Ausgabe 2/08

SiO

Sozialarbeit in Oesterreich

Zeitschrift für Soziale
Arbeit, Bildung und Politik

Gesundheit - Herausforderung für die Sozialarbeit

Karlheinz Ortmann • Christoph Redelsteiner • Heidi Haas
Erwin Buchinger • Katrin Pollinger • Kevin Brown
FH – News aus St. Pölten

Editorial

Obwohl die Bedeutung der Sozialarbeit[1] für die Bearbeitung von Fragen der Gesundheit und Krankheit in den letzten Jahren deutlich zunimmt - das Handlungsfeld immer breiter und komplexer wird -, zeigt sich die Praxis von dieser Entwicklung recht unbeeindruckt. Abgesehen vom öffentlichen Gesundheitsdienst, dem traditionellen Feld gesundheitsbezogener Sozialarbeit und einigen Teilbereichen akuter und rehabilitativer Gesundheitsversorgung (z.B. Sozialpsychiatrie, Krankenhaussozialdienst, Fachkliniken) nimmt Sozialarbeit insgesamt - vor allem aber klinische Sozialarbeit - im Gesundheitswesen zur Zeit noch eine eher „randständige Position ein“[2].
Eine selbstbewusste gesundheitsorientierte Sozialarbeit versteht sich nicht mehr als Untertan der Medizin, sondern als eigene gleichberechtigte Profession mit einem eigenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und eigenen Handlungsmethoden. Weg vom medizinischen heilenden Handlungsparadigma hin zu einer gelebten „person-in-environment configuration“ auf Basis eines trifokalen Handlungsmodells: „Es umfasst (1) die fallbezogene Unterstützung der Klientel zur Optimierung ihrer Lebensweise, (2) die fallbezogene Veränderung ihrer Lebensbedingungen und (3) die fallunabhängige und fallübergreifende Optimierung der sozialen Infrastruktur. (...) Der trifokale Arbeitsansatz könnte zugleich ein Versuch sein, um den sozialpolitisch nachrangigen Einsatz dieses Berufes zu kompensieren“[3]. Das soeben beschriebene Handlungsparadigma bzw. -modell bedeutet natürlich auch, dass sich eine selbstbewusste (gesundheitsorientierte) Sozialarbeit auf eigene empirische Befunde, Theorien und Konzepte in den Bereichen der Sozialepidemiologie; der sozialen Netzwerkarbeit; der psycho-sozialen Diagnostik (z.B. brauchbare Klassifikationssysteme) und der Gesundheitsförderung stützen muss, um sich nicht von der Medizin Anleihen nehmen zu müssen. In diesem Heft haben wir versucht, einen breiten Überblick über die Thematik zu geben.

PS.: Wir haben auch mehrfach Frau Bundesminister **Andrea Kdolsky** eingeladen, um einen Beitrag für die SIÖ zu verfassen, leider haben wir keine Antwort bekommen. Eine rasche Antwort und ein bekundetes Interesse an der Entwicklung hat hingegen Bundesminister **Erwin Buchinger** gegeben, der in dieser Ausgabe auch mit einem eigenen Beitrag vertreten ist (Seite 18-19).

Mag. (FH) DSA Roland Fürst
SIÖ - Chefredakteur

---

[1] Die World Health Organization (WHO) fördert Programme zugunsten der sozialen Gesundheit, der dritten Säule neben psychischer und physischer Gesundheit.

[2] Ortmann, K. u. H. Kleve (2000): Sozialmedizin in der Sozialarbeit - ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 62, Heft 7, S. 361 - 364

[3] Heiner, Maja (2004): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Klett-Cotta, Stuttgart.

Impressum
Sozialarbeit in Oesterreich (SIO): Zeitschrift für Soziale Arbeit,
Bildung & Politik, seit 1966; Erscheinungsort 1060 Wien, Verlagspostamt 7210 Mattersburg, Auflage: 3.500 Stück,
Druck u. Versand: Druckerei Wograndl GmbH., Industriestrasse 1, 7210 Mattersburg
Herausgeber, Medieninhaber und Verleger: Oesterreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen - obds, A-1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/3/14, www.sozialarbeit.at, ZVR: 275736079
Redaktion: Mag.FH. DSA Roland Fürst, DSA Gabriele Hardwiger-Bartz, DSA Mag.Rudi Rögner, E-mail: redaktion@sozialarbeit.at
Gestaltung: Werbeagentur Thomas Pirker-Reiner, Bad Sauerbrunn, E-mail: thomas.reiner@aon.at • Fotos: zfg.,
Sekretariat, Anzeigen, Abonennten-Service: Sozialarbeit in Oesterreich, 1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/3/14, Claudia Mehwald, Tel. 01/587 46 56-11; Fax: 01/587 46 56-10; Mo-Do 9-14 Uhr,
E-Mail: sekretariat@sozialarbeit.at. Anzeigen können auch auf unserer Homepage veröffentlicht werden. Wir senden gerne die aktuelle Anzeigenpreisliste zu.
Erscheinung, Preise, Abonnements: SIO erscheint vierteljährlich. Einzelpreis: € 5,70; Jahresabonnement € 18,17 (zzgl. Versand). Abbestellungen bis drei Monate vor Jahresende. Das Abo ist für Mitglieder einer Landesgruppe des OBDS kostenlos.
Information: Über zugesandte Manuskripte freut sich die Redaktion, behält sich aber vor, diese zu redigieren oder abzulehnen. Namentlich gekennzeichnete Artikel müssen nicht der Auffassung der Redaktion entsprechen.
Beilage: Bildungsinitiative - Constanze Zoff, XXXXXX, BUTA2008 - Eigenbeilage

Inhalt

Standards

Editorial
Seite 2

Impressum
Seite 3

OBDS
Seite 4

Magazin
Seite 6-7

Schwerpunkt

Entwicklungen und Potenziale der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit
Karlheinz Ortmann
Seite 8-12

Das Gesundhetswesen auf dem Weg zum Gesundheitssystem?
Christoph Redelsteiner
Seite 14-17

Armut als Gesundheitsrisiko
Erwin Buchinger
Seite 18-19

Sozialarbeit im Kinderspital - Pflicht oder Kür?
Heidi Haas
Seite 20-23

Von Netzwerken und Menschen
Katrin Pollinger
Seite 26-28

Themen/Serie

Zwischen Exklusionsverwaltung und Teilhabesicherung - Die Notwendigkeit einer fachlich-kritischen Neuorientierung Sozialer Arbeit
Josef Bakic, Marc Diebäcker und Elisabeth Hammer
Seite 30

Doktorhut für SozialarbeiterInnen
Seite 31

Das Online-Journal „soziales kapital"
Frederic Fredersdorf
Seite 32-33

Im und gegen den Staat
Kevin Brown
Seite 34-37

Älter werden trotz Methadon
Dagmar Witzerstorfer
Seite 37

News

Veranstaltungen - Tipps
Seite 5

FH-News
Seite 24-25

Infos
Seite 29

Bücher
Seite 39

OBDS-Aktuell

Text: DSA Herbert Paulischin – Geschäftsführer - OBDS

Dieser Ausgabe des SIÖ liegt die zweite Ankündigung für die Bundestagung des OBDS zum Thema „Sozialarbeit hat Recht“ bei. Der Fokus auf die rechtlichen Rahmenbedingungen von Sozialarbeit hat hohe Aktualität:
Neufassung des Jugendwohlfahrtsgesetzes Eigentlich sollten einige Änderungen betreffend Datenschutzbestimmungen in das bestehende Gesetz eingearbeitet werden. Der Fall „Luca“ und die damit losgetretene Mediendebatte veranlasste das Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie, eine umfassende Neuformulierung anzustreben. Der OBDS ist in den drei Arbeitsgruppen (Hilfeplanung/Intervention, Standards und Grundsätze/Zielsetzungen/Strategie) vertreten und leistete substantielle Beiträge zur Entwicklung eines ersten Entwurfs. Der Ausbau der präventiven, auf die Familie und das Lebensumfeld von Kindern abzielenden Hilfen, die Entwicklung von österreichweiten Standards (besonders in Bezug auf personelle Ausstattung und Arbeitspensum) und die konsequente Hilfeorientierung sind Beispiele für die Position des OBDS in diesen Arbeitsgremien. Hohe Zustimmung erhielt der Vorschlag unseres Berufsverbands, die Grundstruktur und Teile des Leistungsangebots der Jugendwohlfahrt in direkte Relation zu den einzelnen Artikeln der Deklaration der Kinderrechte (UNO) zu setzen. Dies wurde als angemessener Weg gesehen, Teile der internationalen Kinderrechte auch im System österreichischer Gesetzgebung zu verankern. Schließlich konnte sich bis heute die Bundesregierung nicht aufraffen, diese Rechte in Verfassungsrang und damit für Individuen einklagbar zu machen.

Gewaltschutzgesetz

Thematisch ebenfalls von großer Bedeutung für die Jugendwohlfahrt ist die geplante Verschärfung der Anzeigepflicht bei Verdacht auf Gewalt/sexuellen Missbrauch. Hier wurde wiederum die fachliche Hilflosigkeit einzelner Proponenten der Anzeigeplicht deutlich, auch aus den Reihen helfender Berufe. Der OBDS verwies in seinen Stellungnahmen auf die dramatischen Auswirkungen, die letztlich Teile des bestehenden Beratungssystems arbeitsunfähig machen würden und auch dazu führen, dass jene Menschen, die Hilfe unter besonderen Bedingungen benötigen, gerade von diesen Hilfen abgeschnitten wären.

Mindestsicherung

Die fortlaufende politische Debatte und daraus folgernde substantielle Verschlechterungen des ursprünglich interessanten Entwurfs lässt die Erwartungen an die Errungenschaften einer wirtschaftlichen Grundsicherung drastisch sinken. Der OBDS koordinierte im Rahmen der Armutskonferenz die Stellungnahmen verschiedener NGO’s und war an der Formulierung eines gemeinsamen Positionspapiers maßgeblich beteiligt.

Europäische Union

Es ist mttlerweile eine Binsenweisheit, dass ein großer Teil nationaler Gesetzgebung durch Richtlinen der EU gelenkt und vorgegeben wird. Dies gilt für den sozialen und sozialplolitischen Bereich ohne Ausnahmen. Die Ablehnung der Europäischen Verfassung (2. Version) durch das Referendum in Irland führt zu einer sehr kritischen Situation in der Entwicklung der Union hin zu einer Gemeinschaft, in der auch soziale Werte und Bürgerrechte neben wirtschaftlichen Interessen Bedeutung erhalten hätten. Das Engagement des OBDS auf europäischer Ebene muss deshalb weiter geführt werden, in den internationalen Netzwerken liegt derzeit die einzige Chance, Rückschritte und Gefährdungen der sozialstaatlichen Grundsätze zu bekämpfen.
Für die Berufsgruppe Sozialarbeit bleibt als wichtigstes Thema das Berufsgesetz. Hier konnte in mehreren Gesprächen eine Politik der kleinen Schritte weiter verfolgt werden. Bleibt zu hoffen, dass der Weg in naher Zukunft zu einem erfolgreichen Ende führt. Die Tagung „Sozialarbeit hat Recht“ ist eine wichtige Station auf diesem Weg.

Veranstaltungen – Tipps

Niederösterreich

Arbeiten mit Patchworkfamilien
Fortbildung mit DSA Martina Kuchler
1.10.2008, 9-15.30, Ort wird noch auf der Homepage bekanntgegeben
Veranstalter: NÖBDS, www.niederoesterreich-sozialarbeit.at, 0664-6402222

„ich störe, also bin ich". Störung des Sozialverhaltens, eine Auseinandersetzung zwischen Individuen, Gesellschaft und Helfersystem
5. Hinterbrühler Symposium
13.-14.11.2008, Hinterbrühl/NÖ
Veranstalter: NÖ Heilpädagogisches Zentrum Hinterbrühl, 02236-2047614, www.noehpz.Symposium2008/Anmeldung.htm

Salzburg

Soziale Mindestsicherung - Mitgestaltung: eine sozialarbeiterische Aufgabe
Tagung, Hauptreferent: Univ.-Prof. Walter Pfeil
17.-18.11.2008, Salzburg, Brunauerzentrum
Näheres: 0676/6450758, Anmeldung@mein-supervisor.at

Tirol

Kongress Essstörungen 2008
16. Internationale wissenschaftliche Tagung
16.–18.10.2008, Alpbach/Tirol
Veranstalter: Österr. Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES), Medizin. Universität Innsbruck, www.netzwerk-essstoerungen.at

Wien

SozialarbeiterInnen haben Recht
Bundestagung des OBDS
23.-25.11.2008, Wien/Adolf Zettel-Bildungszentrum bzw. Rathaus
Veranstalter: OBDS, in Kooperation mit der GdG (Gewerkschaft der Gemeindebediensteten), www.sozialarbeit.at, 01-587 46 56

Deutschland

Consozial 2008
10. Fachmesse und Congress für den Sozialmarkt in Deutschland
5.-6.11.2008, Augsburg
Veranstalter: Bayrisches Sozialministerium, 0049/821-2620336, www.consozial.de

Nachhaltigkeit statt Entprofessionalisierung.
Erster Berufskongress Soziale Arbeit 2008
13.-15.11. 2008, Köln
Veranstalter: Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), Kath. Hochschule NRW, Fachbereich Sozialwesen, www.berufskongress-soziale-arbeit.de, 0049-176/ 2 29 93 24

ÜberLEBEN in Drogenszenen XI
12. Fachtagung zur Praxis akzeptierender Drogenarbeit
17.-19.11.2008, Nürnberg
Veranstalter: Institut für soziale und kulturelle Arbeit Nürnberg, 0049/911-272998-38, www.iska-nuernberg.de

Arge Bildungsmanagement Wien

Postgraduale Masterabschlüsse MBA, MSc & M.A.

Start: Okt./Nov. 2008
Staatlich anerkannt!

MASTER OF ARTS - M.A.

