2015:72) beschreibt ebenso, dass Angehörige oft nicht gelernt haben, das Verhalten der Betroffenen zu deuten und mehrheitlich mit starkem Belastungserleben reagieren. Hier besteht hoher Beratungsbedarf bei den Angehörigen, wobei versucht wird, das Verhalten der Betroffenen durch gezielte Beobachtung und Hinzuziehen der Biographie zu verstehen. Laut der Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich solle den Angehörigen neben dem Wissen über Biographiearbeit auch Methodenwissen über die Validation nach Naomi Feil (vgl. Feil 2005), eine Kommunikationsmethode für den Umgang mit hochbetagten Menschen (vgl. Gutenthaler / Kojer / Schmidl 2007:432) zugänglich gemacht werden (vgl. I2:276-277).

3.2.2 Beratung im Bezug auf die Vermittlung von Ressourcen

Beratung dient in der sozialen Arbeit ebenso der Schließung von Informationslücken bei Klientinnen/Klienten bzw. der Orientierung in der Informationsüberflutung (vgl. Nestmann 2008:8). Dies bezieht sich in der Demenzversorgung vor allem auf die Beratung der Angehörigen. Diese zeigen einen Bedarf bzgl. Informationen zum Versorgungssystem, zu individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, zu regionalen Dienstleistern und zu krankheits- und situationsspezifischen Themen (vgl. Nickel et al. 2011 zit. in Philipp-Metzen 2015:113). Den Aussagen der Sozialarbeiterin des Magistrats in Niederösterreich nach, bestünde unter den Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen eine große Unwissenheit über Versorgungsangebote. Dies liegt einerseits an der Tabuisierung der Themen Pflegebedürftigkeit und Demenz. Andererseits überfordert die Fülle an Information, die v.a. in Form von Broschüren verschiedener Träger durch Postzusendung übermittelt wird, die Betroffenen und ihre Angehörigen. Sie wissen nicht, wo sie konkret nachfragen bzw. wen sie konkret ansprechen können (vgl. I2:368-378). Soziale Arbeit verfügt über ein umfassendes Ressourcenwissen von Einrichtungen, Beratungsstellen und mobilen Diensten im jeweiligen Sozialraum. (vgl. I2:257-260). Durch die beratende Tätigkeit der Sozialen Arbeit können Versorgungsleistungen bedarfsgerecht und persönlich vermittelt werden (vgl. I2:379-383). Weiters ist es in der Demenzversorgungsstelle in Oberösterreich Aufgabe der Sozialarbeiterin zweimal jährlich eine Vortragsreihe für Angehörige zum Thema Demenz zu organisieren. Hierbei wird darauf geachtet, in welchem Gebiet mehrere Anfragen kommen. Die Sozialarbeiterin gestaltet und verschickt dabei die Einladungen, organisiert einen Raum und ist für die Koordinierung zuständig bzw. hält selbst zwei der vier Vorträge (vgl. I1: 109-118). Sie und die Sozialarbeiterin des Magistrats benennen als eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. I1:118 / I2:255-256). Aus der Beschreibung der Tätigkeiten (vgl. I1:121-128 / I2:256-271) geht hervor, dass es sich dabei nicht um die umfassende Öffentlichkeitsarbeit in der Sozialen Arbeit handelt. Diese beinhaltet die Initiierung eines bewussten, langfristig geplanten Kommunikationsprozesses zwischen Klientinnen/Klienten Sozialer Arbeit, Trägern und der Öffentlichkeit. Hierbei soll die Gesellschaft informiert und Themen in die öffentliche Kommunikation eingebracht werden und ein Verständnis für soziale Belange sowie für sozialarbeiterisches Tun aufgebaut werden. Ein Teil davon ist die öffentliche Informierung von möglichen Klientinnen/Klienten über Angebotstrukturen (vgl. Puhl / Thorun 2011:621f). Dies ist in der Form Aufgabe der sozialen Arbeit, dass Kontakt zu den regionalen Zeitungen und Gemeinden gehalten wird um das Wissen über

Angebote wie die Demenzservicestelle oder anderer Dienste weiterzugeben (vgl. I1:121-128 / I2:266-268).

Eine weitere Art der Vermittlung von Ressourcen durch die Soziale Arbeit in der Demenzversorgung ist die Beratung in sozialrechtlichen Fragen. So würden laut der Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle und der Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich in der Beratung der Angehörigen Fragen bzgl. Themen wie Sachwalterschaft, Pflegegeld und Patientenverfügung besprochen (vgl. I1:45-48 / I2:274-276). Im Gerontopsychiatrischen Zentrum in Graz ist Abklärung über die finanzielle Absicherung bzw. Schaffung einer finanziellen Basis zur Installation mobiler Dienste Teil der Intervention (vgl. I4:80.110). Weiters sind auch, den banalen Alltag betreffende, rechtliche Fragen, wie z.B. ob die an Demenz erkrankte Person noch mit dem Auto fahren dürfe etc., Thema (vgl. I2:272-273).

3.3 Inklusion ins Versorgungssystem

Dem Datenmaterial zufolge hat die Soziale Arbeit auch die Funktion überhaupt den Zugang für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu schaffen um zu materieller Hilfe und unterstützenden Maßnahmen zu kommen. Es werden verschiedene Arten der Kontaktherstellung beschrieben. Die häufigste Art der Kontaktaufnahme sei laut den interviewten Sozialarbeiterinnen der Anruf durch Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen mit, jeweils das Angebot der Institution betreffenden Anliegen (vgl. I1:148 / I2:71 / I3:34). Die Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle in Oberösterreich dient als erste Ansprechperson und hat die Aufgabe den Kontakthanfragen nachzugehen (vgl. I1:37-41). Im Magistrat in Niederösterreich wird die Sozialarbeiterin auch von Hausärztinnen/Hausärzten, der Rettung, der Polizei, Nachbarinnen/Nachbarn oder Vermieterinnen/Vermietern mit der Anfrage nach Unterstützung informiert (vgl. I2:86-91.94-96). Es kommt auch zu Gefährdungsmeldungen (vgl. I2:31) und Kriseninterventionen (vgl. I4:74). In der Steiermark wird das Gerontopsychiatrische Zentrum oder der Mobile Gerontopsychiatrische Dienst bei Meldungen vom Sozialamt zur Abklärung beauftragt (vgl. I4:189-194). Dort werden für Assessments auch Hausbesuche gemacht, wobei Versuche beschrieben werden, persönlichen Zugang zu den Betroffenen zu finden, ohne sie in ihrer Selbstbestimmung zu verletzen:

Wir akzeptieren sie brauchen nix, owa wir möchten doch ins Gespräch kummern, mit dem an Gesprächsangebot ist sehr viel möglich. Und wir tuan nix, gegen den Willen. Und die Erfahrung ist holt, wenn Leute mit Demenz leben, wohnen, sie, sie merken schon, dass sie eigentlich einsam san und dass do Lücken do san und dass Dinge net

funktionieren, weil sie es so schwer finden, das vor sich einzugestehen und deswegen funktioniert dieses Kontaktangebot eigentlich, weil sie insgeheim froh sind, dass jemand kommt und mal schaut und sich kümmert (I3:68-75).

Das Wichtigste ist, Zugang zu bekommen (vgl. I4:490) wobei auch das kurze Vorstellen des Angebots als Anreiz dienen kann (vgl. I4:506-511).