① **Mediation & Konfliktregelung**
Dauer: 3/4 Semester, START: 14. Nov. 2008
+ **Upgrading - M.A.** für ausgebildete MediatorInnen. START: Oktober /November 2008

MASTER OF SCIENCE - MSc

① **Supervision, Coaching & Organisationsentwicklung**
Dauer: 5/6 Semester, START: 07. November 2008
+ **Upgrading - MSc** für ausgebildete SupervisorInnen. Dauer: 1 Semester, START: 14. Nov. 2008

② **Coaching & Organisationsentwicklung**
Dauer: 3/4 Semester, START: 07. November 2008

③ **Psychosoziale Beratung / Lebens- & Sozialberatung**
Dauer: 5/6 Semester, START: 24. Oktober 2008
+ **Upgrading - MSc** für ausgebildete Lebens- & SozialberaterInnen. Dauer: 1 Sem., START: 14. Nov. 2008

④ **Psychotherapie**
Upgrading - MSc für PsychotherapeutInnen.
Dauer: 2 Semester, START: 25. Oktober 2008

MBA - MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION

① **Projektmanagement**
Dauer: 3/4 Semester, START: Herbst 2008

② **Unternehmerisches & Soziales Management**
Dauer: 3/4 Semester, INFOABEND: 14. Nov.2008

NEU **Upgrade MBA - Sozialmanagement**
Für Führungskräfte in Pflege- und Gesundheitsberufen.
Dauer: 2 Semester, INFOABEND: 28. November 2008

③ **Eventmanagement**
Dauer: 3/4 Semester, START: 16. Oktober 2008

Vom BM für Wissenschaft und Forschung (BMWF) akkreditiert bis Dez. 2010.
Nützen Sie diese Chance!

FORDERN SIE DIE AUSFÜHRLICHEN CURRICULA AN!

Arge Bildungsmanagement Wien
Tel.: +43-1/ 263 23 12-0 • Fax: -20
office@bildungsmanagement.at
www.bildungsmanagement.at

arge Wien Bildungsmanagement

bezahlte Anzeige

Magazin

Text: DSA Mag. Ruolf Rögner

Mindestsicherung in der Zielgerade

Die Grundsatzeinigung zwischen Bund und Ländern wurde im April dieses Jahres geschafft. Im Mai lief nun die Begutachtungsfrist ab. Die Vereinbarung gemäß Art 15a der Bundesverfassung zwischen Bund und Ländern könnte demnächst unterschriftsreif sein. Bis Frühjahr 2009 kann die Umsetzung in Gesetzen und Verordnungen erfolgen, sodass das Inkrafttreten mit 1.7.2009 realistisch bleibt.
Für die KritikerInnen ist dieser Schritt eine vertane Chance, da viele notwendige Standards nicht erreicht wurden. Sucht man nach konkreten Verbesserungen, lassen sich einige aufzählen: Anhebung des Richtsatzes auf den Ausgleichszulagenrichtsatz (brutto: 747,- €, netto: 708,90 €), Einbeziehung der BezieherInnen in die Krankenversicherung, Vermögen muss erst ab 6 Monat Bezug verwertet werden und auch dann bleibt ein Freibetrag von 3.500 €.
Aufgrund des Widerstands von Niederösterreich und Vorarlberg musste auf das Herzstück der Reform, das one-desk-Prinzip (AMS-KundInnen erhalten die Richtsatzergänzung gleich beim AMS und müssen dafür nicht eigens zum Sozialamt), verzichtet werden. Eigentlich stellt die neue Mindestsicherung hauptsächlich eine Harmonisierung der Sozialhilfegesetze der neun Länder dar, wie Peter Stanzl, ehemaliger Leiter der Sozialhilfe in Wien, kürzlich bei einer Tagung ausführte. Die Armutskonferenz nennt sie deshalb sogar einen Etikettenschwindel.
Aus Sicht des AMS ergibt sich laut Vorstand Herbert Buchinger ein beachtlicher Mehraufwand. Bei 71 % der AMS-KundInnen liegt die Leistungshöhe unter der Mindestsicherung. Der finanzielle Mehraufwand für das AMS wird auf 200 Mill. geschätzt, jener der Länder wurde vertraglich auf eine Höhe von 50 Mill. € begrenzt, wobei dieser Passus in 2 Jahren neu verhandelt wird.

Näheres: www.armutskonferenz.at
www.bmsk.gv.at

Sozialmärkte auf Expansionskurs

Vor acht Jahren wurde in Linz der erste Sozialmarkt („Soma“) eröffnet, mittlerweile sind 20 Märkte in Betrieb. Als langfristiges Ziel nennt Soma-Obmann Gerhard Steiner 50 bis 100 Standorte in ganz Österreich. Nach dem selben Modell arbeiten auch die Vinzi-Märkte der Grazer Vinzenzgemeinschaft von Pfarrer Wolfgang Pucher. In Wien und in Leibnitz wird demnächst ein neuer Vinzi-Markt eröffnet.
Die Waren kosten maximal ein Drittel des Normalpreises. Die Märkte erhalten sie von Bäckereien, der Industrie und Supermärkten gratis zur Verfügung gestellt. Grund für diese Maßnahme ist, dass diese Produkte bald ablaufen, falsch etikettiert oder leicht beschädigt sind, wobei dieser Schritt immer noch billiger als das Entsorgen ist.
Die Läden stehen allen Menschen mit einer Einkaufsberechtigung offen. Eine solche können jene erhalten, deren Einkommen unter 708 € pro Monat (Netto-Mindestpension) liegt, bei Paaren beträgt die Grenze 1210 €, über eine Einkaufsberechtigung verfügen derzeit 25.000 Personen.

Weiters: www.sozialmarkt.at; www.vinzi.at

Beratungspflicht bei Scheidung und vieles mehr

Im Mai dieses Jahres wurde das neue Familierechtsänderungsgesetz in Begutachtung geschickt, laut Plan soll es noch vor der Sommerpause den Ministerrat passieren und am 1.1.2009 in Kraft treten. Darin ist vorgesehen, dass AlleinerzieherInnen durch ein beschleunigtes Unterhaltsvorschuss-Verfahren schneller zu finanzieller Unterstützung gelangen. Die Rechtssicherheit in Patchwork-Familien wird gestärkt, indem die Stiefelternteile in die Obsorge einbezogen werden.
Weiters kommt eine generelle Beratungspflicht bei Scheidungen. Diese Beratung soll von RechtsanwältInnen, NotarInnen oder einer Familienberatungsstelle durchgeführt werden. Doris Täubel-Weinreich, Vorsitzende der FamilienrichterInnen, begrüßt diese Maßnahme, ebenso DSA Andrea Brem, Geschäftsführerin der Wiener Frauenhäuser. Sie meint, dass gerade von Gewalt betroffene Frauen oft Vereinbarungen zustimmen, die sie benachteiligen. Dies betreffe vor allem Fragen wie Unterhalt, ein gemeinsamer Kredit oder die gemeinsame Obsorge von Kindern.
Justizministerin Berger kündigt diverse Begleitmaßnahmen an. Das Projekt eines Kinderbeistands bei Gericht werde evaluiert, um dann über eine bundesweite Einführung zu entscheiden. Die Fortbildung der FamilienrichterInnen werde verbessert. Seit Jänner dieses Jahres existiere bereits bei allen größeren Staatsanwaltschaften in Österreich ein Pool von StaatsanwältInnen, welche für die spezifischen Erfordernisse bei Fällen von Gewalt in der Familie geschult wurden.

Näheres: www.bmj.gv.at/gesetzesentwuerfe

Zweites Gewaltschutzgesetz

Zeitgleich mit den Änderungen im Familienrecht soll das Gewaltschutzgesetz von 1997, welches mittlerweile für viele Länder Beispiel gebend wurde, novelliert werden. Eingeführt wird ein weiterer Typ von Einstweiliger Verfügung, nämlich „Allgemeiner Schutz vor Gewalt“. Hier kann das Gericht dem Gefährder auferlegen, bestimmte Orte zu meiden, um ein Zusammentreffen mit dem Opfer zu verhindern. Ein Beispiel wäre die Konstellation, dass Jugendliche ein Kind auf einem Spielplatz wiederholt terrorisieren. Beim Geltungsbereich der bereits existierenden Einstweiligen Verfügung „Gewalt in der Familie“ entfällt die Einschränkung auf Familienmitglieder, damit sie auch auf Wohngemeinschaften anwendbar wird. Die maximale Dauer wird von 3 auf 6 Monate erhöht.
Die mittlerweile allgemein bekannten Op-

ferschutzregelungen galten bisher nur im Strafverfahren. Künftig sollen einige von ihnen auch für das Zivilverfahren zur Anwendung kommen, so zum Beispiel die psychosoziale und juristische Prozessbegleitung, die Vernehmung des Opfers außerhalb des Gerichtssaals, die schonende Einvernahme des Opfers (etwa durch Sachverständige) oder der gänzliche Verzicht auf die Aussage, um eine Retraumatisierung zu verhindern.
Im strafrechtlichen Teil des Pakets wird der neue Straftatbestand der beharrlichen Gewaltausübung geschaffen, womit die wiederholte Gewaltanwendung in Beziehungen über einen längeren Zeitraum hindurch gemeint ist. Bei Sexualstraftätern erhält das Gericht die Möglichkeit, die Tilgungsfrist zu verlängern, und mit der Jugendwohlfahrt betraute öffentliche Stellen können in das Strafregister Einschau nehmen.
Neu geschaffen wird eine Anzeigepflicht für alle Personen, deren Fürsorge Minderjährige anvertraut sind, dh. neben Eltern, etwa auch KindergärtnerInnen, SchulärztInnen oder ErzieherInnen. Die bisherige Ausnahme von der Verpflichtung, nämlich das Bestehen eines Vertrauensverhältnisses, entfällt nunmehr. Der obds und ÄrztevertreterInnen kritisieren den Entwurf vehement. Dagegen argumentiert das Justizministerium, dass die Sorgen bezüglich der Belastungen eines Strafverfahrens nicht mehr berechtigt seien, da das Verfahren in den letzten Jahren immer opfergerechter ausgestaltet wurde.

Aus: www.bmj.gv.at/gesetzesentwuerfe

Patenschaften für Jugendliche in schwierigen Phasen

Wer begleitet Jugendliche bei Amtswegen oder Vorsprachen in der Schule, wenn die nötige Unterstützung durch die Eltern fehlt? Für 60 junge Menschen können dies ab 2009 in Rahmen eines Projekts PatInnen übernehmen. Zwei SozialarbeiterInnen des Vereins Zeit!Raum, einer Wiener gemeinwesenorientierten NGO der Kinder- und Jugendarbeit übernehmen die Koordination, die Kinder- und Jugendanwaltschaft sichert die Qualitätsstandards und die Bank Austria sorgt für die finanzielle Unterstützung und hilft bei der Akquisition der PatInnen. Für diese ist eine Einschulung und eine monatliche Intervisionsgruppe ins Auge gefasst.

Näheres: www.gemmasan.at

Ergebnisse der Armutskonferenz

Im März dieses Jahres fand unter dem Thema „Schande Armut“ die 7. Armutskonferenz statt. Vor dem Start der Tagung wurde ein Treffen von Armutsbetroffenen abgehalten. Mittlerweile konnten die Ergebnisse der Konferenz Bundespräsident Fischer überreicht werden.
Situationen, welche öfter als beschämend erlebt werden, kommen vor allem am Sozialamt, am Arbeitsmarktservice, im Gesundheitssystem und in der Schule vor. Für alle diese Bereiche wurden Reformvorschläge zusammengetragen. Sighard Neckel vom Wiener Institut für Soziologie sprach über die Beschämung als soziale Waffe. Sie halte die Menschen klein und rechtfertige die Bloßstellung und Demütigung als von den Beschämten selbst verschuldet.

Aus: www.armutskonferenz.at

SozialhilfebezieherInnen arbeiten als StadthelferInnen

Das Projekt „Stadthelfer“ wurde 2006 vom Sozialamt der Stadt Basel initiiert und wird die dreijährige Pilotphase bald erfolgreich überstanden haben. Hier werden wertvolle Kompetenzen von Langzeitarbeitslosen genützt. Sie sind im Rahmen des Projekts in Organisationen tätig, die mit Freiwilligen arbeiten. Das Engagement erfolgt ohne jeden Druck seitens des Amtes. Es wird finanziell nicht abgegolten, der Nutzen für die Betroffen liegt im Wissen, einen Beitrag zum Funktionieren der Gesellschaft zu leisten. Ein spezielles Ausbildungsseminar für die neuen StadthelferInnen trägt dazu bei, den passenden Einsatzort zu finden. Beispiele sind die Tätigkeit als Köchin bei Arbeitslosen-Treffpunkten oder das Spazierenführen von Hunden des Tierheimes. Ende 2007 waren 64 Männer und Frauen als StadthelferInnen registriert.

Näheres: www.stadthelfer.ch

Tschad-Einsatz als Entwicklungshilfe

Im Rahmen der OECD haben sich Länder verpflichtet 0,51 % ihres Brutto-Nationaleinkommens für die Entwicklungshilfe zu verwenden. In Österreich existiert dafür im Außenministerium ein Kernbudget. Weiters fragt das Außenressort bei allen anderen Ministerien nach, welche Ausgaben nach den OECD-Kriterien noch für dieses Budget angerechnet werden könnten. Dadurch kommen auch Posten wie die Streichung von Schulden armer Staaten und die Betreuungskosten von AsylwerberInnen aus Entwicklungsländern im Inland auf die Liste.
Seit neustem schlägt sich nun auch der Tschad-Einsatz des Bundesheeres mit 25 Mill. € zu Buche. Care, Caritas und Grüne kritisieren diese Praxis. Die ÖFSE (Österreichische Forschungsstelle für Entwicklungshilfe) stellte fest, dass Österreich der eingegangenen Hilfe-Verpflichtung nachkomme, aber leider Spitzenreiter bei der kreativen Berechnung sei, denn nur 41 % des Volumens seien echte Entwicklungshilfe, welche direkt in die Finanzierung von Projekten fließe.

Aus: http://oe1.orf.at

Krankenpflegeverband kritisiert neue Kompetenzen in der 24-Stunden-Pflege

Mit dem Ziel einer praxisgerechteren Regelung für die 24-Stunden-Pflege wurde vom Parlament unter anderem eine Novelle zum Berufsgesetz der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen verabschiedet, welche mit 1.4.2008 in Kraft trat. Franz-Joseph Huainigg, ÖVP-Behindertensprecher, begrüßt die Reform, weil dadurch Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmteres Leben ermöglicht werde. Für gewisse pflegerische Tätigkeiten, etwa Verabreichung von Medikamenten oder das Setzen eines Harnblasenkatheders können nun auch persönliche AssistentInnen oder Betreuungspersonen nach dem Hausbetreuungsgesetz herangezogen werden. Allerdings muss vorher eine Einschulung durch einen Arzt/eine Ärztin oder eine diplomierte Pflegefachkraft erfolgen. Diese Delegation wird befristet ausgesprochen, hat schriftlich zu erfolgen und ist auf den Privathaushalt beschränkt.
Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband kritisiert diese neue Regelung, da Haftungsfragen, Zeitrahmen der Einschulung und Evaluierungskriterien ungeklärt seien. Komplikationen durch nicht fachgerechte Pflegehandlungen seien zu befürchten, deren aufwändige Behandlung würde dann die Kosteneinsparung wieder wettmachen.
Ganz anders beurteilt die Wirtschaftskammer die Entwicklung. Sie freut sich, dass das neue Gewerbe der PersonenbetreuerInnen gut angenommen werde, denn es gab bis Ende Mai 5.650 Anmeldungen.

Weiteres: www.oegkv.at

Entwicklungen und Potenziale der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit

Text: Prof. Dr. Karlheinz Ortmann

1. Einführung

Die gesundheitsbeogene Sozialarbeit nimmt gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland nur eine randständige Position in den Feldern der Gesundheitsversorgung ein. Obwohl nach einer eher optimistischen Schätzung des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH 2008) ein nicht unerheblicher Teil aller Sozialarbeiter[1]I – nämlich etwa 40.000 – im Gesundheitssystem tätig sind, machen sie – bei ca. 4,3 Mio. Beschäftigten (Statistisches Bundesamt Deutschland 2007)- nur knapp 1% aller im Gesundheitssystem vertretenen Berufsgruppen aus. Diese Situation stellt sich in Österreich ähnlich dar. In der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005) herausgegebenen Übersicht über das Gesundheitswesen in Österreich, die auch Angaben über Berufsguppen enthält, wird Sozialarbeit nicht einmal erwähnt.

Die *soziale* Dimension von Gesundheit und Krankheit ist in beiden Gesundheitssystemen nur von geringer Bedeutung und wird dort nicht systematisch bearbeitet. Die Gründe dafür sind vielfältig. Hier soll lediglich ein Aspekt näher beleuchtet werden: Der den Gesundheitssystemen zugrunde liegende Krankheitsbegriff, der das Handeln der Akteure orientiert, ist am sog. biomedizinischen Modell ausgerichtet. Im Mittelpunkt dieses Modells stehen pathogene Vorgänge im menschlichen Organismus. Es wird angenommen, dass Störungen bzw. Defekte der Körperfunktionen durch biochemische und physikalische Vorgänge verursacht werden und entsprechend behandelt werden können. Dieses Modell erweist sich bei der Behandlung akuter Infektionskrankheiten als besonders hilfreich. Hier kann die sog. Biomedizin auch große Erfolge vorweisen. In Bezug auf chronische Erkrankungen und deren multifaktorielle Genese erweist es sich jedoch als zu begrenzt, da mit ihm nur ein Teil der Krankheitsursachen erfasst und bearbeitet werden kann.

Auch die Strukturen und Inhalte der Gesundheitssysteme sind wesentlich durch das biomedizinische Modell geprägt. So ist zu erklären, warum beispielsweise Ärzte, die nach dem biomedizinischen Modell als ExpertInnen für die Behandlung von Krankheiten gelten, darin eine herausragende und machtvolle Position einnehmen und die ärztlich/medizinische Kuration etwa im Vergleich zur Prävention einen außerordentlich hohen Stellenwert hat. Neben den somatischen Aspekten sind im Gesundheitssystem allenfalls noch psychische Aspekte für die Erklärung und Behandlung von Gesundheitsstörungen von Bedeutung. Diese fallen in den Aufgabenbereich von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten. Die sog. Psychosomatik - ein Teilgebiet der Medizin - führt im Vergleich zur somatischen Medizin allerdings eher ein Nischendasein.

Sozialarbeiter – als Fachkräfte für die Bearbeitung sozialer Probleme - erfahren tagtäglich in ihrer Arbeit, in welch hohem Maße z. B. die Arbeitssituation oder Arbeitslosigkeit, Überschuldung, familiäre Probleme, unzureichender Wohnraum oder Einsamkeitsgefühle auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen wirken. Aus den Erfahrungen der Sozialarbeit gibt es keinen Zweifel daran, dass insbesondere sozial verletzliche bzw. verletzte Bevölkerungsgruppen besonders intensive und vielfältige (soziale) Unterstützung auf dem Weg zu mehr Gesundheit benötigen. Bislang ist es jedoch in der Sozialarbeit weitgehend versäumt worden, diese Erfahrungen aufzugreifen und daraus *eigene* – sozialarbeitsspezifische - gesundheitsbezogene Verstehensweisen und Handlungskonzepte zu entwickeln. Für die zukünftige Positionierung gesundheitsbezogener Sozialarbeit wird es darauf ankommen, diese Erfahrungen *im* Gesundheitssystem als Potenziale für die Förderung, Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit in der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen und in guter Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu nutzen. Dazu muss die gesundheitsbezogene Sozialarbeit lernen, nicht mehr neidvoll auf die anderen Professionen und deren Wissen und Können zu blicken. Vielmehr muss sie sich auf *eigenes* Wissen und Können, das lange Jahre von den Wissensbeständen der sog. Bezugswissenschaften überlagert wurde und deshalb von der Sozialarbeit nicht wertgeschätzt werden konnte, besinnen und dieses weiterentwickeln.

2. Die „neue" gesundheitsbezogene Sozialarbeit

Die „neue" gesundheitsorientierte Sozialarbeit versteht sich nicht mehr als „Gehilfin der Medizin", sondern als Profession mit einem *eigenen* Verständnis von Gesundheit und Krankheit und *eigenen* Handlungsmethoden, mit denen sie für mehr Gesundheit in der Bevölkerung sorgen kann. Diese selbstbewusste Sozialarbeit kann sich auf empirische Befunde, Theorien und Konzepte stützen,

von denen die wichtigsten im Folgenden genannt werden.

2.1. Sozialepidemiologische Befunde

Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit sind seit langem bekannt und vielfach empirisch belegt. Hier sollen lediglich exemplarisch einige Ergebnisse aufgeführt werden.

- Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Auf der Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2000 zeigt sich, dass arbeitslose Männer durchgängig mehr Krankenhaustage aufweisen als berufstätige Männer. Besonders deutlich ist der Unterschied im Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen", wo die Anzahl der Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern sechs Mal höher ist, als bei berufstätigen Männern (Robert-Koch-Institut 2003).

- Gesundheit Alleinerziehender

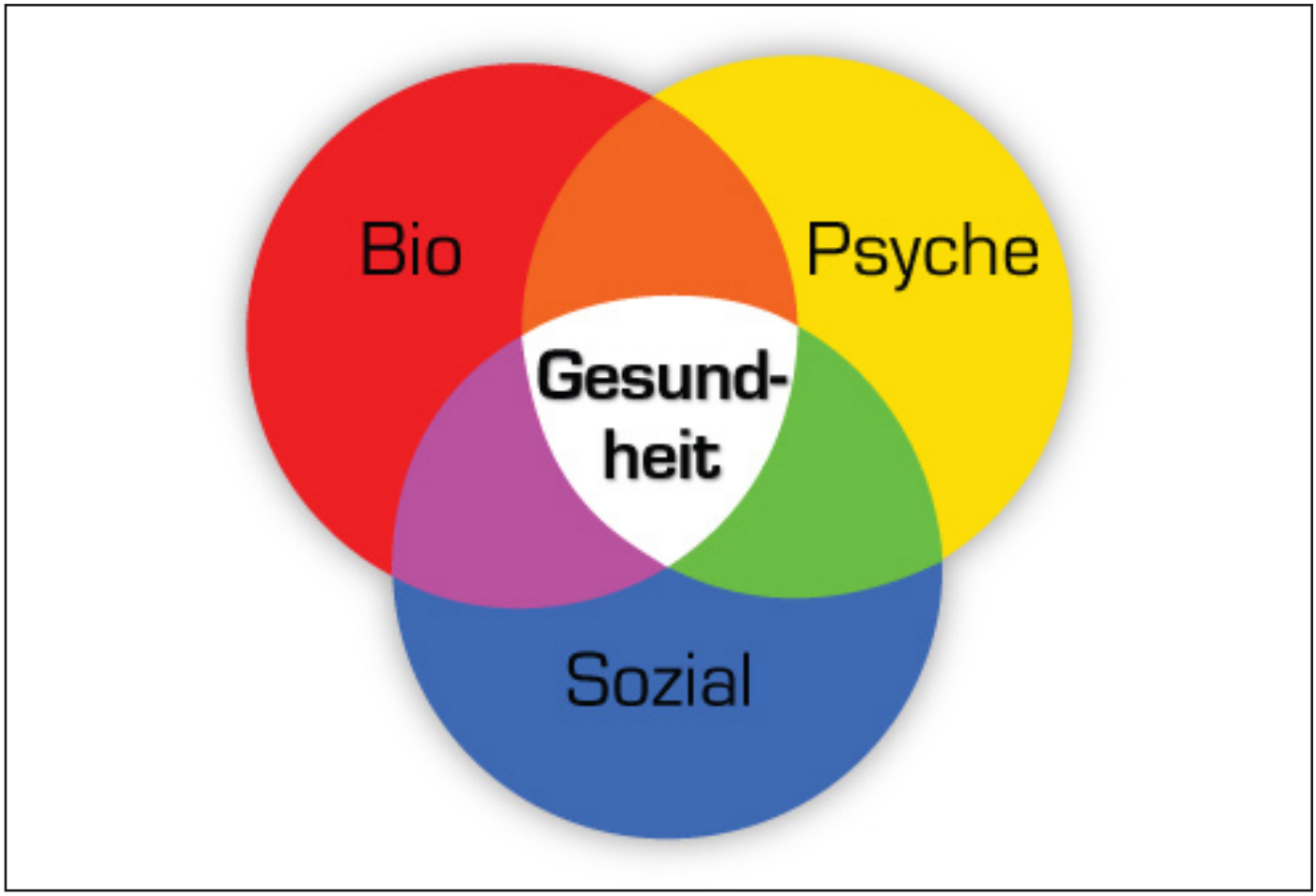
Bei der Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten im Vergleich zwischen alleinerziehenden Müttern und verheirateten Müttern anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys (Robert-Koch-Institut 2003a) zeigen sich bei zahlreichen Erkrankungen signifikante Unterschiede. Besonders auffällig sind diese in Bezug auf die psychischen Erkrankungen, die bei alleinerziehenden Müttern mehr als doppelt so häufig vorkommen.

- Soziale Benachteiligung und Gesundheit

Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit sind ebenfalls durch zahlreiche sozialepidemiologische Untersuchungen empirisch belegt. So haben Menschen in Armut einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Sterblichkeit als nichtarme Bevölkerungsgruppen. Dies gilt für fast alle körperlichen und psychischen Erkrankungen (Ausnahmen sind z.B. Allergien und Brustkrebs). Menschen in Armut zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten (hinsichtlich Rauchen, Ernährung, Bewegung etc.) und beteiligen sich seltener an Vorsorgeuntersuchungen (ausführlich hierzu Mielck 2005).

2.2. Das biopsychosoziale Modell

Als eine Art Gegenentwurf zum biomedizinischen Modell kann das biopsychosoziale Modell (Uexküll und Wesiack 1998) verstanden werden. Im Kern fasst dieses Modell Menschen als biopsychosoziale Einheiten auf. Gesundheitliche Problemlagen lassen sich danach physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander kommunizieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Physiologische Vorgänge können psychosozial wirken und psychosoziale Vorgänge physiologisch. Nach diesem Modell sind die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit potentziell gleichrangig. Krankheit ist grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen.

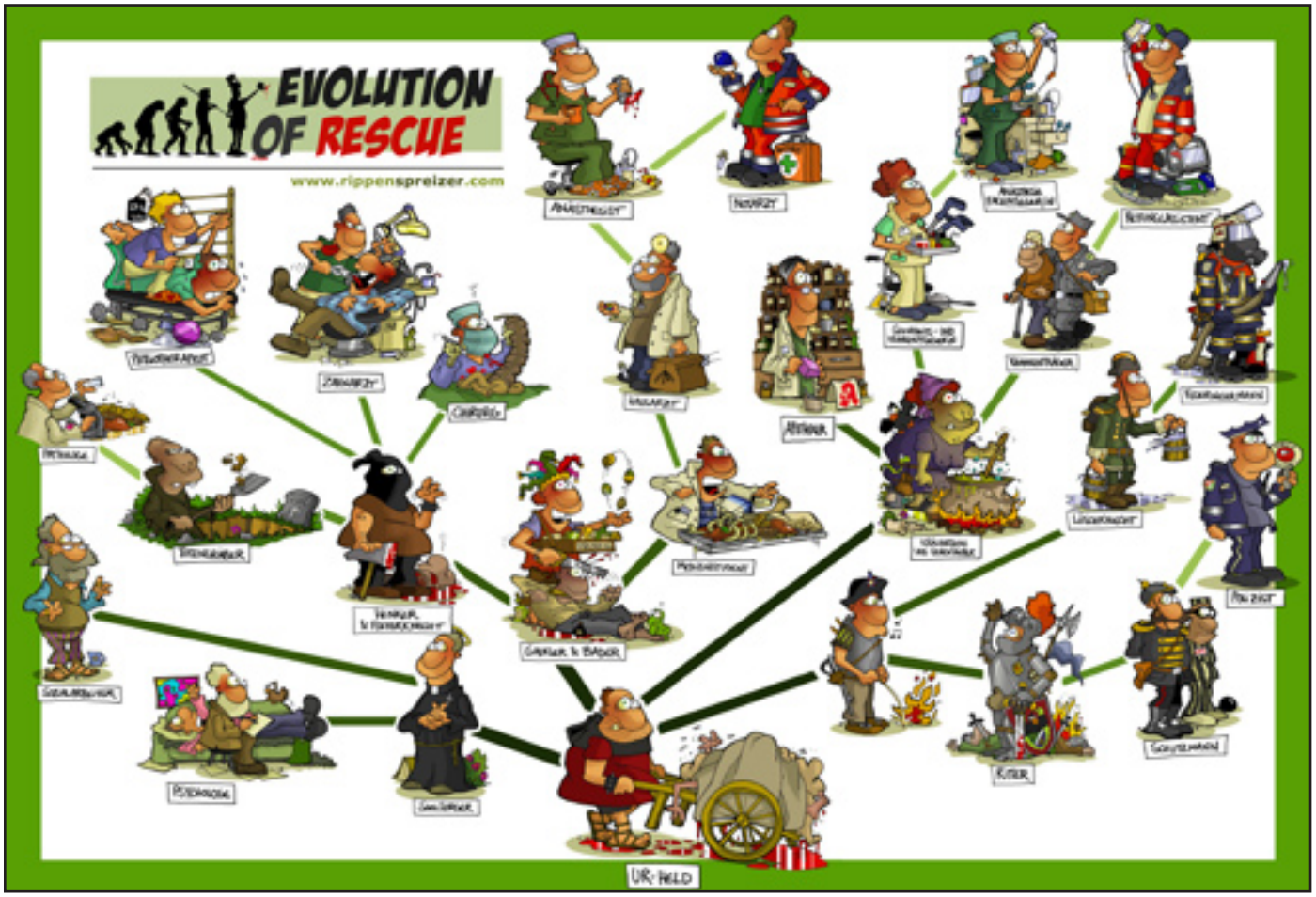


Diese komplexe Sicht- und Verstehensweise hat erhebliche Konsequenzen für die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, an der nach diesem Modell neben Ärzten auch psychosoziale Berufsgruppen zu beteiligen sind. Entsprechend ist nach diesem Modell eine integrative Versorgung und Behandlung anzustreben, die dem bio-psychosozialen Wirkungsgefüge gesundheitlicher Problemlagen Rechnung trägt. Dies wiederum wird Auswirkungen auf Ausbildungen, Berufs- und Tätigkeitsprofile professioneller AkteurInnen im Gesundheitssystem haben und zu strukturellen Änderungen im Gesundheitssystem führen.