Es wird in den Interviews beschrieben, dass es typisch sei, dass sich Angehörige erst melden, wenn sie schon sehr belastet sind (vgl. I3:34-35) und „so was wie ein Pflegeburnout haben, weil sie einfach ausgebrannt sind“ (I2:388-389). Dann ist es nur noch möglich, die Betroffenen in einem Pflegeheim unterzubringen, da die Angehörigen „nimm können nach fünfzehnjähriger Pflege allein“ (I2:393). Frühzeitiger Zugang der Sozialen Arbeit zu den Angehörigen und Betroffenen kann diese Überbelastung durch rechtzeitige Vermittlung zu materieller Hilfe und Ressourcen ein Stück weit abfangen (vgl. I2:389-391). Es scheint neben der Unwissenheit über Unterstützungsangebote (vgl. I2:396) noch andere Hürden der Inanspruchnahme zu geben, zu deren Überwindung die Soziale Arbeit beitragen kann. So sagt die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich es sei für die Betroffenen ein Hindernis einen Pflegeantrag zu stellen bzw. zu unterschreiben, da sie damit bekennen, dass sie pflegebedürftig sind. Hier kann die Soziale Arbeit dazu ermutigen und sich mit den Betroffenen mit diesem Thema und dem Widerstand auseinandersetzen (vgl. I2:455-459). Eine Hürde für an Demenz erkrankte Menschen im Versorgungssystem ist, dass die Pflegestufe vier erreicht werden muss, um in ein Pflegeheim zu kommen. Da dies aufgrund der Ausprägung der Erkrankung Demenz in standardisierten Untersuchungen nicht immer erfolgt, ist es die Aufgabe der Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich, die Familie zu kontaktieren und nach einem Hausbesuch Stellung zu nehmen, ob und warum eine Heimunterbringung trotzdem notwendig ist (vgl. I2:62-72). Ebenso wird im gerontopsychiatrischen Zentrum in Graz Einspruch erhoben, wenn die Pflegeeinstufung als zu niedrig erachtet wird (vgl. I4:98-99).

Im Interview mit der Sozialarbeiterin vom Magistrat in Niederösterreich hat diese ein Modell der Sozialen Arbeit – die Gemeindesozialarbeit – beschrieben, das durch einen niederschweligen Zugang die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörigen sicherstellen soll zu dessen Umsetzung allerdings die Kapazität fehlt (vgl. I2:448-480). Niederschwelligkeit dient dem Zweck, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Individuen mit Unterstützungsangeboten in Kontakt kommen (vgl. Mayrhofer 2012:68). Sie bezieht sich auf die „Bedingungen des Zugangs zu und der

Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder -maßnahmen für Klientinnen/Klienten” (Mayrhofer 2012:147). Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie sich das praktisch äußern könnte.

Der Nutzen der Gemeindesozialarbeit liegt in der Schaffung eines niederschweligen Zugangs zum Versorgungssystem. Als Erstes sei die Möglichkeit der Entstigmatisierung der Nutzung Sozialer Arbeit genannt. Das könnte beispielsweise durch den Besuch der Sozialarbeiterin/des Sozialarbeiters beim 70. Geburtstag der Menschen in der Region, wie es der Bürgermeister tut, sein. Hierbei könnte u.a. über regionale Angebote für alte Menschen informiert werden. Dadurch würde es gewöhnlich werden, dass jemand Besuch von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern bekommt und die Hemmschwelle, bei der Behörde anzurufen oder anderweitig Kontakt aufzunehmen, würde niedriger. So könne ein niederschwelliger Zugang zu Information und einer konkreten Ansprechperson gewährleistet werden. Dieses Modell hat sich in der Arbeit mit Familien mit Kindern mit Behinderung bewährt (vgl. I2:334-350). Gemeindesozialarbeit würde ein, mit anderen wichtigen Akteuren vernetztes, im Sozialraum integriertes Arbeiten beinhalten um dadurch sowohl von anderen sozialen Diensten als auch von der Bevölkerung gekannt und leicht kontaktierbar zu sein. Dadurch könnte auch, an der Lebenswelt der Betroffenen und deren Angehörigen orientiert, interdisziplinär nach nachhaltigen Lösungen gesucht werden (vgl. I2:304-316). Frühzeitiger Kontakt zur Sozialen Arbeit durch Gemeindesozialarbeit könnte so die bereits erläuterten Ursachen der Überlastung der Pflegenden vorbeugen und eine nachhaltige Versorgung sichern (vgl. I2:384-398).

3.4 Fallbezogene Implementierung der Versorgung

Bevor die fallbezogene Implementierung der Versorgung für an Demenz erkrankten Menschen und ihre Angehörigen beschrieben wird, wird die Vorgehensweise in der Einzelfallhilfe erläutert.

In der Einzelfallhilfe werden mehrere Phasen durchlaufen. Zu Beginn werden das Problem beschrieben sowie Fakten und Befunde gesammelt (vgl. Brake / Deller 2014:165). Anamnesedaten werden im Verlauf der Beratung und nur soweit erhoben wie sie für die Problemstellung bzw. Unterstützung relevant scheinen (vgl. Pantucek 1998:138). Darauf folgt die Analyse des Problems wonach eine psychosoziale Diagnose gestellt bzw. Hypothesen gebildet werden (vgl. Brake / Deller 2014:165). Da für die Klientinnen/Klienten der Anlass für die Inanspruchnahme von Einzelfallhilfe der

Verlust der Bewältigbarkeit des Alltags ist, fokussiert die Diagnose der sozialen Arbeit auf ihre Lebenssituation. Im Konkreten bezieht sie sich auf das lebensweltliche Umfeld (Personen, Rahmenbedingungen etc.) und intrapersonlichen Bedingungen (Biographie, Fähigkeiten, Handicaps etc.) (vgl. Pantucek 1998:136). Als nächster Schritt werden Ziele gesetzt und Interventionen geplant sowie die Mittel zur Zielerreichung erhoben. Letztere sind von der Persönlichkeit, den biologischen und psychischen Voraussetzungen sowie der Lebenswelt der Klientin/des Klienten abhängig (vgl. Brake / Deller 2014:166). Nun wird die Hilfe durchgeführt. Als letzter Schritt wird sowohl kontrolliert, welche theoretischen Techniken hilfreich waren, als auch evaluiert, wie der Prozess abgelaufen und welches Ergebnis erzielt wurde (vgl. Brake / Deller 2014:165). Die Ziele und Interventionen sind immer in Kooperation mit der Klientin/dem Klienten zu entwickeln (vgl. Brake / Deller 2014:166). Nun wird die Vorgehensweise in der Demenzversorgung beschrieben.

Zu Beginn der Interventionen stünde laut den Sozialarbeiterinnen die Informationssammlung. Diese findet in der Demenzservicestelle in Oberösterreich beim ersten persönlichen Termin während der psychologischen Abklärung der Betroffenen statt (vgl. I1:42-47). Die Sozialarbeiterinnen am Magistrat in Niederösterreich und im Gerontopsychiatrischen Zentrum in der Steiermark beschreiben, dass zuerst entweder bei einem Beratungstermin mit den Angehörigen oder bei einem Hausbesuch die aktuelle Lage erfasst würde, indem nach dem sozialen Netzwerk, der finanziellen Absicherung und der Betreuungssituation gefragt würde (vgl. I2:114-121 / I4:76-86). Hier gilt es zu schauen, ob die Betroffenen noch zu Hause leben können, wenn ja unter welchen Bedingungen oder ob eine Heimunterbringung unerlässlich ist (vgl. I2:460-465). Besonders wichtig ist zu erheben, was die Angehörigen und Betroffenen noch selbst können bzw. welchen Unterstützungsbedarf sie haben (vgl. I4:8183).