2.3. Das Konzept der Sozialen Unterstützung (Social Support)

Im Mittelpunkt der Forschungen und Überlegungen zur Wirkung Sozialer Unterstützung stehen soziale Netze und die sich darin entfaltenden Unterstützungsleistungen. Zu solchen Netzwerken zählen Familien, Freunde und Nachbarschaften ebenso wie kulturelle Gemeinschaften, in denen sich Menschen zusammenfinden. In solchen Netzwerken werden idealerweise in Beziehungen und in Gegenseitigkeit unterschiedlichste Formen und Leistungen sozialer Unterstützung erschlossen und wirksam. Dazu gehören beispielsweise: Informationen (etwa über Hilfemöglichkeiten), Beratungen (etwa bei Problemen und Entscheidungsfindungen), Pflege (etwa bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit), lebenspraktische Hilfen (etwa Reparaturen, Betreuung von Kindern), materielle Hilfen (etwa finanzielle Unterstützung, Sachleistungen) und Geselligkeit (etwa gemeinsame Unternehmungen, Gespräche, Zugehörigkeit zu Vereinen). In Beziehungen, die durch Gegenseitigkeit gekennzeichnet sind, entstehen zudem Gefühle der Zugehörigkeit, der persönlichen Wertschätzung, von Geborgenheit und Orientierung. Auch soziale Kompetenzen werden in solchen Beziehungen erworben. Durch Soziale Unterstützung erhält das Individuum Informationen über sich selbst und über die Situation, in der es sich befindet. Dieser Aspekt der Sozialen Unterstützung ist in Bezug auf das beschriebene biopsychosoziale Modell von großer Wichtigkeit.

Gewährte oder verweigerte Soziale Unterstützung kann direkt auf die Befindlichkeit der Menschen wirken (positiv und negativ). Soziale Netzwerke sind deshalb so bedeutungsvoll, weil Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten. Bisher besteht allerdings noch eine Diskrepanz zwischen den Forschungsergebnissen zur Sozialen Unterstützung und deren Umsetzung in die sozialarbeiterische Praxis. Die Sozialarbeit sollte verstärkt an diese meist grundlegenden Forschungen anknüpfen und sie für die Begründung und Entwicklung sozialarbeiterischer bzw. sozialtherapeutischer Behandlungskonzepte nutzen (Dehmel 2008).



2.4. Das Konzept der Gesundheitsförderung

Im Zuge der Etablierung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland gewinnen Modelle und Konzeptionen, die ausdrücklich auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ausgerichtet sind, wie z. B. das Modell der Salutogenese (Antonowsky 1997) an Bedeutung. An dieser Stelle soll insbesondere auf die Ottawa Charta der WHO Bezug genommen werden, auf die sich die Gesundheitswissenschaften in ihrem Kern beziehen. Diese Charta, aus der sich alle Konzepte zur Gesundheitsförderung ableiten, ist im Wesentlichen als ein *soziales Konzept* für mehr Gesundheit zu verstehen. In ihr gelten Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme, Partizipation und politische Einflussnahme als Schlüssel für Gesundheit. Gesundheitsförderung bezieht sich danach auf alle Lebensbereiche der Menschen sowie alle Politikbereiche und -ebenen in der Gesellschaft. Gesundheitsförderung ist damit nicht die alleinige Sache von Gesundheitsexperten und der Gesundheitspolitik, sondern ein Thema für jeden (hierzu ausführlich Waller 2002).

Das Konzept der Gesundheitsförderung sieht gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltens- bzw. Lebensweisen nicht mehr allein als individuelle (private) Entscheidungen, sondern vor allem in ihrer Verflechtung mit sozialen Bedingungen und Zusammenhängen. Die Verbindungen zwischen den Themen bzw. Fragenstellungen der Gesundheitswissenschaften und denen der Sozialarbeit liegen auf der Hand. Umso bedauerlicher ist es, dass sich beide Fächer gegenseitig zu wenig wahrnehmen und keine Allianz bilden (Ortmann und Schaub 2003).

3. Die Entwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit

Mit der Akzeptanz der vorgestellten Konzepte und Modelle geht eine Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit einher, die zwei Richtungen erkennen lässt.

3.1. Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit formiert sich derzeit als ein neues Fachgebiet der Sozialarbeit in Deutschland und Österreich. Sie ist im Kern als eine eigenständige Fachsozialarbeit zu verstehen, die sich in sozialarbeitsspezifischen Formen der *Behandlung* von sozio-psycho-somatisch zu verstehenden Störungen, Erkrankungen und Behinderungen entfaltet. Der Begriff Behandlung steht in der klinischen Sozialarbeit nicht für *eine* einzige Form therapeutischer Arbeit (etwa analog zur klassischen Psychotherapie). Vielmehr ist mit Behandlung eine Vielfalt von Heran- und Umgehensweisen wie etwa Krisenintervention, Formen Sozialer Unterstützung, Case Management uvm. gemeint, die fallbezogen und flexibel zum Einsatz kommen (Binner und Ortmann 2008). Um den fachlichen Ansprüchen klinischen Denkens und Handelns gerecht werden zu können, bedarf es zusätzlicher Qualifizierung von Sozialarbeitern. Diese geschieht insbesondere in entsprechenden Masterstudiengängen an Fachhochschulen.

3.2. Gesundheitsarbeit im Sozialwesen

Von der klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist die gesundheitsbezogene Sozialarbeit als „Gesundheitsarbeit“ im Sozialwesen zu unterscheiden (Ortmann und Waller 2005). Sozialarbeit als Gesundheitsarbeit ist grundsätzlich in allen Einrichtungen des Sozialwesens möglich und kann in Kindergärten und Schulen ebenso praktiziert werden wie in der Stadtteilarbeit oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Primäres Ziel der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist die Verhinderung bzw. Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Probleme. Gesundheitsarbeit erweitert den Blick von den traditionell im Mittelpunkt der Sozialarbeit stehenden sozialen Problemen der Klienten auf die damit eng verbundenen Probleme von Gesundheit und Krankheit. Gesundheitsarbeit ist daher eher gesundheitsfördernd und präventiv ausgerichtet.

4. Wie es voran geht

Wenn die gesundheitsbezogene Sozialarbeit zukünftig für mehr Gesundheit und Gesundung in der Bevölkerung sorgen will, dann muss sie im Wesentlichen zwei Aspekte berücksichtigen:

- Sie muss erstens mehr als bisher unter Beweis stellen, dass Ihre Hilfeangebote wirksam und effizient sind.
So verdankt beispielsweise die relativ neu in den Leistungskatalog der Krankenkassen in Deutschland aufgenommene ambulante Soziotherapie (SGB V, § 37a) ihre Existenz im Wesentlichen einer evaluierten Praxis, mit der nachgewiesen wurde, dass durch die soziotherapeutische Betreuung Kosten gespart werden.

- Sie muss zweitens ihr fachliches Denken und Handeln besser als bisher begründen und ausweisen können.
Deshalb muss in der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit Forschung vorangebracht werden. Der besondere Gegenstand der Sozialarbeit – soziale Problemlagen - und die Verknüpfung der Sozialarbeit mit humanen Dienstleistungen deuten an, wie *Forschung in der Sozialarbeit* aussehen kann und was ihr Gegenstand ist. Forschung in der Sozialarbeit ist primär als Handlungsforschung (Praxisforschung) zu konzipieren. Ihr Gegenstand ist die Praxis und ihr Ziel ist die Entwicklung bestmöglicher Fachpraxis bzw. Hilfequalität.

Praktiker und Forscher sind aufgefordert, Gelegenheiten zu schaffen, um in einen Dialog zu treten. Die Beteiligten müssen sich darin als gleichwertige Partner respektieren und an gemeinsamen Sinnkonstruktionen zu Problemen und möglichen Lösungen arbeiten. Wenn Forschung und Praxis gemeinsame Fragen stellen und Antworten finden, wird es gelingen, die vielbeklagte Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Sozialarbeit endlich zu verkleinern oder sogar zu überwinden.

Literatur:

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag, Tübingen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0294/CMS1087393358410/das_gesundheitswesen_in_oesterreich_-_2005.pdf (02.05.2008)
DBSH (2008): http://www.dbsh.de/html/eingangsseite.html (02.05.2008)
Dehmel, S. (2008): Klinische Sozialarbeit als professionelle Soziale Unterstützung. In: Ortmann, K.; Röh, D. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven, Freiburg, Lambertus
Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber
Ortmann, K. u. H.-A. Schaub (2003): Zu den Beziehungen zwischen Sozialarbeit und Gesundheitswissenschaften. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Journal of Public Health, Jg. 11, Heft 1, S. 80 – 92
Ortmann, K.; Waller, H. (2005): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Ortmann, K., Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder, Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hohengehren, S. 2 - 16
Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 13, S. 12
Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2003a): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 14, S. 11
Statistisches Bundesamt Deutschland, Pressemitteilung Nr. 028 vom 18.01.2007 http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/01/PD07_028__23621.psml (02.05.2008)
Uexküll, T. von, W. Wesiack (1998): Theorie der Humanmedizin, 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
Waller, H (2002).: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer
WHO: Ottawa Charta, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (03.05.2008)

[1] Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer männliche und weibliche Personen.

Karlheinz Ortmann, Dr. phil., Diplom-Sozialpädagoge, Professor für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, Koordinator des Masterstudiengangs „Klinische Sozialarbeit“
Kontakt:
ortmann@khsb-berlin.de

bezahlte Anzeige

Institut für Mediation,
Identitätsentwicklung und Training

>>> 0732 71 22 22

Mediation für SozialarbeiterInnen
Seit Kain und Abel werden Konflikte auf unterschiedlichste Weise gelöst: man erschlägt den anderen, zieht vor Gericht, rauft sich irgendwie zusammen oder- und das ist seit 1.4.2004 gesetzlich geregelt, nimmt Mediation in Anspruch. MediatorInnen sind damit aufgerufen ihre Qualitäten unter Beweis zu stellen und die Mediationsfälle an Land zu ziehen, wie nachstehendes Beispiel beweist.

Happy End in der Beziehung

Die Hochzeit war super, die Familie wuchs schnell und 2 Kinder kamen dazu. Die Beziehung schien sicher. Übersehen hatten die beiden, dass im Alltag die Bombe tickte. Sie detonierte bei der Geburt des 2. Kindes. Der Vater fühlte sich zur Gänze überfordert, die Mutter zur Gänze vernachlässigt. Er suchte seinen Ausweg im Job und arbeitete sich fast zu Tode, sie suchte ihren Ausweg im Freundeskreis. Der Abstand zueinander verstärkte sich dadurch noch mehr. Er war kaum mehr zuhause, sie fühlte sich einsam und unverstanden. Es dauerte nicht lange und es wurde deutlich, dass sich die Frau neu orientieren wollte und er den Kopf noch mehr in den Sand steckte. Als ihm nach langer Zeit die Frau eröffnete, dass sie die Absicht hatte auszuziehen, und er endlich begriff, dass ihre Ehe am seidenen Faden hing, kam über Umwegen auch eine Familienmediatorin zum Einsatz.

Die Kooperationsbereitschaft der Streitteile für ein Mediationsverfahren wurde in Einzelgesprächen abgeklärt, nahm jeweils 2 Stunden pro Person in Anspruch. Dabei wurden die Voraussetzungen für ein Mediationsverfahren erarbeitet und geklärt.
In der ersten gemeinsamen Mediationssitzung wurden die Details dazu visualisiert, die Themenliste erstellt und der Mediationsauftrag unterfertigt.
Ein Kreativphase war notwendig und die vielen Besprechungs- und Regelungspunkte zu thematisieren, bis die Interessen und die dahinter liegenden Bedürfnisse erarbeitet werden konnten. Neben dem gemeinsamen Interesse einer harmonischen Paarbeziehung waren unter anderem noch Haushaltspläne, Umgangsstile, Aufteilung der Kinderbetreuung, Haushaltsführung und Finanzen, große Themen.
Nach 6 Monaten, wobei in Abständen zu 2 Wochen jeweils zu 2 Stunden gearbeitet wurde und zwischen den Mediationssitzungen bereits einzelne Vereinbarungen auf ihre Praxistauglichkeit geprüft wurden, war die Endvereinbarung fertig.