Aufgrund der verschiedenen Angebote unterscheiden sich die Vorgehensweisen im Aufbau der Unterstützung bzw. die Aufgaben der Sozialarbeiterinnen teilweise. So erklärt die Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle in Oberösterreich ihre Aufgabe sei die Koordination bzw. Passung zwischen Betroffenen und den stadiengerechten Gedächtnistrainingsgruppen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Beziehungen der Betroffenen zu den Trainerinnen und zu der Gruppe funktionieren als auch darauf, dass der finanzielle bzw. örtliche Rahmen eingehalten werden kann (vgl. I1:6-81). Hier endet der hoch frequentierte Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen. Einmal jährlich wird die psychologische Abklärung wiederholt, jeder weitere Kontakt ist von den Angehörigen individuell gestaltbar, indem sie v.a. telefonisch das

Beratungsangebot oder die Angehörigentreffen (siehe Soziale Arbeit mit Gruppen in der Demenzversorgung) nutzen können (vgl. I1:271-281). Zu weiteren Diensten wie z.B. mobiler Pflege kann Kontakt hergestellt werden (vgl. I1:536-540). Fällt den Trainerinnen ein Bedarf auf, melden sie dies an die Sozialarbeiterin zurück, die nachgehend bei den Angehörigen nachfragt (vgl. I1:91).

In den anderen Diensten soll grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass Menschen mit Demenz durch Unterstützung so lange wie möglich zu Hause leben können (vgl. I3:193-195 / I4:324). Ein erster Schritt ist die Schaffung der finanziellen Basis indem über sozialrechtliche Ansprüche informiert (vgl. I2:162-164), in der Beratung bei der Anregung von Besachaltung unterstützt (vgl. I3:105-106) oder auch bei der Abwicklung des Pflegegeldantrags geholfen (vgl. I4:96-98) wird. Die finanzielle Basis dient der Installation von helfenden Diensten (vgl. I3:109). Sind die Betroffenen bzgl. des Pflegegeldes richtig eingestuft, wird nach Möglichkeiten gesucht, das Geld unterstützend einzusetzen (vgl. I4:98-100). Hier ist es, aufgrund ihres Ressourcenwissen, die Aufgabe der Sozialen Arbeit zu Angeboten in der Region wie mobilen Diensten (Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuern, Heimhilfe, mobile alterspsychiatrische Betreuung etc.) oder anderen Beratungsstellen (vgl. I2:256-261 / I3:112-117.129-131) zu vermitteln. Der Vorteil der Sozialen Arbeit am Magistrat in Niederösterreich ist die Möglichkeit, Maßnahmen, wie die Anregung von Sachwalterschaft, Recherche oder Gewährleistung von Pflege als Sachleistung, zu setzen (vgl. I2:216-221). Nach diesem Abklärungs- und Vermittlungsprozess ziehen sich die Sozialarbeiterinnen zurück. Einerseits ist es beim gerontopsychiatrischen Zentrum vom Konzept her so vorgesehen (vgl. I106-110), beim Mobilen Psychiatrischen Dienst ist es kapazitätsmäßig nicht möglich langfristig so intensiv zu betreuen (vgl. I3:119.126-129). Bei Zweiterem finden allerdings regelmäßig Treffen mit den Betroffenen und ihre Angehörigen statt, um die Situation beobachten zu können, wobei das bei großer örtlicher Distanz nur schwer möglich ist (vgl. I3:144-151).

Ist es jedoch nicht möglich, dass die Betroffenen zu Hause ausreichend versorgt werden können, berät die Soziale Arbeit auch im Bezug auf die Überleitung in ein Heim (vgl. I3:377-379). Die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich trifft auch über den Weg der Sachwalterschaft die Entscheidung, dass die Betroffenen in einem Heim gepflegt werden, wenn Gefahr im Verzug besteht und diese selbst nicht entscheidungsfähig sind (vgl. I2:77-82).

Die beiden Sozialarbeiterinnen der gerontopsychiatrischen Dienste in der Steiermark verwenden für die Bezeichnung ihrer Vorgehensweise in der Fallbearbeitung den Begriff des Case Management. Im Kapitel „Verwirklichung und Gewinn von interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Demenzversorgung“ wird dieser Ansatz eingehend erklärt und beschrieben.

3.5 Soziale Arbeit mit Gruppen in der Demenzversorgung

Die Soziale Arbeit mit Gruppen wird nur in der Demenzservicestelle in Oberösterreich angewandt. Da es sich dabei weder um reine soziale Gruppenarbeit als eine der Methoden der Sozialen Arbeit noch um eine reine Selbsthilfegruppe handelt, sollen vorerst beide Ansätze beschrieben werden. Danach wird auf die konkrete Umsetzung in der Demenzversorgung und die Aufgaben der Sozialen Arbeit eingegangen.

3.5.1 Soziale Gruppenarbeit

Diese Methode der sozialen Arbeit hat ihre Wurzeln in den sozialen Bewegungen in den USA; die sich um 1900 aus den Arbeiterbewegungen und der Settlement-house Bewegung gebildet hatten (vgl. Schmidt-Grunert 2009:22 zit. in Brake / Deller 214:169). Nach Konopka (vgl. Konopka 1968:165) hilft die soziale Gruppenarbeit den Einzelnen durch sinnvolle Gruppenerlebnisse, ihre soziale Funktionsfähigkeit zu steigern und ihren persönlichen Problemen, ihren Gruppenproblemen oder Problemen des öffentlichen Lebens besser gewachsen zu sein. Die Aufgaben der Sozialarbeiterin/des Sozialarbeiters liegen darin, auf die Bedürfnisse der Gruppe zu reagieren. Dies geschieht in der ganzheitlichen Annahme der Personen, sowie indem sie/er Beziehungen herstellt, die Einzelnen und die Gruppe befähigt und unterstützt. Weiters begrenzt sie/er schädigendes Verhalten, leitet die Gespräche, schafft bei Spannungen, Konflikten etc. Erleichterung und interpretiert ihre/seine Aufgaben sowie das Verhalten oder die Gefühle Einzelner oder der Gruppe. Die Beobachtung und Beurteilung von Verhalten und Prozessen sowie die Planung und Vorbereitung gehören ebenfalls zu ihren/seinen Aufgaben (vgl. Saloshin 1954 zit. in Konopka 1968:167).

3.5.2 Selbsthilfegruppen

Per Definition sind Selbsthilfegruppen freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen und sozialen Problemen, von denen sie entweder selbst, oder als Angehörige betroffen sind. Ziel ist sowohl eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände als auch des sozialen

und politischen Umfelds. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helferinnen/Helfern geleitet wobei gelegentlich Expertinnen/Experten hinzugezogen werden können (vgl. Matzat 2011:754).

3.5.3 Geleitete Selbsthilfegruppen in der Demenzservicestelle in Oberösterreich

Hier werden nun die Angehörigentreffen sowie die Aufgaben der Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle Oberösterreich bezüglich dieser Treffen erläutert. Die Sozialarbeiterin bietet die Angehörigentreffen alle sechs Wochen an (vgl. I1:94-96), wobei sie organisatorische, weniger sozialarbeiterische Aufgaben, wie Terminbestimmung bzw. inserieren dieser in den örtlichen Zeitungen, Ausschicken von Einladungen sowie das Mieten von Räumlichkeiten, übernimmt (vgl. I1:100-101.103-106). Die Angehörigentreffen bieten den Rahmen für einen Austausch wie in einer geleiteten Selbsthilfegruppe (vgl. I1:98-99). Die Durchführung der Treffen, also die Moderation der Gespräche und das Einbringen des sozialarbeiterischen Wissens, ist Aufgabe der Sozialarbeiterin (vgl. I1:106-109). Der wesentliche Effekt kommt aber durch die Angehörigen selbst. Angehörige, die die Erkrankung der Betroffenen nur schwer akzeptieren und in Folge ihnen gegenüber wenig förderliches Verhalten zeigen, erleben im Austausch mit anderen Angehörigen Veränderung im Denken und Umgang mit den Betroffenen so wie die Sozialarbeiterin das selbst nicht vermitteln könnte:

weil die anderen Angehörigen ihm immer wieder aufgezeigt ham mit eigenen Beispielen, dass es trotzdem lebenswert sein kann. Wenn i des als Sozialarbeiterin in am Einzelgespräch mach, dann kann i des niemals so ummibringen als wie wenn ihm des andere Angehörige sagen, die in genau derselben Situation sind wie er (I1:170-174).
Es gibt Dinge in meiner Rolle, die kinnt i so ned formuliert hinterfragen aber sie als andere Angehörige kann des so. Aber des is so wertvoll. I find die hüft da ganzen Gruppe und a mir extrem (I1:412-415).