Kein Happy End - aber ein gutes
Nicht immer steht am Ende der Mediation ein Happy End. Besonders deutlich wird dies bei der Scheidungsmediation. Ihr Ziel ist nicht, dass die Eheleute wieder zusammen finden. Das wäre Aufgabe einer Familienmediation oder Paarberatung. Bei einem unlösbaren Ehekonflikt können aber ähnlich wie vor Gericht die Scheidungsfolgen, was Kinder, Vermögen und ähnliches betrifft, geregelt werden. Der Unterschied zur Auseinandersetzung im Gerichtssaal liegt jedoch darin, dass bei Gericht die Entscheidung durch den Richter erfolgt, in der Mediation indessen durch die Konfliktbeteiligten selbst. Während sich die Regelung bei Gericht am Gesetz orientiert, orientiert sich die Mediation an den zukünftigen Interessen der Beteiligten.

Mediationsgesetz
Seit 2004 gilt das Zivilrechts-Mediations-Gesetz (ZivMediatG) für MediatorInnen. Die Mediatoren sind in Liste der Zivilrechtsmediatoren beim BmfJ eingetragen und genießen einen umfassenden Berufsschutz. Die Rechte und Pflichten der Mediatoren werden ebenso geregelt, wie die Vorteile der Klienten gegenüber dem gerichtlichen Verfahren.

Für die Klienten von SozialarbeiterInnen wird die Familien- und Scheidungsmediation vom Bundesministerium für Soziales, gestaffelt nach dem Einkommen der Klienten und der Anzahl der Kinder gefördert. Dazu ist es notwendig, dass die Mediation von 2 Mediatoren durchgeführt wird und neben dem/der SozialarbeiterIn auch noch ein/e Juristin als MediatorIn mitarbeitet.

Der durch das Familienlastenausgleichsgesetz vorgegebene Stundensatz beträgt pro Person und MediatorIn € 91,00.
Bei einem Familieneinkommen bis Euro 1.900,00 netto und 2 Kindern, betragen z. B. die Kosten für die Mediation derzeit Euro 8,00 pro Stunde. Der Rest auf die € 91,00 wird durch das BMSG gefördert.

Neu ist auch seit 2004, dass die Ausbildungsstellen vom Bundesministerium für Justiz zertifiziert werden müssen. Als einer der wenigen Ausbildungsinstitute, deren TrainerInnen bereits seit 1995 internationale Mediationslehrgänge durchführen, ist das Institut MIT, Mediation Identitätsentwicklung Training in Linz, Hauptstr. 44 zu nennen.(www.mit-linz.at) Die Mediatoren des MIT sind nicht nur anerkannte Mediationsexperten mit langjähriger Erfahrung, sondern geben ihr Wissen auch weiter. Die exquisite und langjährige Mediations- und Trainingserfahrung hat auch dazu geführt, dass MIT Mediationslehrgänge an der Sozialakademie Ried durchgeführt hat.

Mag. Wolfgang Vovsik, Gründer des ÖBM (Österr. Bundesverbandes der Mediatoren) Leiter des Institut MIT:

Mediation lebt vom Vertrauen und der Kooperation der Konfliktbeteiligten. Sie ist daher nur dann sinnvoll, wenn bestimmte Grundbedingungen erfüllt sind. So muss die Mediation freiwillig erfolgen, genügend Verhandlungsanreize bieten, und die Parteien müssen willens sein, sich an das Mediationsergebnis zu binden. Das setzt die Einsicht voraus, dass eine Seite nicht auf Kosten der anderen gewinnen kann, sondern beide Seiten sich von der Durchführung des Mediationsverfahrens einen Gewinn erhoffen dürfen.

www.mit-linz.at, mail: office@mit-linz.at

Institut für Mediation,
Identitätsentwicklung und Training

EFFEKTIVE KONFLIKTREGELUNG MIT STIL
Machen Sie ihren
Master als MediatorIn

Neue Herausforderungen bei Konflikten in Wirtschaft und Familie erfordern Experten mit neuen Ideen. Als MediatorIn regeln Sie Konflikte innovativ, dynamisch und empathisch. Eine Mediationsausbildung am MIT Linz in der Dauer von 3 Semestern bietet dazu die beste Qualifikation.

Nach Abschluss der Ausbildung werden Sie in die öffentliche Liste der Mediatoren beim Bundesministerium für Justiz eingetragen und können damit Mediation nach dem Zivilrechtsmediationsgesetz anbieten.

Unsere Absolventen arbeiten freiberuflich als Mediatoren vor allem im Bereich Wirtschaft und Familie oder positionieren sich in ihrem Beruf für neue Herausforderungen.

Nach Abschluss der Mediationsausbildung können Sie in weiteren 2 Semestern zum Msc (Master of Science in Mediation and Conflictmanagement) graduieren und so ihre akademische Zusatzqualifikation auf höchstem Niveau erwerben.

Unser nächster Lehrgang beginnt im Oktober 2008.
Eine rasche Anmeldung garantiert Ihnen einen sicheren Platz.

Wir sind auch bei den Kosten unschlagbar.
Bei € 4.390,00 für die Mediationsausbildung
können Sie auch noch die Förderungen durch das Bildungskonto des Landes OÖ in Anspruch nehmen.

Informationsabende:

03.07.2008 – Bogner-Bräu, Stadtplatz 47, 5200 Braunau a. Inn, Tel.: 07722/68343
10.09.2008 – Bauböck´s Im Kaiserhof, Marktplatz 5, 4910 Ried i. Innkreis
Tel.: 07752/87300

Informieren Sie sich:
Institut MIT Mediation Identitätsentwicklung Training
www.mit-linz.at
Tel. 0732/712222
mail: office@mit-linz.at

bezahlte Anzeige

Das Gesundheitswesen auf dem Weg zum Gesundheitssystem?

Gedankensplitter zu Entwicklungen - Herausforderungen für die Sozialarbeit

Text: DSA Mag. (FH) Christoph Redelsteiner, MSc

Einleitung

Das Österreichische Gesundheitswesen braucht den internationalen Vergleich nicht zu scheuen. PatientInnen bekommen noch immer eine umfassende Behandlung, die Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen ist in weiten Teilen noch sichergestellt. Schwere Krankheit bedeutet bei uns nicht, wie in vielen anderen Ländern der Erde, Barmittel von 150.000 € aufwärts aufbringen zu müssen. Die Geburt eines Kindes muss nicht mit rund 10.000 € privat an die Klinik bezahlt werden. Trotzdem: PatientInnen, Gesundheitsfachpersonal, Dienstleister und Kostenträger betrachten sich und ihr Gesundheitswesen als schwer krank.

Das Wesen braucht System

Das österreichische Gesundheitswesen hat eine lange Tradition und war in manchen Teilen in Bezug auf Innovation, Zugänglichkeit und handelnden Personen internationaler Vorreiter. Die föderalistische Struktur wirkte als Stärke, mit den vorhandenen Möglichkeiten wurde vor Ort behandelt. Regionale und sektorale Kostenträgersysteme (Gebiets- und Betriebskrankenkassen) sorgten für eine unmittelbare Verwendung der Ressourcen ihrer Beitragszahler. Entsprechend hoch segmentiert und diffus sind auch die Verantwortungen für das Wesen Gesundheit.
Die zunehmende Spezialisierung des Gesundheitswesens, der Zuwachs an Wissen und therapeutischen Möglichkeiten kann aber nunmehr den überwiegenden Teil der BehandlungsexpertInnen dafür nicht mehr „vor der Haustür", sondern in überregionalen Zentren bieten. Größere Einheiten bedeuten aber verstärkte Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben und andere Verantwortungs- und Bezahlstrukturen. Oder etwas dramatischer ausgedrückt: Verschiebungen der wirtschafts- und machtpolitischen Einflussnahmen. Spätestens hier bräuchten die jeweiligen „Verlierer" die Ehrlichkeit, den lokalen Wählern zu sagen, dass ein Spezialzentrum in der 70 km entfernten Stadt, bedingt durch eine höhere Erfahrung, eine bessere medizinische Qualität hat, als ein Team, das in der Bezirksstadt nur ein Viertel der Patientenfrequenz aufweist. Wobei letzteres dabei aber vielleicht ein Mehr an menschlicher Qualität bietet. Die Abgrenzung, welche Leistungen lokal und welche überregional erbracht werden könnten, wäre primär eine fachliche Diskussion, die innerhalb der Gesundheitsberufe zusammen mit Patienten und deren Anwaltschaften geführt werden müsste und danach erst der Politik zur Entscheidung weitergeleitet werden sollte. Die dabei ermittelten Leistungsgrenzen müssten offen, klar und eindeutig kommuniziert werden, entgegen dem bisherigen Modus: „Jederzeit, überall, kostenlos, immer, alle Problemlagen."

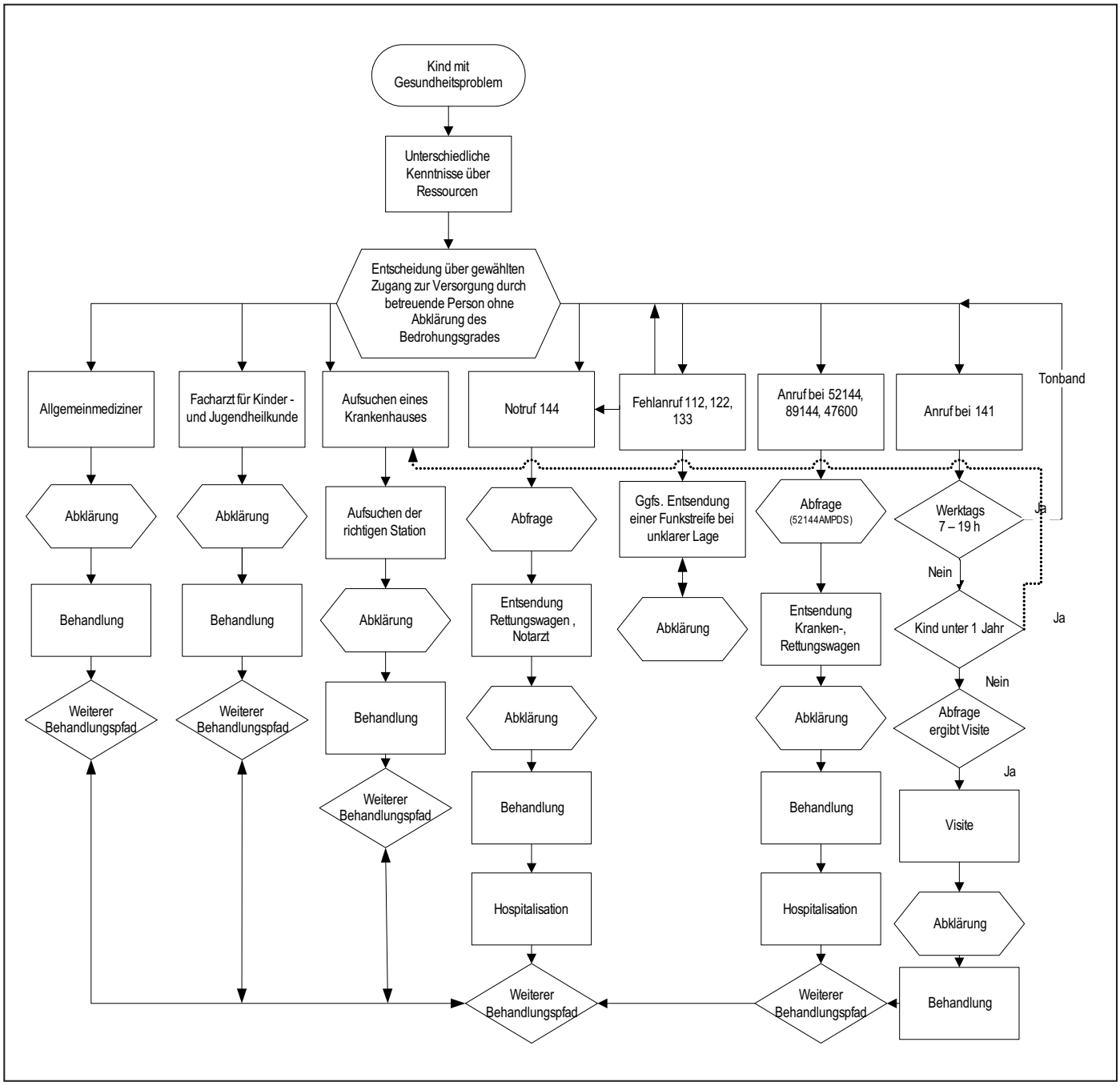
Im Ernstfall wird aber jeweils sehr rasch von den Konfliktparteien mit dem medialem Leichentuch „gewachelt" und auf das „historisch Gewachsene" verwiesen. Somit bleibt das Gesundheitswesen auf der Stufe des „Wesens" – keine geordnete, geplante, zusammengesetzte und vernetzte Einheit – sprich ein Gesundheits*system*.
Dass es tagtäglich trotzdem gut funktioniert ist dem individuellen Engagement der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen zu verdanken, die das „Wesen" durch Umgehung der Regeln, Brechen von Gesetzen, Nichteinhalten von Arbeitszeiten und folglich regelmäßiges Burnout und starker Fluktuation aufrecht erhalten.

Fazit: Das früher starke föderale Gesundheitswesen muss sich nun zu einem nationalen System entwickeln. Der verantwortliche Casemanager für den Patienten „Gesundheitswesen" muss benannt werden.

Auf der Suche nach dem richtigen Zugang – Patientenpfade aus der Sicht der Nutzer. Beispiel: Mein Kind ist krank! Wo ist der Pfadfinder?

Kombiniert man die Struktur und Verfügbarkeit der Gesundheitsinstitutionen, mit der Sicht der mit einem akuten Gesundheitsproblem eines Kindes konfrontierten Person, ergeben sich viele mögliche Pfade, die der Patient beschreiten kann. Als Entscheider und primärer „Gatekeeper" öffnet letztlich, in Ermangelung einer niedrigschwelligen, rasch und rund um die Uhr erreichbaren Einrichtung, die für das Kind verantwortliche Person die jeweilige „Tür" zum Gesundheitswesen. Das nachfolgende Flussdiagramm stellt vereinfacht dar, welche Wege und Irrwege dabei beschritten werden können. Die betreuende Person muss Experte oder treffsicherer Lottospieler sein, um die richtige Ressource zur richtigen Zeit zu aktivieren. Am Beispiel von Wien kann diese Aufgabe wie folgt skizziert werden[1]:

Fazit: Ein zentrales Gatekeeping wird



aus qualitativer und wirtschaftlicher Sicht unumgänglich sein. Das kann ein wieder verstärkt geschulter aktiver und mobiler Hausarzt sein, breiter geschulte SanitäterInnen oder KrankenpflegerInnen in Kombination mit einer (und nur 1er) Clearingstelle.