Es wird deutlich, dass Aspekte der sozialen Gruppenarbeit wie die Planung und Vorbereitung der Treffen, die Leitung der Gespräche sowie das Beobachten und Beurteilen von Prozessen vorhanden sind. Andererseits ist die gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung der gemeinsamen Herausforderungen, die sich im Umgang mit und der Pflege von Betroffenen stellen, Merkmal einer Selbsthilfegruppe. Auch wenn dies in den betreffenden Diensten nicht umgesetzt wird, soll darauf hingewiesen werden, dass es in Deutschland Beispiele für von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern unterstützte Selbsthilfegruppen für an Demenz erkrankte Menschen gibt (vgl. Kaplaneck 2012).

3.6 Vernetzung als Grundvoraussetzung für eine effiziente interdisziplinäre Demenzversorgung

Vernetzung meint die Koppelung von einzelnen Institutionen zu Netzenwerken um nach Bedarf zu interagieren und Information auszutauschen. Weiters können die Schnittstellen zwischen den professionellen Unterstützungsangeboten besser bearbeitet werden indem die Abhängigkeit voneinander berücksichtigt wird und die funktional getrennten Spezialistinnen/Spezialisten ihr Wissen gemeinsam anwenden (vgl. Schubert 2008:12). Die Vernetzung geschieht dem Datenmaterial nach in unterschiedlicher Form, dient verschiedenen Gründen und ist eine disziplinübergreifende Aufgabe, wobei sie für die Soziale Arbeit eine besondere Relevanz hat.

Die erste Form der Vernetzung wird u.a. von der Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle in Oberösterreich beschrieben und dient der Bekanntmachung des eigenen Angebots bei anderen Institutionen bzw. Playern im Alten- und Gesundheitsbereich (vgl. I1:232 / I4:36). Dabei wird meist persönlich zu beispielsweise Fach - oder Hausärztinnen/Hausärzten, zur mobilen Hauskrankenpflege, zum Sozialamt und den Gemeinden Kontakt aufgenommen. Die Angebote werden vorgestellt und bekannt gemacht (vgl. I1:33-36.229-232 / I3:309-3111). Durch das persönliche Treffen können die anderen Akteurinnen/Akteure abschätzen ob sie Patientinnen/Patienten bzw. Nutzerinnen/Nutzer ihrer Dienste bzgl. nichtgedeckter Bedarfe dorthin weitervermitteln können (vgl. I1:233-234).

Ein weiterer Grund für Vernetzung ist die Möglichkeit, sich fachlich unter den verschiedenen regionalen Playern, wie auch Krankenhäusern, dem dortigen Entlassungsmanagement, anderen ähnlichen Einrichtungen wie der Eigenen, austauschen zu können (vgl. I3:295-299). Für Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, die allein im interdisziplinären Team sind, ist Letzteres besonders wichtig um fachlichen Austausch mit gleichen Professionistinnen/Professionisten in ähnlichen Arbeitsverhältnissen pflegen zu können (vgl. I1:343-346). Dazu finden Vernetzungstreffen statt bei denen sich alle regionalen Player im Gesundheits – und Altenbereich zusammenfinden (vgl. I1:351-355 / I3:299-301).

Der letzte genannte Nutzen der Vernetzung ist das Kennenlernen der anderen Dienste zur Weitervermittlung von Klientinnen/Klienten, wenn die eigene Institution Bedarfe nicht deckt bzw. institutionsübergreifend fallbezogen eine nachhaltige Lösung erarbeitet werden muss (vgl. I1:350-351 / I2:306-316). Werden diese in Anspruch genommen, wird auch zu anderen Institutionen, die durch diese Treffen bekannt sind, Kontakt aufgenommen um sich fallbezogen auszutauschen (vgl. I3:319-321).

Grundsätzlich sei es, laut der Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich, Aufgabe der Sozialen Arbeit, Vernetzung voranzutreiben (vgl. I2:496-500) denn „je besser wir vernetzt sind, umso effizienter können wir arbeiten, weil wir die Ressourcen nützen“ (I2:488-489). Angesichts der Funktion der Sozialen Arbeit in der Vermittlung zu regionalen Angeboten und der Installation von nachhaltigen regionalen Hilfen, wird die Wichtigkeit der Vernetzung für die Arbeit dieser Profession deutlich.

3.7 Der Case - Management Ansatz in den gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark

Dieses, in den zwei gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark angewandte (vgl. I4:156 / I3:192), Verfahren ist in den 1970er Jahren in der ambulanten Sozialen Arbeit in den USA entstanden. Nach der Deinstitutionalisierung aus stationären Einrichtungen waren viele Menschen mit Behinderung sowie pflegebedürftige und psychisch erkrankte Menschen ohne Versorgung. Um diese durch verschiedene soziale Dienste und freiwillige Hilfe zu organisieren, genügte die Einzelfallhilfe methodisch nicht. Die Institutionen arbeiteten unkoordiniert jeweils für sich wobei die Aufgabenstellung der Versorgung zu komplex war, um sie mit akuten Maßnahmen zu bewältigen. Gebraucht wurde ein Unterstützungsmanagement, das ein Kontinuum der Versorgung verfolgt (vgl. Wendt 2011:215). Case Management beschränkt sich nicht auf das Handlungsfeld der beruflichen Sozialen Arbeit. Hierbei ist zwischen Case Management als methodisches Konzept auf der personalen Handlungsebene und Case Management als Organisationskonzept zu unterscheiden. Auf personeller Ebene kann es nur dann erfolgreich eingesetzt werden, wenn es auf organisatorischer Ebene implementiert wurde, da hierbei die Struktur der Versorgung auf die prozessualen Anforderungen des Case Managements abgestimmt und das Netzwerk zur Koordination und Kooperation geschaffen wird. Auf dieser Ebene wird entschieden nach welchen Kriterien, in welchem Umfang und mit welcher Intensität ein Fall begleitet wird und inwieweit dabei die Expertise von Pflegefachkräften, Fachärztinnen/Fachärzten oder Vertreterinnen/Vertretern anderer Berufe zum Tragen kommt (vgl. Wendt 2011:215f). Auf der individuellen Ebene bezieht sich das Case Management bei dem die zu versorgende Person, ihre Angehörige und die Helferinnen/Helfer mitwirken, nicht auf die Person als „case“, sondern auf die problematische Situation (vgl. Wendt 2011:216). Ziel ist nicht, einzelne Hilfen zu geben, sondern eine angemessene dienstliche Versorgung für ein persönliches Zurechtkommen im Alltag, zu bewerkstelligen (vgl. Wendt 2001:217). Heiko Kleve formuliert die Funktion der Case Managerin/des Case Managers folgendermaßen:

„Der Case Manager führt seine Klienten (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Familien), mit denen er im professionell-partnerschaftlichen Sinne kooperiert, durch den gesamten Hilfeprozess und erschließt die dafür notwendigen lebensweltlichen und professionellen Ressourcen und Netzwerke“ (Kleve 2000:256 zit. in Meinhold 2012:641).

Aus dem Datenmaterial geht hervor, dass sowohl das Gerontopsychiatrische Zentrum als auch der Mobile Gerontopsychiatrische Dienst in der Steiermark das Case Managementverfahren anwenden (vgl. I4:156 / I3:192). Dies äußert sich darin, dass je nach Bedarf der Klientinnen/Klienten die Fallführung dauerhaft an die entsprechende Profession geht (vgl. I3:185 / I4:163). Steht rein die psychologische Abklärung im Vordergrund führt die Psychologin/der Psychologe den Fall (vgl. I3:187 / I4:52-53), geht es um eine Diagnose oder Medikation ist die Ärztin/der Arzt hauptverantwortlich (vgl. I4:59). Handelt es sich um Beratung der Angehörigen zu Themen wie Umgang mit den Betroffenen, Pflegegeldantrag bzw. – einspruch oder Vermittlung zu Unterstützungsangebote, ist die Sozialarbeiterin/der Sozialarbeiter Hauptzuständige/Hauptzuständiger (vgl. I3:54-58 / I4:162-164). Wenn der Dienst von Klientinnen/Klienten bereits in Anspruch genommen wurde und sie sich wieder melden, werden sie an die/den damlas fallführende/n Professionistin/Professionisten weitergeleitet (vgl. I4:165-167). Gemeinsames Ziel ist die Installation von Unterstützungsmaßnahmen um ein gutes Leben zu Hause zu ermöglichen (vgl. I3:193-195). Die anderen Professionen sind jeweils ebenfalls involviert um zweitrangige Bedarfe zu decken bzw. werden von den fallführenden Professionistinnen/Professionisten hinzugezogen (vgl. I4:53-55). Weiters wird auch fallbezogen Kontakt zu, in anderen Einrichtungen beschäftigten Professionistinnen/Professionisten gehalten um sich bzgl. der Versorgung einzelner Klientinnen/Klienten auszutauschen (vgl. I4:59).

3.8 Verwirklichung und Gewinn von interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Demenzversorgung

International gibt es Konzepte im ambulanten Bereich, die sich auf den Bedarf der Betroffenen konzentrieren und dabei verschiedene Professionen und Institutionen integrieren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich evident ist (vgl. Boustani et al. 2011 / Callahan et al. 2006 zit. in Dreier et al. 2017:94). In der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen gibt es vielzählige Aufgaben. So muss möglichst frühzeitig diagnostiziert werden, die Integration in eine multiprofessionelle (medizinische, pflegerische, psychosoziale etc.) Versorgung gewährleistet werden und

müssen die häufig belasteten Angehörigen miteinbezogen werden (vgl. Dreier et al. 2017:94).

3.8.1 Professionsspezifische Aufgaben in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Laut den Daten bezieht sich Zusammenarbeit, sei es innerhalb oder außerhalb der Institutionen, auf folgende Berufsgruppen: Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Fach – und Hausärztinnen/-ärzte, Psychologinnen/Psychologen, (psychiatrische) Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger, Physio – und Ergotherapeutinnen/-therapeuten sowie Juristinnen/Juristen (vgl. I2:184.218.221 / I3:92-93 / I4:45-46). Die Medizin ist generell für die Diagnostik und für die medikamentöse Therapie zuständig. Die Hausärztin/der Hausarzt kann auch eine wichtige Vertrauensperson der alten Menschen sein (vgl. I2:259-210), die/der auch zu sozialen Diensten vermittelt (vgl. I1:227-229). Die Meinung der Ärztin/des Arztes hat bei den Klientinnen/Klienten eine hohe Stellung (vgl. I3:242-243). Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie dienen der sichereren Abklärung der Erkrankung (vgl. I2:210-216). In den beiden gerontopsychiatrischen Zentren in der Steiermark hat jeweils die Ärztin/der Arzt die Leitungsfunktion (vgl. I4:220-222). Die Versorgung der Betroffenen findet, anders als bei den anderen Professionen punktuell bei Bedarf statt (vgl. I3:243-245). Im Team dient sie/er auch in der Beratung der anderen Professionistinnen/Professionisten zu medizinischen Fragestellungen (vgl. I3:245-247). Die Psychologin/der Psychologe ist für die psychologische Abklärung und Testung der Betroffenen zuständig (vgl. I1:44-45 / I3:142-144.202). Grundsätzlich liegt der Schwerpunkt dieser Berufsgruppe auf der Versorgung der Betroffenen (vgl. I3:285-2289). Die Soziale Arbeit legt den Fokus in der interdisziplinären Zusammenarbeit hingegen vermehrt auf die Beratung und Entlastung der Angehörigen in Einzelgesprächen oder Angehörigentreffen (vgl. I1:295-296 / I3:284-290). Die Aufgabe der (psychiatrischen) Pflegekräfte bezieht sich auf die Unterstützung bei der körperlichen Pflege im späteren Demenzstadium, der Medikamentenvergabe sowie dem Beraten bzgl. der Erkrankung und (vgl. I1:494-494 / I2:218-222 / I3:220-222). Physio – und Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten sind v.a. im Beschäftigungsbereich tätig (vgl. I2:221-223).

3.8.2 Perspektivenvielfalt durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

Den Aussagen der Sozialarbeiterinnen nach ist der Austausch der professionsspezifischen Sichtweisen und Foki ein wesentlicher Gewinn interdisziplinärer Zusammenarbeit. Einerseits trägt die Sichtweise jeder Berufsgruppe durch die ganzheitliche Erfassung der Situation zu einer nachhaltigen Lösung von Problemlagen bei (vgl. I2:310-313). Andererseits lernen die einzelnen

Professionalistinnen/Professionalisten voneinander, da jede Berufsgruppe über andere Wissensbestände verfügt, die sie/er in der Versorgung einbringt (vgl. I3:205-207.213-217). So berät beispielsweise eine Juristin im Gerontopsychiatrischen Zentrum in der Steiermark nicht nur die Klientinnen/Klienten, sondern auch die Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter (vgl. I4:333). Das Lernen voneinander bezieht sich auch auf Einstellungen. Die Sozialarbeiterin des Mobilen Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark beschreibt, wie sie sich von der Psychologin abschaut, dass diese den Klientinnen/Klienten einfach ruhig zuhört und überzeugt ist, dass das schon hilft, während sie selbst immer den Anspruch hat, sofort etwas tun zu müssen (vgl. I3:223-227). Der Fokus bzw. die Perspektive der Sozialen Arbeit liegt auf den persönlichen und lebensweltlichen Ressourcen und wie diese zu einem selbstbestimmten aber sicheren Leben mit Versorgung zu Hause genutzt werden können (vgl. I2:289-293 / I3:222-223).