Spezialisierung und Ausdifferenzierung von Berufen und Tätigkeiten

Frederik Taylor hat als Ingenieur durch die Erfindung des Fließbandes die industrielle Revolution erst möglich gemacht. Der Handwerker, der ein Werkstück vom Design über Produktion bis hin zum Verkauf – mit Stolz und sinnstiftend – produzierte hat, wurde in weiten Bereichen obsolet. Der Arbeitsprozess wurde vertikal auf Personen aufgeteilt, die die einzelnen Schritte der Produktion rascher und meist auch besser durchführen konnten. Ingenieure, Qualitätskontrolleure und Manager wurden vermehrt notwendig, um diese Arbeiter mit eingeschränkter Kompetenz so zu steuern, dass am Ende das gewünschte Ergebnis eingetreten ist.
Das Gesundheitswesen hat diesen industriellen Ansatz scheinbar bedenkenlos übernommen.
Um die Geschwindigkeit und Qualität der PatientInnenversorgung zu erhöhen, wurde die Zahl der „Berufs"gruppen erweitert. Aus Bader, Hexen, Gottesdienern und Pillendrehern wurden Arzt, Hebamme, Krankenschwester, Seelsorger und Pharmazeut. Danach sehr rasch aber ÄrztInnen und Krankenschwestern unterschiedlichster Fach-

richtungen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, CardiotechnikerInnen, MasseurInnen, HeilmasseurInnen, medizinischer Masseur, medizinisch technische Fachkräfte, PflegehelferInnen, DiätologInnen, HeimhelferInnen, Ordinationsgehilfin, Zahnärztliche Assistentinnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, DesinfektionsgehilfInnen, GesundheitspsychologInnen, Biomedizinische AnalytikerInnen, klinische PsychologInnen, … und nicht zuletzt ProsekturgehilfInnen. Alleine für SanitäterInnen gibt es vier unterschiedliche Ausbildungsstufen, zwei davon mit je nach Organisation und Bundesland unterschiedlichem Kompetenzrahmen. Dazu gibt es in den jeweiligen Berufsgruppen noch interne Subspezialisierungen, die von Fachgesellschaften oder Zertifizierungseinrichtungen ausgebildet werden. Insgesamt sind letztlich rund 100 spezialisierte „Berufe“[2] mit unterschiedlicher Expertise und verschiedensten Helferparadigmen in irgendeiner Form diagnostisch und behandelnd im Patientenbetreuungsprozess aktiv. Eindeutiger Koordinator, Dirigent oder Casemanager dieses Betreuungsablaufes ist … niemand. Würde man noch die unterschiedlichen psychotherapeutischen Fachrichtungen, Ausbildungsformen der Alternativmedizin bzw. esoterischer Verfahren dazu rechnen, gäbe es nochmals 100 Expertentypen mehr. Somit stehen 200 Helfer zur Verfügung, teilweise im professionellen und wirtschaftlichen Wettbewerb. Somit dürfte in Summe gesehen genügend Geld im Gesundheitsmarkt vorhanden sein.

Fazit: Für sich betrachtet, ist jede Berufsgruppe vermutlich mit höherem Fachwissen als ihre Quellprofession aktiv. Neben sensationellen Behandlungsleistungen gibt es mangels Koordination basale Versorgungsfehler: Man sieht die PatientInnen vor lauter ExpertInnen nicht.

Akademisierung und Deprofessionalisierung

Die Vielzahl der Gesundheitsfachberufe führt bei den am besten vernetzten und einflussstärksten Berufen zu Akademisierungstendenzen. Wissen muss mehr verschriftlich werden, Forschung ist bedeutsam, Handeln muss evidenzbasiert sein. Intuition als eine Grundlage professionellen Handels entspricht derzeit nicht dem Zeitgeist und lässt sich nicht in einem Studienprotokoll zur weiteren Validierung einfangen. Die Professionalisierung führt zu einer Vertiefung des Expertentums, zu einer Erweiterung des Wissens und sicherlich zu neuen Lösungen. Gleichzeitig fehlt einigen Professionen aber bereits die bezahlbare und patientennah arbeitende zahlenmäßig erforderliche WoMenPower. Die Folge sind vermehrte Kurzausbildungen mit sehr engen Aufgabenfeldern im Rahmen der Patientenversorgung einerseits und die nicht mehr informellen Betreuungssysteme postmonarchistischer Ausprägung; das (il-)legale Hausmädchen aus den Kronländern ist wieder da, nicht immer schlecht professionalisiert und auch bereit, den Kühlschrank vom Eis zu befreien, auch wenn das nicht Teil des Scopes einer Gesundheitsfach-

/fh/// Fachhochschule St. Pölten
www.fhstp.ac.at

Suchtberatung und Prävention
Berufsbegleitender Zertifikatslehrgang, Hochschullehrgang oder Masterlehrgang (Master of Science)

Durch die Zunahme von Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen wächst im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen der Bedarf an Fachpersonal. Dieses soll über medizinische, psychotherapeutische, pädagogische, psychologische und sozialarbeiterische Ausbildung hinaus die Erfordernisse der Suchtberatung und Prävention beherrschen und beim multifaktoriellen Geschehen der Suchtentwicklung möglichst früh wirksame Interventionen auf verschiedenen Stufen setzen.

Start der Lehrgänge:	10. und 11.10.2008
Dauer:	Zertifikatslehrgang: 2 Semester Hochschullehrgang und Masterlehrgang: 4 Semester
Präsenzzeiten:	ca. einmal pro Monat Freitag nachmittag/abend und Samstag ganztägig

Ziel der Lehrgänge ist es, Fähigkeiten und Kenntnisse für einen qualifizierten Umgang mit dieser KlientInnengruppe auszubilden. In den intensiveren Ausbildungsgängen werden außerdem Fähigkeiten zur selbstständigen Weiterentwicklung von Suchtberatung und Prävention, die Qualifizierung für Leitungspositionen, sowie forschungsbezogenes Wissen vermittelt.

Information & Anmeldung
Claudia Lehensteiner
T: +43 (0) 2742/313 228 - 503, E: claudia.lehensteiner@fhstp.ac.at
I: www.fhstp.ac.at/content/weiterbildung/suchtberatung

Weiterbildung

bezahlte Anzeige

kraft ist. Sie hebt die vertikale Arbeitsteilung letztlich wieder auf und wurde im Rahmen der 24 Stunden Betreuung nunmehr legalisiert. So haben sich beispielsweise ÄrztInnen, Hebammen, SozialarbeiterInnen und KrankenpflegerInnen einerseits im oberen Segment erfolgreich (?) akademisiert, parallel wurden aber weitreichende Deprofessionalisierungsschritte umgesetzt, die mittelfristig die akademisierten HelferInnen zu AufseherInnen (Ingenieuren) unterdurchschnittlich professionalisierter HelferInnen oder SachbearbeiterInnen werden lassen.
Das kann ein Schritt zur „sozialindustriellen" Revolution werden.

Chancen für die Sozialarbeit

Die Prozesskoordination erkrankter oder verletzter Menschen wird vermehrt Aufgabe einer eigenen Profession sein und auch zur Schaffung spezieller Planstellen führen. Irgendjemand wird den PatientInnen über die vielen Schnittstellen und ExpertInnen hin begleiten müssen.
Als Türöffner werden sich zentrale Clearingstellen ausprägen, die rund um die Uhr für Anfragen sozialer und medizinischer Natur zur Verfügung stehen, Anamnesen erheben, erste Diagnosen stellen, akute medizinische und psychosoziale Krisen mit raschen Hilfsmittel versorgen und nicht zeitkritische Probleme zu den geeigneten Ressourcen lenken. Diese Türöffner werden auch unangenehme Türsteherfunktionen haben und manchen keinen Einlass in das System gewähren.
Im Betreuungsverlauf werden CasemanagerInnen zum Einsatz kommen. Diese werden einerseits bei Kostenträgern arbeiten und aus finanzieller und qualitativer Sicht insbesondere komplexe Betreuungsabläufe steuern. Andererseits werden sie in Behandlungseinrichtungen organisationsübergreifend tätig werden.

Niedergelassene Ärzte, Dipl. Krankenpflegepersonal und SozialarbeiterInnen sind drei mögliche Professionen die gemeinsam oder einzeln diese Funktionen wahrnehmen könnten. Keiner der drei Berufe bringt derzeit sämtliche erforderlichen diagnostischen, medizinischen, psychosozialen, juristischen, wirtschaftlichen und Managementkompetenzen in ausreichendem Maße mit. SozialarbeiterInnen haben aber durch die generalisierte Ausbildung, den breiten bio-psychosozialen Zugang und die langjährige Erfahrung mit multiplen und widersprüchlichen Mandatschaften zweifelsfrei derzeit die besseren Voraussetzungen. Diese wären aber jedenfalls noch um Prozessmanagementfähigkeit und wirtschaftliche Kompetenzen zu erweitern. Die Chance der Sozialarbeit liegt gerade in der Despezialisierung, nicht immer in der ersten Reihe am Bett des Patienten, aber in einer anwaltschaftlichen, überblickenden und ganzheitlich denkenden Position….als bio-psychosozialer „Ingenieur"??

---

[1] Abbildung: Redelsteiner, C. Die präklinische Akut- und Notfallversorgung pädiatrischer Patienten in Wien. Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten 2006

[2] Einige dieser „Berufe" sind als Tätigkeiten mit engem Kompetenzrahmen, kurzer Ausbildung ohne breitem (Aus-) bildungsanspruch zu betrachten.

bezahlte Anzeige

Christoph Redelsteiner ist Leiter Rettungsdienst Wiener Rotes Kreuz, Lektor am Studiengang Sozialarbeit St. Pölten und Fachwissenschaftlicher Leiter des Universitätslehrganges Rettungsdienstmanagement der Donau Universität

Armut als Gesundheitsrisiko

Text: BM Dr. Erwin Buchinger

Der empirische Befund ist eindeutig: Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armutsgefährdung. Das beweisen zahlreiche Untersuchungen und Analysen.

Einen Hinweis liefert die in der EU einheitliche Erhebung, die auch einen Vergleich innerhalb der Mitgliedsstaaten schafft. So liegt die Armutsgefährdungsquote der nicht chronisch Kranken im Jahr bei 11%, während sie bei chronisch kranken Menschen 20% beträgt.

Auch eine andere Studie von Statistik Austria aus dem Jahr 2003 belegt, dass ärmere Menschen überproportional Gesundheitsrisken ausgesetzt sind. In dieser Erhebung geben armutsgefährdete Personen gegenüber Personen mit höheren Einkommen um ein Viertel bis ein Drittel mehr Gesundheitsbeschwerden an.

Interessant ist, dass nicht nur bei körperlichen Beeinträchtigungen (Gelenks-, Muskel-, Rücken- und Kreuzschmerzen) sondern in noch stärkerem Ausmaß bei psychischen Beschwerden schichtspezifische Unterschiede besonders ausgeprägt sind. Kinder aus armutsgefährdeten Familien (9%) haben in einem dreifach stärkerem Ausmaß als Kinder aus einkommensstärkeren Haushalten (3%) regelmäßige Schlafstörungen und auch in einem bedeutend höheren Ausmaß regelmäßig Kopfschmerzen (11%). Diese Unterschiede zeigen sich auch deutlich im Erwerbs- und im Pensionsalter.

Keine Klassenmedizin

Diese Studie kommt aber auch zum Schluss, dass in Österreich insgesamt keinesfalls eine Klassenmedizin besteht.

Hinsichtlich des Zieles, allen Menschen unabhängig von ihren Einkommen einen gleichen Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist dem österreichischen Gesundheitssystem ein positives Zeugnis auszustellen. Abgesehen von bestimmten Facharztgruppen sind bei ärmeren Menschen keine Nachteile zu beobachten. Sie suchen öfter Allgemeinärzte und Spitäler als einkommensstärkere Gruppen auf und sie nehmen im Durchschnitt mehr Medikamente ein. Die höhere Inanspruchnahme dieser Gesundheitsangebote geht mit der höheren Zahl an Beschwerden einher. Auch die Wegzeit zu den Gesundheitseinrichtungen und die Wartezeiten bei den Behandlungen im ambulanten Bereich unterscheiden sich nicht nach schichtspezifischen Kriterien.

Eine geringere Inanspruchnahme ist jedoch bei Fachärzten festzustellen. Eltern aus einkommensschwachen Familien suchen seltener Kinderärzte auf. Dies ist insofern bedenklich, weil Kinder aus diesen Familien überproportional viele Beschwerden (v.a. mit psychischen Komponenten) haben. Weiters sind starke schichtspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen v.a. bei Kindern und älteren Menschen feststellbar.

Armut mindert die Lebenserwartung

Ein wesentlicher Indikator für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung sind die unterschiedlichen schichtspezifischen Chancen, ein gewisses Lebensalter zu erreichen. Auswertungen der Sterbefalldaten 2001/2002 mit der Volkszählung 2001 zeigen, dass die Mortalität mit steigender Bildung, also mit steigendem Einkommen, abnimmt. 63% der Akademiker, aber nur 42% der Pflichtschulabsolventen erreichen das 80igste Lebensalter. Die Wahrscheinlichkeit für Frauen, 80 Jahre alt zu werden, liegt für Akademikerinnen bei 75%, für Pflichtschulabsolventinnen bei 65%.

Soziale Arbeit hat Bewältigung sozialer Probleme zum Gegenstand. Als soziale Problemkategorien sind Krankheit, Behinderung sowie die damit häufig einhergehende Invalidisierung mit ihren Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft längst erkannt. Hier kann die Tätigkeit der SozialarbeiterInnen durch die Stabilisierung sozialer Ressourcen entscheidend zu einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens beitragen.

Sozialpolitik reduziert Armut

Zur Vermeidung von Zugangsbarrieren und um die finanzielle Belastung vor allem für chronisch kranke und mehrfach erkrankte Menschen in Grenzen zu halten, wurde mit dem Jahr 2008 eine Obergrenze bei der Rezeptgebühr in Höhe von 2% des Einkommens der betreffenden Person festgelegt (ist die 2%-Grenze erreicht, ist für das restliche Jahr keine Rezeptgebühr mehr zu bezahlen). Diese Deckelung der Rezeptgebühren gilt unabhängig von der automatischen Rezeptgebührenbefreiung für BezieherInnen einer Ausgleichszulage bzw. für Personen mit geringem Einkommen (derzeit bis 747 Euro pro Monat), die

sich auf Antrag von der Rezeptgebühr befreien lassen können. Ermöglicht wird diese neue Sozialleistung durch ein eigenes Rezeptgebühren-Konto, welches von der Sozialversicherung geführt wird.

Weiters wird eine vollständige Einbeziehung aller Menschen in die Krankenversicherung in die Wege geleitet. In Österreich sind derzeit 98,5% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Durch die geplante Einbeziehung bisher nicht krankenversicherter LeistungsbezieherInnen in die gesetzliche Krankenversicherung (vor allem SozialhilfebezieherInnen sind davon betroffen) soll der uneingeschränkte Zugang zu medizinischen Leistungen gewährleistet werden. Die Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsmaßnahmen (wie z.B. Gesundenuntersuchungen) und eine frühzeitige Behandlung sollen für die Zielgruppe durch diese Maßnahme wesentlich erleichtert werden. Diese Personen sollen auch eine E-Card erhalten und stigmatisierende Sozialhilfekrankenscheine somit der Vergangenheit angehören.

Um das Gesundheitssystem auch weiterhin finanzieren zu können, wurde ein Konzept zur nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Krankenversicherung von den Sozialpartnern (Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung) erarbeitet und der Bundesregierung übergeben. Auf Basis des Konzeptes und Gesprächsergebnissen mit den wesentlichen AkteurInnen im Gesundheitswesen sollen weitere Schritte der Gesundheitsreform umgesetzt werden.

Im September des Vorjahres wurde eine Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Reform des Invaliditätspensionsrechts eingesetzt. Handlungsbedarf besteht vor allem in den Bereichen aktive Arbeitsmarktpolitik, Berufsschutz sowie Prävention und Rehabilitation. Bei dieser Neuordnung sind Ungleichbehandlungen kritisch zu überprüfen, wie sie etwa zwischen ungelernten und qualifizierten Arbeitskräften oder Bauern und Gewerbetreibenden in Bezug auf den Berufsschutz bestehen; eine zweite Zielsetzung ist die Umorientierung des bisherigen reaktiven und passiven Invaliditätspensionssystems in ein präventives und aktiv orientiertes.

Eine Neuordnung des Systems ist nicht aus Gründen des fälschlich oft zitierten „Schlupfloches“ beim Pensionszugang notwendig, sondern wegen nachstehender Fakten, die einen dringenden Handlungsbedarf signalisieren: Männer beziehen knapp zehn Jahre vor dem normalen Pensionsantrittsalter eine Invaliditätspension, Frauen sechs Jahre früher. Die Bezugsdauer ist jedoch fast gleich, da männliche Invaliditätspensionisten um rund neun Jahre und weibliche um sechs Jahre früher sterben. Die Menschen sind also gesundheitlich schwer beeinträchtigt. Mit drei Schwerpunkten soll für diese Menschen eine bessere Perspektive geschaffen werden: Wir brauchen einen massiven Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung, einen deutlich verbesserten Zugang zu den Leistungen der Rehabilitation und eine viel bessere Abstimmung mit der aktiven Arbeitsmarktpolitik.

Gesellschaftlicher Wandel bedingt eine Modernisierung des Sozialrechts. Die Neuordnung des Invaliditätspensionsrechts soll und wird den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und den gesellschaftlichen Erfordernissen entsprechen.

Sozialpolitik schafft sozialen Zusammenhang

Die Sozialpolitik leistet einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung und Vermeidung von Armut, schafft die Voraussetzungen für den sozialen Zusammenhalt durch Abdeckung vielfältiger Risken, Einkommenssicherheit und gesellschaftliche Teilhabemöglichkeit und für die Bewältigung des ökonomischen, gesellschaftlichen und demografischen Wandels.

Wir wenden 29% unseres BIP für Sozialschutzausgaben auf. Die Treffsicherheit der Sozialleistungen dokumentiert die Tatsache, dass ohne diese rd. 43% unserer Bevölkerung armutsgefährdet wäre, unter Einrechnung der Sozialleistungen sind es 12%.

Mein Ziel als Sozialminister ist es, die Sozialpolitik verstärkt zur Festigung des sozialen Zusammenhalts weiterzuentwickeln und erweiterte Handlungsoptionen für die Bevölkerung bei der Gestaltung der Zukunft zu schaffen. Sozialpolitik ist dann erfolgreich, wenn sie soziale Ausgrenzung verhindert und bekämpft und gleichzeitig wirtschaftliche und gesellschaftliche Dynamik fördert. Die in Ausführung des sozialpolitischen Programmes der Bundesregierung abgeschlossenen bzw. vor der Umsetzung stehenden Projekte zielen genau darauf ab, wie z.B. die bedarfsorientierte Mindestsicherung, der verbesserte arbeits- und sozialrechtliche Schutz bisher unzureichend geschützter erwerbstätiger Personen, zusätzliche Hilfen bei der Pflegevorsorge oder das bevorstehende Vorziehen der Pensionsanpassung um zwei Monate.

Sozialarbeit im Kinderspital - Pflicht oder Kür?

Text: Heidi Haas

Im vergangenen Jahr ist die Sozialarbeit im Bereich der Jugendwohlfahrt immer wieder ins Kreuzfeuer der Kritik geraten. Durch Fälle von Kindesmisshandlungen und Verwahrlosungen, einige mit dramatischem Ende, kam es medial zur Suche von Schuldigen. Es werden schockierende Fotos gezeigt, Einrichtungen angeprangert, und im Endeffekt wird, wie so oft, den zuständigen SozialarbeiterInnen der „schwarze Peter" zugeschoben, weil diese nicht richtig oder schnell genug gehandelt hätten. Niemand fragt jedoch, ob die Rahmenbedingungen, in welchen Sozialarbeit in Österreich stattfindet oder der Handlungsspielraum der ProfessionistInnen es überhaupt zulassen, angemessen zu reagieren.

Die Krise ist hausgemacht, die Rahmenbedingungen stimmen nicht mehr.

Zum einen wird mehr Effizienz und Prävention vom der Jugendwohlfahrt gefordert, aber das Personal an den Jugendämtern steht der steigenden Zahl von Gefährdungsmeldungen mit ungenügenden personellen und zeitlichen Ressourcen gegenüber. Laut Personalvertreter Georg Dimitz stieg die Zahl in Wien zwischen 2005 und 2006 um 13% von 10.000 auf 11.500 an, die notwendige personelle Aufstockung blieb jedoch aus (vgl. Dimitz 2007).
Auf der anderen Seite fehlen die SozialarbeiterInnen als wichtige Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Jugendwohlfahrt in den Kinderspitälern seit über vier Jahren komplett, da sie mit 01.01.2004 aus allen Wiener Kinderkliniken abgezogen wurden und der Klinikverbindungsdienst durch die MA 11 unter der damals zuständigen Gesundheitsstadträtin Grete Laska ebenfalls aufgelöst wurde.

Es gehöre nicht zu den Kernaufgaben der Jugendwohlfahrt, Erhebungen bezüglich der sozialen Situation und des Lebensumfeldes der Familie der kranken Kinder durchzuführen oder Information über finanzielle Unterstützungen zu geben, hieß es und daher sollten die SozialarbeiterInnen vom Krankenhaus selbst beschäftigt werden (vgl. Kontrollamt Wien 2004: 39ff). Der Krankenanstaltenverbund sah die Schaffung derartiger Posten jedoch ebenfalls nicht als seine Aufgabe an.

Somit steht die Sozialarbeit zwischen zwei Finanzierungssystemen, dem Gesundheitswesen und der Jugendwohlfahrt, von welchen sich bis heute keines für die Finanzierung derselben in Wiens Kinderkliniken zuständig fühlt.

Vergebliche Rufe nach Wiedereinsetzung der SozialarbeiterInnen.

Um auf diese untragbare Situation hinzuweisen, wurde die „Plattform Sozialarbeit im Kinderbereich der Stadt Wien" unter der Leitung von OA. Dr. Novak gebildet. Dieser Plattform gehörten unter anderem die Vorstände aller Wiener Kinderkrankenhäuser und –abteilungen an, sowie MitarbeiterInnen der Wiener Kinderschutzgruppen und die Beauftragte für Kinder- und Jugendlichengesundheit der Stadt Wien.
Es wurde seitens der Plattform und durch die Kinderschutzgruppe des Donauspitals über fast drei Jahre hinweg versucht, die Wiedereinsetzung von SozialarbeiterInnen zu erwirken. Die Kontaktaufnahme mit den zuständigen StadträtInnen, dem Direktor des Krankenanstaltenverbundes und der Leiterin der Teilunternehmung Krankenanstalten blieb ohne Erfolg.

Die Plattform bezeichnete den Abzug der Berufsgruppe als einen nicht hinnehmbaren Qualitätsverlust in der medizinisch-psychosozialen Betreuung der Kinder, der nicht zu verantworten sei (vgl. Plattform 2005). Mit Nachdruck wurde auch darauf hingewiesen, dass deren Arbeit, im Besonderen *„die sozialarbeiterische Wahrnehmung in Bezug auf das Erkennen von potentiellen Gewaltmilieus von Kindern, die wegen vermeintlich anderer Gründe im Krankenhaus sind, nicht ersetzbar ist"* (KSG DSP 2006: 1). Auch im „Kontrollamtsbericht der Stadt Wien über die Prüfung des Bereichs Eltern, Säuglinge, Kleinkinder der MA 11" aus dem Jahr 2004 wurde empfohlen, den Verbindungsdienst zu den Kinderspitälern wieder aufzunehmen, um das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu wahren (Kontrollamt Wien 2004: 38f).

Der politische Wille fehlt bislang.

All diese Empfehlungen wurden ebenso ignoriert wie der im Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 verankerte *„Verbindungsdienst zu medizinischen Einrichtungen"* (WrJWG 1990: 6) und die Forderung nach SozialarbeiterInnen in Krankenhausteams, die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 niedergeschrieben ist.

Präventive und ganzheitliche Ansätze machen die Sozialarbeit im Krankenhaus so wichtig.

Krankenhaussozialarbeit stellt einen speziellen Zweig der Sozialarbeit im Gesundheitswesen dar und beinhaltet die fachlich qualifizierte Hilfe bei persönlichen, seelischen, sozialen, familiären, finanziellen und beruflichen Problemen, die sich bei kranken Menschen und deren Familien einstellen können. Somit ist neben ärztlicher auch kompetente psychosoziale Hilfe unabdingbar, um die ganzheitliche Versorgung der Patientinnen zu gewährleisten.

Diese soziale Komponente ist in der hoch spezialisierten Apparatemedizin etwas abhanden gekommen und auch der engen Verflochtenheit von gesundheitlichen Parametern und soziokulturellen Variablen wie Armut und Arbeitslosigkeit wird, obwohl diese bekannt sind, nicht immer genug Aufmerksamkeit geschenkt.

Wären SozialarbeiterInnen vor Ort und in den Klinikalltag eingebunden, könnten sie – komplementär zum schulmedizinischen Handeln - diese soziale Dimension von Krankheit bearbeiten. Zusätzlich wäre effektive Präventionsarbeit möglich durch die rasche und unkomplizierte Möglichkeit, sich mit den SozialarbeiterInnen auszutauschen, wenn es Verdachtsmomente für Vernachlässigung oder Misshandlung gibt, Jugendliche in Krisensituationen Beratung brauchen oder eine rasche Klärung der sozialen Situation der Familie notwendig ist.

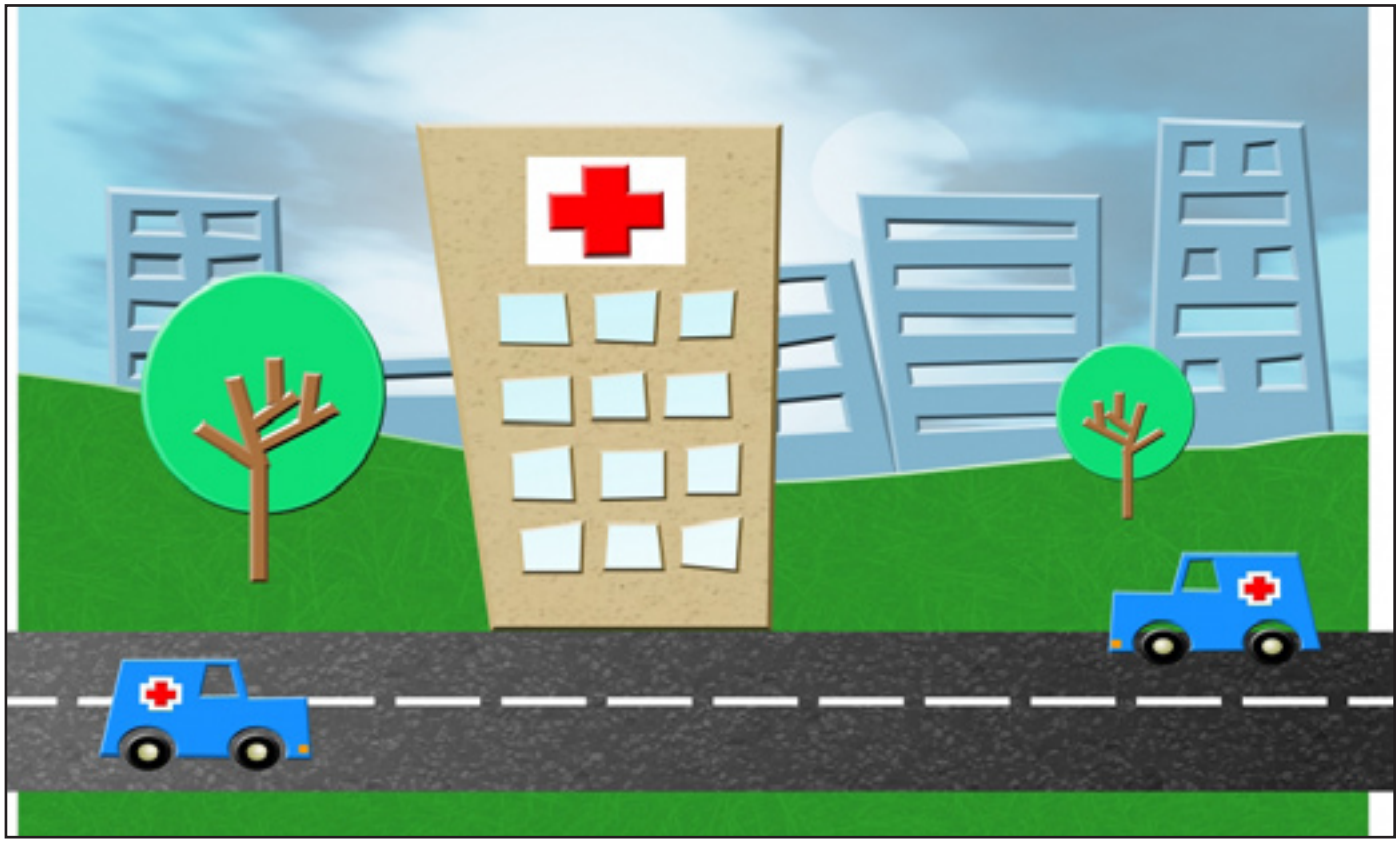
Nicht zuletzt ist die schon erwähnte „sozialarbeiterische Wahrnehmung" von großer Bedeutung - speziell für die präventive Arbeit. Es geht dabei nicht um die offensichtlichen Misshandlungen, die ohnehin dem Jugendamt gemeldet werden, *„es sind vielmehr die ersten Anzeichen im Vorfeld eines gewalttätigen Übergriffs, wie eine familiäre Überlastung und Überforderung, die im stationären Alltag oft beobachtet werden können"*(KSG DSP 2004: 1).