3.8.3 Kooperation im interdisziplinären Team

Den Interviewpartnerinnen nach gestaltet sich die Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen je nach Teamkonstellation etwas anders. Einzelne Aspekte ziehen sich dennoch durch das Datenmaterial – der Austausch bzgl. konkreter Fälle, die Arbeitsteilung bei herausfordernden Problemlagen und die Hierarchie unter den Berufsgruppen. Ersteres passiert einerseits in der konkreten gemeinsamen Arbeit v.a. nach der psychologischen Abklärung (vgl. I1:303-305 / I4:1032-104). Bei der Demenzservicestelle in Oberösterreich tauschen die Psychologin und die Sozialarbeiterin nach der Abklärung damit jeweils die Sozialarbeiterin noch mit der/dem Betroffenen und die Psychologin mit den Angehörigen reden kann, weil „do stelln si noch mal andere Dinge machmal auser und da tragma des ois zusammen, damit a rundes Bild entsteht“ (I1:314-315). Andererseits finden auch in Teamsitzungen Fallbesprechungen statt, „damit wir von allen Seiten an Fall ah anschauen können“ (I4:49-50). So beschreibt auch die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich, dass sie in Helferinnen-/Helferkonferenzen konkrete Fälle bespricht um die Sichtweisen auszutauschen und die Expertise jeder Berufsgruppe sowie auch die der Klientinnen/Klienten einzuholen (vgl. I2:279-284). Bezüglich der Arbeitsteilung wird versucht, dass bei den Fällen jeweils mindestens zwei Professionalistinnen/Professionalisten involviert sind (vgl. I1:340 / I4:47-48). Dies gilt besonders dann, wenn die Problemlage sehr schwierig ist und sich sowohl Angehörige als auch Betroffene herausfordernd verhalten (vgl. I3:85-102 / I4:136-144). In der Demenzservicestelle in Oberösterreich und den beiden gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark arbeiten die

Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter sehr eng mit den Psychologinnen/Psychologen zusammen, wobei sich auch Aufgaben decken. So sagt die Sozialarbeiterin des Mobilen gerontopsychiatrischen Dienstes, dass sie ähnliche Stellenbeschreibungen hätten (vgl. I3:200-202). Die Sozialarbeiterin der Demenzservicestelle in Oberösterreich beschreibt, dass sie ganz eng zusammenarbeiten aber trotzdem abgegrenzte Arbeitsbereiche hätten (vgl. I1:340-341). Hier ist es beispielsweise die bereits erwähnte Bewerbung des Angebots bei anderen Playern, wobei die Sozialarbeiterin mehr mit den regionalen Zeitungen und die Psychologin mit den medizinischen Einrichtungen in Kontakt ist (vgl. I1:295-341). Auch bei der Betreuung der MAS-Trainerinnen wenden diese sich an die Sozialarbeiterin wenn es einen Bedarf bei den Angehörigen gibt und an die Psychologin, wenn es um die Betroffenen geht (vgl. I1:317-326). Bei den erwähnten Vortragsreihen halten beide jeweils zwei Vorträge wobei sie darüber austauschen, welche Fragen gestellt wurden etc. (vgl. I1:328-331). Bei den jährlichen Anrufen teilen sie sich die Klientinnen/Klienten nach bisheriger positiver Zusammenarbeit mit diesen auf (vgl. I1:333-339). Bezüglich der Hierarchie unter den verschiedenen Berufsgruppen ist diese grundsätzlich in den beiden gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark vorhanden (Ärztin/Arzt – Psychologin/Psychologe – Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter) (vgl. I3:237-239), wobei es im Gerontopsychiatrischen Zentrum nicht sehr ausgeprägt ist, sondern mehr ein Miteinander ist, bei dem die Berufsgruppen gleichrangig sind (vgl. I4:225-226). Die Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich arbeitet zwar nicht in einem Team aber sie beschreibt, dass sie nach langjähriger Tätigkeit in dem Feld die Rolle hat, von anderen Berufsgruppen zu Fällen hinzugezogen zu werden, welche ihre Expertise nutzen (vgl. I2:308-311). Sie plädiert darauf, „interdisziplinär zusammenzuarbeiten und zu schauen, wie können wir alle an am Strang ziehen“ (I2:278-279). Laut ihr seien alle Berufsgruppen erforderlich um „zum Wohle des Betroffenen, der Angehörigen hier wirklich auch ein gutes Modell a gemeinsam schaffen“ (I2:498-500).

Hier wird ersichtlich, dass Interdisziplinarität in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen bereits umgesetzt wird. Es besteht ein gemeinsames Ziel und die verschiedenen Expertisen der Berufsgruppen werden zum Vorteil der Klientinnen und Klienten eingesetzt.

3.9 Die Rolle Sozialer Arbeit in der Demenzversorgung

In diesem Kapitel wird kurz dargestellt, welchen Spielraum die Soziale Arbeit in der Demenzversorgung bekommt. Überschneidungen und Unterschiede in den verschiedenen Bundesländern bzw. Institutionen werden berücksichtigt.

In Niederösterreich ist laut der Sozialarbeiterin des Magistrats die Soziale Arbeit in der Demenzversorgung kaum involviert (vgl. I2:407). Die Abteilungen Sozialer Arbeit auf Bezirkshauptmannschaften wurden, bis auf in drei Städten, zusammengelegt, wodurch mehr personelle Ressourcen für die Kinder – und Jugendhilfe verwendet werden und die Erwachsenenhilfe, unter die auch die Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen fällt, schwindet. Die Demenzversorgung sei laut der dort tätigen Sozialarbeiterin unzureichend (vgl. I2:408-410). Ähnliches beschreibt die Sozialarbeiterin des Mobilien gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark. Dort gäbe es nur vereinzelt Erwachsenensozialarbeit und ihr Dienst könne nur Menschen betreuen, die eine psychiatrische Erkrankung, wie Demenz, haben (I3:478-483). Ansprechperson für Angehörige und Betroffene am Magistrat ist hier keine Sozialarbeiterin/kein Sozialarbeiter, sondern eine Sekretärin (vgl. I3:490-493). Nur in den drei Städten in Niederösterreich, in denen diese Zusammenlegung nicht vollzogen wurde, besteht noch der „Luxus“ uneingeschränkt mit erwachsenen Menschen arbeiten zu können (vgl. I2:9-19). Dort ist die Soziale Arbeit

so was wie Restkompetenz – dort wo kana zuständig is, is ma als Sozialamtsozialarbeiter zuständig. Und es gab damals nicht und auch heute nicht Sozialarbeit, die sich wirklich mit alten Menschen beschäftigt. Und dadurch, dass - also als Sozialarbeiterin bei der Berhörde bist du dann natürlich für diesen Bereich auch zuständig (I2:23-26).

Im Handlungsfeld alte Menschen, z.B. in den Pflegeheimen, gibt es in Niederösterreich wenig Soziale Arbeit. Wo sie vermehrt auftritt, ist die Leitungs- bzw. Managementebene in den sozialmedizinischen Diensten (vgl. I2:435-439). Die vermuteten Gründe warum der Sozialen Arbeit eine geringe Rolle gegeben wird, sind finanzieller Natur, da Soziale Arbeit teuer ist. Hier wird, wie in der Zusammenlegung der Abteilungen für Soziale Arbeit am Magistrat oder dem Einsatz von anderen kostengünstigeren Berufsgruppen für Aufgaben der Sozialen Arbeit versucht, Geld einzusparen (vgl. I2:420-430). Finanzielle Kürzungen erleben auch die Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter der Demenzservicestelle in Oberösterreich und der gerontopsychiatrischen Dienste in der Steiermark. Auch wenn die Demenzservicestelle mit der staatlichen Förderung des Vereins sehr privilegiert ist (I1:439-442), merkt die Sozialarbeiterin dort Einschränkungen im Personal und in der Finanzierung. Sie sagt, sie merke, dass sobald sie in einem Gebiet mehr Angebote setzte, dass ein riesiger Bedarf bestehe, sie aber nicht genug Kapazitäten hätte, diesen zu decken (vgl. I1:428-

434). Die Sozialarbeiterinnen in den gerontopsychiatrischen Diensten in der Steiermark haben ebenfalls so viele Klientinnen/Klienten, dass Hausbesuche nur gering frequentiert möglich sind und die Qualität der Betreuung auch von örtlicher Nähe abhängig ist, da weite Fahrten zu viel Zeit kosten, obwohl der Bedarf gegeben ist (vgl. I3:33-34 / I4:374-375). In der Stadt kann die Betreuung abgedeckt werden, wobei trotzdem der Wunsch nach Expansion da ist, weil die einzelnen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nur wenige Stunden angestellt sind (vgl. I4:401-404.474-475), am Land hingehen ist die Versorgung sehr dünn (vgl. I4:473-483). Ein weiterer Aspekt inwiefern der Sozialen Arbeit Rollen gegeben werden, sind in der Gewährung von Zugang zu Fortbildungsmaßnahmen. So durfte die Sozialarbeiterin des Gerontopsychiatrischen Zentrums an einer Fortbildung zur Pflegegeldeinstufung nicht teilnehmen, sondern nur Pflegekräfte (vgl. I4:439-446). Am Magistrat in Niederösterreich ist die Überprüfung der Einstufung Aufgabe der Sozialarbeiterin (vgl. I2:62-67). Die Rolle, die sich die Soziale Arbeit in der Demenzversorgung selbst geben würde, wäre laut der Sozialarbeiterin am Magistrat in Niederösterreich eine feldnahe, in Sozialstationen integrierte, beratende und Projekte verwirklichende Rolle, deren Wissen sich für dieses komplexe Aufgabenfeld anbiete (vgl. I2:440-446). Die Sozialarbeiterin sieht angesichts der Vernachlässigung der Erwachsenensozialarbeit und der wachsenden Zahl an Menschen, die sich aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer Angehörigen/einem Angehörigen mit Demenzerkrankung in psychosozialen Problemlagen befinden, die Chance der Sozialen Arbeit in Form von Gemeindesozialarbeit hier zur Versorgung beizutragen (vgl. I2:324-334).

4 Resümee

Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt, dass die zentrale Funktion der Sozialen Arbeit in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen die Vermittlung zu gesellschaftlichen Ressourcen und die Aktivierung persönlicher und lebensweltlicher Ressourcen ist.

Bezüglich der gesellschaftlichen Ressourcen geht aus den Beschreibungen hervor, dass die Vernetzung zu anderen Unterstützungsangeboten in der jeweiligen Region ein wesentliches Merkmal der Sozialen Arbeit ist. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, von diesen Ressourcen zu wissen und die Vernetzung durch persönliches Vorstellen des eigenen Angebots bei anderen Trägern voranzutreiben sowie diese durch die Teilnahme und Initiierung von Vernetzungstreffen kennenzulernen. Auch das

sozialrechtliche Wissen der Sozialen Arbeit bzgl. der staatlichen Unterstützungsleistungen ist von Bedeutung. Weiters ist erkennbar, dass die Nähe zur Lebenswelt der Klientinnen/Klienten und der persönliche Kontakt durch Hausbesuche und Beratungsgespräche bedeutend ist um hier beispielsweise Ressourcen aus dem sozialen Netzwerk zu aktivieren oder persönliche Kompetenzen zu fördern.

Es fällt auf, dass die Unterstützung für Angehörige und Betroffene oft erst angefordert wird, wenn die Angehörigen schon so überlastet sind, dass eine Pflegeheimunterbringung unausweichlich ist. Der Grund dafür scheint zu sein, dass eine große Unwissenheit bezüglich der Versorgungsangebote besteht. Hier könnte die die Schaffung eines niederschweligen Zugangs für die Vermittlung von rechtzeitiger Hilfe, Aufgabe der Sozialen Arbeit, sein, v.a. durch Öffentlichkeitsarbeit. Eine weitere Möglichkeit, die sich den Ergebnissen nach in anderen Handlungsfeldern als wirksam erwiesen hat, aus Kapazitätsgründen allerdings noch nicht umgesetzt wird, ist die im Kapitel 3.3. beschriebene Gemeindesozialarbeit.

Die Ergebnisse zeigen ein weiteres Verfahren der Sozialen Arbeit, das in seinen Anfängen, wie in Kapitel 3.7. beschrieben, die Versorgung sichergestellt hat, als mehrere Institutionen unkoordiniert jeweils für sich gearbeitet haben – das Case Management. Im Gerontopsychiatrischen Zentrum wurden dabei die Fälle je nach Hauptbedarf einer Profession zur Fallführung zugeteilt. Inwiefern dieses Verfahren auf organisatorischer Ebene implementiert wurde und es von andere Professionen, in deren Ausbildung das Case Management nicht, wie die Soziale Arbeit, behandelt wird, verfahrensgemäß angewendet wird, geht aus den Daten nicht hervor. Es würde sich angesichts der Komplexität der Versorgungsaufgabe anbieten.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die im Kapitel 3.1.1 beschriebene Ressourcenorientierung die Voraussetzungen für eine weitere Funktion der Sozialen Arbeit bilden – die nachhaltige und effiziente Implementierung in das Versorgungssystem. Hier bietet sich die Einzelfallhilfe als Methode der Sozialen Arbeit, in Kapitel 3.4 erläutert, an, da die soziale Lage bzw. der Bedarf der Klientinnen/Klienten erhoben wird und die Basis zur Implementierung von Hilfe geschaffen und diese in Zusammenarbeit mit den Angehörigen aufgebaut wird. Ziel Sozialer Arbeit ist immer, sich selbst überflüssig zu machen, was auch hier zutrifft, da die nachhaltige Hilfe auf den Ressourcen der Klientinnen/Klienten und nicht auf der Sozialen Arbeit aufgebaut werden wird.

Weiters stellt sich in den Ergebnissen klar heraus, dass, wie in Kapitel 3.2. dargestellt, die Entlastung der Angehörigen eine wesentliche Funktion der Sozialen Arbeit ist. Dies geschieht v.a. in der Beratung, welche zu den grundlegenden Kompetenzen der Sozialen Arbeit gehört. Angehörige stellen in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen eine wichtige Säule dar, sind dabei aber starken psychosozialen Belastungen ausgesetzt, welche die Soziale Arbeit auf verschiedene Weise mindern kann. Das Gespräch an sich wirkt entlastend, wobei deutlich wird, dass durch die Soziale Arbeit diese Möglichkeit geschaffen wird. Wissensvermittlung ist hier eine Kernaufgabe der Sozialen Arbeit indem über Ressourcen, sozialrechtliche Angelegenheiten aber auch über den Umgang mit dem Verhalten der Betroffenen informiert wird. Ein wesentlicher Ansatz der Sozialen Arbeit ist der Blick auf mögliche Ursachen und Gründe von Verhalten. So werden den Angehörigen praktische „Tools“ wie Biographiearbeit oder Validation nach Naomi Feil mitgegeben, die sie im Umgang mit den Betroffenen anwenden können. Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit in dieser Funktion ist die Organisation, Durchführung und Moderation von Selbsthilfegruppen für Angehörige. Dafür bietet sich die Soziale Arbeit an, da sie die soziale Gruppenarbeit als eine der drei Grundmethoden sozialarbeiterischen Handelns beherrscht.

Aus den Ergebnissen geht allerdings ebenso hervor, dass trotz der Funktion der Sozialen Arbeit, die Angehörigen zu entlasten, nicht auf die Wahrung der Selbstbestimmung der Betroffenen vergessen werden darf, wie in Kapitel 3.1.2 erläutert wird. Durch die Demenzerkrankung können eigene Bedürfnisse nur mehr begrenzt selbstständig befriedigt werden, so sind Betroffene von ihrem lebensweltlichen Umfeld abhängig. Die Wahrung der Selbstbestimmung ist eines der vier ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit und somit ist es ihre Funktion in Entscheidungen bzgl. der Versorgung praktisch auf das Eingehen auf den Willen der Betroffenen zu achten, soweit ihnen dieses nicht schadet.

Durch den Einblick in die Umsetzung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Teams in den geropsychiatrischen Diensten in der Steiermark konnte deren Gewinn in Kapitel 3.8. gezeigt werden. Dieser liegt vor allem in der Vielfalt der Perspektiven, welche die ganzheitliche Erfassung von Fällen ermöglicht. Weiters profitieren die einzelnen Professionen von den jeweiligen Wissensbeständen und Einstellungen im Austausch über konkrete Fälle sowie von der Arbeitsteilung bei herausfordernden Situationen. Die Hierarchie unter den Professionen variiert von Einrichtung zu Einrichtung, wobei die Medizin und Psychologie über der Sozialen Arbeit stehen. Aus den Beschreibungen

des gerontopsychiatrischen Zentrums geht hervor, dass ein gleichrangiges miteinander Arbeiten möglich ist.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Soziale Arbeit, wie in Kapitel 3.9. beschrieben, in der Demenzversorgung in Niederösterreich eine geringe Rolle spielt, was u.a. durch finanzielle und personelle Einsparungen in der Erwachsenensozialarbeit bedingt und weiter verstärkt wird. In Oberösterreich und der Steiermark ist die Soziale Arbeit in der Demenzversorgung stärker vertreten, wobei sich in der Analyse der Interviews herausstellte, dass der Bedarf an Sozialer Arbeit in der Demenzversorgung groß ist und ebenfalls aufgrund finanzieller und personeller Einschränkungen nicht gedeckt werden kann.

Eine vollständige Perspektive auf die Rolle, Funktionen und Aufgaben der Sozialen Arbeit sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen, konnte in dieser Arbeit nicht gegeben werden. Allerdings können die Ergebnisse dieser Arbeit als Ausgangspunkt für weitere Forschung sowie erste Überlegungen im Bezug auf die Nutzung der Kompetenzen Sozialer Arbeit für eine niederschwellige, effiziente und nachhaltige Versorgung von Angehörigen und Betroffenen in der Demenzversorgung dienen.

5 Literatur

Böhrs, Hermann (1963): Organisation des Industriebetriebes. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH.

Brake, Roland / Deller, Ulrich (2014): Soziale Arbeit. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): Soziale Dienste in Österreich. Innsbruck: Studienverlag GesmbH.

Feil, Naomi (2005): Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen, 8. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Lehrbuch, 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag.

Gutenthaler, Ursula / Kojer, Marina / Schmidl, Martina (2007): Validation nach Naomi Feil. In: Gatterer, Gerald (Hrg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien: Springer Verlag, 327-455.

Helm, Anita (2013): Die Bedeutung der Sozialen Arbeit für Menschen mit Demenz: Personsein trotz einer Demenzerkrankung, Hamburg: disserta Verlag.

Henecka, Hans Peter (2015): Grundkurs Soziologie. 10. Auflage, Konstanz und München: UVK-Verlagsgesellschaft.

Herriger, Norbert (2007): Ressourcen (personale und soziale). In: Mulott, Ralf / Schmitt, Sabine (Hrg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 779.

Höfler, Sabine / Bengough, Theresa / Winkler Petra / Griebler Robert (Hrg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium: Wien.

IFSW (2005): Ethik der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien.
http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf [12.04.17].

Loch, Ulrike (2012): Soziale Einzelfallhilfe. In: Ahmed, Sabrina / Hüblich, Davina / Thole, Werner (Hrg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, 266-267.

Kaplaneck, Michaela (2012): Unterstützte Selbsthilfegruppen von menschen mit Demenz. Anregungen für die Praxis, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Konopka, Gisela (1968): Soziale Gruppenarbeit: ein helfender Prozess, Band 3, Weinheim: Julius Beltz Verlag.

Kosiol, Erich (1976): Organisation der Unternehmung. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

MAS Alzheimerhilfe (o.J.): Unsere Servicestellen in Oberösterreich.
<http://www.alzheimer-hilfe.at/demenzservicestellen.html> [17.04.2017].

Matzat, Jürgen (2011): Selbsthilfegruppen. In: Mulott, Ralf / Schmitt, Sabine (Hrg.):
Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft,
754-755.

Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und
Formen aus soziologischer Perspektive, Wien: Springer VS.

Mayring, Phillip (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11.
Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meinhold, Marianne (2012): Über Einzelfallhilfe und Casemanagement. In: Thole,
Werner (Hrg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 4 Auflage,
Wiesbaden: VS Verlag, 635-661.

Melzer, Gerhard (1978): Methoden und Gesprächsführung in der Beratung. In: Giese,
Dieter / Melzer, Gerhard (Hrg.): Die Beratung in der sozialen Arbeit. Deutscher Verein
für öffentliche und private Fürsorge: Frankfurt am Main, 69-146.

Nestmann, Frank (2008): Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. In:
Beratung Aktuell, Fachzeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung. Nr.2, 2008,
<http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20der%20Beratung.pdf> [05.04.2017].

NÖGUS-NÖ Gesundheits – und Sozialfonds (2015): Strategie Demenzversorgung NÖ,
http://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Publikationen/20160518_Demenz_NOE.pdf [23.04.2017].

Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz.
Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. Stuttgart: Verlag W.
Kohlhammer.

Puhl, Ria / Thorun, Walter (2011): Öffentlichkeitsarbeit. In: Mulott, Ralf / Schmitt,
Sabine (Hrg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage, Baden-Baden: Nomos
Verlagsgesellschaft, 621-623.

Richmond, Mary Ellen (1917): Social Diagnosis. New York: Russel Sage Foundation.

Schäfers, Bernhard (2002): Soziales Handeln und seine Grundlagen: Normen, Werte,
Sinn. In: Korte, Hermann / Schäfers, Bernhard (2002) (Hrg.): Einführung in
Hauptbegriffe der Soziologie. Band 1, 6.Auflage, Opladen: Leske und Budrich, S. 25-
43.

Schilling, Johannes / Zeller, Susanne (2010): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie,
Profession. 4. Auflage, München: Reinhardt Verlag.

Schubert, Herbert (2008): Netzwerkkooperation. Organisation und Koordination von
professionellen Vernetzungen. In: Schubert, Herbert (Hrg.): Netzwerkmanagement.

Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele.
Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, Wolf Rainer (2011): Care und Case Management. In : Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrg.): Handbuch Soziale Arbeit. 4. Auflage, München: Reinhardt Verlag, 214-220.

Dreier, Adina / Eichler, Thyrian, Tilly / Hoffmann, Wolfgang / Jochen Rene (2017): Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit. In: Schafer-Walkmann, Susanne / Traub, Franziska (Hrg.): Evolution durch Vernetzung. Wiesbaden: Springer Verlag, 93-103.

6 Daten

I1, Transkript Interview I1, geführt von Rass Judith mit der Sozialarbeiterin einer Demenzservicestelle in Oberösterreich, 15.12.2016, Zeilen durchgehend nummeriert.

I2, Transkript Interview I2, geführt von Rass Judith mit der Sozialarbeiterin eines Magistrats einer Stadt in Niederösterreich, 2.2.2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

I3, Transkript Interview I3, geführt von Pichlbauer-Strasser Pamela mit der Sozialarbeiterin eines Mobilen Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Steiermark, 25.11.2016, Zeilen durchgehend nummeriert.

I4, Transkript Interview I4, geführt von Pichlbauer-Strasser Pamela mit der Sozialarbeiterin eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in der Steiermark, 24.11.2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Judith Rass**, geboren am **08.06.1994** in **Salzburg**, erkläre,

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

St. Pölten, am **24.04.2017**

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' and 'R'.