Eine Untersuchung von Studierenden der Sozialarbeit belegt die Qualitätseinbußen.

Um die Thematik erneut aufzugreifen, hat eine Gruppe von Studentinnen der Sozialarbeit am FH-Campus Wien im Rahmen der Lehrveranstaltung „Projektstudium" im Frühjahr 2007 dazu eine Untersuchung durchgeführt, welche anschließend vorgestellt wird.

Das Forschungsprojekt: „Quo vadis, Krankenhaussozialarbeit? Über den Abzug von SozialarbeiterInnen aus der AKH Kinderklinik." (Haas et al.2007)

Im Mittelpunkt stand die Frage „Gibt es in der Kinderklinik des AKH Wien einen Bedarf an Krankenhaussozialarbeit und in welchen Bereichen ist das Fehlen dieser am stärksten zu bemängeln?
Eine quantitativ beschreibende Forschungsstrategie wurde gewählt und daher fiel die Wahl bezüglich der Erhebungsmethode auf einen Dokumentationsbogen, der gut dafür geeignet erschien, die notwendigen Daten zu



erheben. Im Anschluss erfolgte eine statistische Auswertung aller Bögen.

Drei Bereiche der Kinderklinik erklärten sich zur Zusammenarbeit bereit. Befragt wurden die dort tätigen ÄrztInnen, PsychologInnen und das Pflegepersonal, da diese am meisten durch das Fehlen der Sozialarbeit betroffen waren. Sie waren dazu aufgefordert, über einen Zeitraum von sechs Wochen die Erfüllung genuin sozialarbeiterischer Tätigkeiten zu dokumentieren.
Der Bogen war in sechs große Themenbereiche gegliedert wie zum Beispiel „Gewalt in der Familie“ oder „Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern“. Zu jedem Thema wurden sozialarbeiterische Arbeitsschritte aufgelistet wie etwa „Abklärung von Verdachtsmomenten“, „Gespräche mit Betroffenen“ oder „Informationsaustausch mit dem Jugendamt“.
Das Klinikpersonal sollte sowohl angeben, welche Schritte sie erledigen konnten, als auch, welche unerledigt blieben, beziehungsweise wo die Hilfe der Sozialarbeit notwendig und wünschenswert gewesen wäre. Auch der Zeitaufwand für die erledigten Aufgaben wurde dokumentiert.

Ergebnisse

Die Auswertung hat gezeigt, dass in der momentanen Situation alle befragten Berufsgruppen Tätigkeiten übernehmen müssen, die eindeutig in den Bereich der Sozialarbeit fallen. In den sechs Wochen des Beobachtungszeitraumes waren es konkret 146 Arbeitsschritte, die durchgeführt wurden. Das Ausführen der berufsfremden Tätigkeiten hat umgerechnet 11,6 Stunden pro Woche eingenommen.

Die Ergebnisse haben aber auch sichtbar gemacht, dass 269 Arbeitsschritte aus verschiedensten Gründen nicht ausgeführt werden konnten und die Hilfe von SozialarbeiterInnen vor Ort fehlte. Durch die zeitliche Umrechnung konnte daher ein Bedarf an Sozialarbeit von 26,2 Wochenstunden errechnet werden.

Addiert man die vom Klinikpersonal aufgebrachte Arbeitszeit von 11,6 Stunden mit den fehlenden 26,2 Sozialarbeitsstunden, so ergibt sich eine knappe 38 Stunden Woche, was einer Vollzeitstelle gleich kommen würde. Dabei muss bedacht werden, dass hier nur ein kleiner Teil der Kinderklinik beforscht wurde und man auf einen weitaus höheren Bedarf schließen könnte, wäre die gesamte Klinik in die Untersuchung einbezogen worden.

Was fehlt im Speziellen?

In drei Situationen ergab sich ein auffälliger Mangel:

Erstens wurde der Punkt „Führung von sozialarbeiterischen Beratungs- und Verhandlungsgesprächen“ vom Personal in Bezug auf alle Themenbereiche häufig als „wünschenswert“ dokumentiert. Die MitarbeiterInnen haben weder die zeitlichen Ressourcen, noch die notwendige Ausbildung, um sozialarbeiterische Gespräche mit Betroffenen oder Angehörigen zu führen.
Zweitens: Ähnlich ist die Lage bezüglich der „Unterstützung bei der Ressourcenbeschaffung“. Das Krankenhauspersonal kann sich nicht um die finanzielle und soziale Absicherung der PatientInnen und Angehörigen kümmern wie zum Beispiel Anspruchsberechtigungen abzuklären oder Anträge stellen. Speziell diese administrativen und organisatorischen Arbeitsschritte bleiben fast zur Gänze unerledigt.

Drittens kristallisierte sich heraus, dass der Informationsaustausch mit dem Jugendamt nur unzureichend abgedeckt werden konnte. Hier kann das Fehlen der Sozialarbeit als dramatisch gesehen werden, da diese Tätigkeit in beide Richtungen fast gänzlich weg fällt. Es werden von Seiten des Spitals nur die meldepflichtigen Verdachtsfälle angezeigt und vom Jugendamt – welches sich dabei auf den Datenschutz beruft - werden keine Informationen an das Krankenhauspersonal weitergeleitet. Dieser Umstand ist speziell für die ÄrztInnen sehr unbefriedigend, da sie nicht wissen, ob die Betroffenen dem Jugendamt schon im negativen Sinne bekannt sind, oder was mit den Kindern beziehungsweise Jugendlichen nach ihrer Entlassung aus dem Spital passiert.
Ein vertraulicher Informationsfluss mit dem Jugendamt wäre hilfreich, um den behandelnden MedizinerInnen mehr Hintergrundinformation bereit zu stellen, für den Fall, dass PatientInnen zum wiederholten Mal behandelt werden müssen. Der Informationsaustausch könnte für das Gelingen einer Behandlung, der Genesung von PatientInnen und vor allem für die präventive Arbeit wichtig sein, wie die jüngste Vergangenheit gezeigt hat.

Hypothesen - Die Studie zeigt klar die systematische Aushöhlung der Krankenhaussozialarbeit auf.

Auf Basis der Forschungsergebnisse wurden drei Hypothesen gebildet.

1. Durch das Fehlen der Sozialarbeit entstehen Lücken in der ganzheitlichen, psychosozialen Betreuung der PatientInnen und Familien, welche nur durch ein multidisziplinäres Team gewährleistet wäre. Sozialarbeit fungiert darin als Schnittstelle und übernimmt eine Art „Übersetzerfunktion“ zwischen der Lebenswelt der PatientInnenfamilien und allen involvierten Parteien und behält die „soziale Gesundheit“ der Betroffenen im Auge.

2. Es kommt zu einer qualitativen Verschlechterung der psychosozialen Betreuung, da diese Leistung von dafür nicht ausgebildetem Personal erbracht werden muss. ÄrztInnen und anderes Krankenhauspersonal sind gezwungen sich mit Agenden zu befassen, die nicht zu ihrem Berufsbild gehören, weil es teilweise unverzichtbar für das Wohl der PatientInnen ist. Sie versuchen diese Tätigkeiten bestmöglich auszuführen, es fehlt ihnen jedoch an professionellem Wissen, welches Diplomierte SozialarbeiterInnen durch ihre mehrjährige Ausbildung erwerben.

3. Das Bild der Sozialarbeit wird immer verschwommener durch die teils starken Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen und dem fehlenden Berufsschutz. Es scheint, als könnten die Aufgaben von allen Berufsgruppen

ohne spezielles Vorwissen erledigt werden. Dem kann erst entgegen gewirkt werden, wenn ein Berufsgesetz existiert, dann besteht die Möglichkeit, die Sozialarbeit richtig zu positionieren und ihre Kompetenzbereiche klar abzugrenzen.

Ausblick - Es besteht dringender Handlungsbedarf.

Um die Stellung der Sozialarbeit zu stärken „*müssen die Politik und Entscheidungsträger von der Wirksamkeit und den Effekten des sozialarbeiterischen Handelns und Wirkens überzeugt werden*“ *(Ansen et al. 2004: 136).*
Gesundheitsministerin Kdolsky hat eine große Reform des Jugendwohlfahrtsgesetzes für 2008 angekündigt. Es bleibt zu hoffen, dass im Zuge dessen die Wichtigkeit und Kompetenz der Sozialarbeit erkannt werden und diese dort eingesetzt wird, wo sie dringend gebraucht wird, nämlich im Spitalsalltag der Kinderkliniken. Damit könnte die Sozialarbeit im „Kürprogramm“ zeigen, wo ihre Stärke liegt und auch die immer wieder geforderte präventive Arbeit leisten. Wird diese Verankerung in den Spitälern nicht erreicht, wird wohl weiterhin nur das „Pflichtprogramm“ ablaufen.

Literatur:

Ansen Harald, Gödecker- Geenen Norbert, Nau Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst Reinhard Verlag.

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) (Hg.) (2006): Österreichischer Strukturplan Gesundheit. Version 28. Juni 2006. Wien: BMGF. http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg2006_280606.pdf (Stand 16.02.2008)

Geißler- Piltz Brigitte, Mühlum Albert, Pauls Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. Stuttgart: Ernst Reinhard Verlag.

Haas Heidi, Prohaska Jasmin, Renisch Barbara, Szerences Sophia, Trowal Waltraud (2007): Quo vadis, Krankenhaussozialarbeit? Über den Abzug von SozialarbeiterInnen aus der AKH Kinderklinik. Forschungsbericht zur Lehrveranstaltung „Projektstudium. Diplomstudiengang Sozialarbeit, Studium für Berufstätige. FH Campus Wien.

Kinderschutzgruppe Donauspital (KSG DSP) (2004): Brief an Stadträtin Fr. Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker von 26.03.2004.

Kinderschutzgruppe Donauspital (KSG DSP) (2006): Brief an Stadträtin Fr. Mag.ª Renate Brauner und Fr. Dr. Susanne Herbek (Leiterin der TU Krankenanstalten) von 30.10.2006.

Kontrollamt Wien (2004): Bericht über die Prüfung des Bereiches Eltern, Säuglinge, Kleinkinder der MA 11. http://www.kontrollamt.wien.at/berichte/2004/lang/2-01-KA-II-11-2-4.pdf (Stand 16.02.2008)

Plattform Sozialarbeit im Kinderberich der Stadt Wien (2005): Brief an Fr. Dr. Susanne Herbek (Leiterin der TU Krankenanstalten) von 30.06.2005.

Dimitz Georg (2007): Sozialarbeit nur mehr als „Erste Hilfe“ http://derstandard.at/?url=/?id=3124655 (Stand 16.02.2008)

Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990: http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/pdf/s2000000.pdf (Stand 16.02.2008)

Haas Heidelinde, geb. 1970 in Wien. Studentin am FH Campus Wien, Diplomstudiengang Sozialarbeit für Berufstätige, 6.Semester, derzeit tätig im Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige.

Nicht nur ein formaler Ausbildungsschritt

Psychotherapeutisches Propädeutikum

Die Lehranstalt Psychotherapeutisches Propädeutikum der Erzdiözese Wien für Berufstätige bietet seit Jänner 1992 Propädeutikumslehrgänge an. Damit gehört die Lehranstalt zu den ersten und ältesten Anbietern.

Die besondere Qualität des Angebotes der Lehranstalt Propädeutikum liegt darin, dass ein starkes Engagement von allen Beteiligten darin gesetzt wird, dass die TeilnehmerInnen fachlich und persönlich wirklich profitieren. So soll die Ausbildung nicht nur als Grundvoraussetzung für das Fachspezifikum sein, sondern soll auch persönlichkeitsentwickelnd wirksam sein. Wenn sich jemand für das Thema Psychotherapie interessiert ist es wichtig, auch möglichst viel über sich selbst zu wissen. Dies wird einerseits durch Inhalte erzielt, aber auch durch die Beteiligung in der Gruppe, sich auseinander zu setzen um ein Stück mehr über sich zu erfahren oder auch ein Stück Veränderung bei sich einzuleiten.

*Gerne informieren wir Sie über die Besonderheiten der Lehranstalt Psychotherapeutisches Propädeutikum in einem persönlichen Gespräch oder senden Ihnen Informationsmaterial zu. Wir laden Sie auch herzlich zu unseren kostenlosen Informations - Veranstaltungen ein. (Termine – **www.propaedeutikum.org**).*

DSAin Monika Gumhalter-Scherf
Direktorin
Lehranstalt Psychotherapeutisches Propädeutikum der Erzdiözese Wien für Berufstätige

1140 Wien, Penzingerstraße 115/5
Tel.: 01/231 13 95, Email: mail@propaedeutikum.org

www.propaedeutikum.org

26.09.08 bis 27.09.08

„Archäologie der Hoffnung“
Externalisieren und andere narrative Interventionen

Univ. Doz. Dr. Konrad Peter Grossmann

VEREIN FÜR PSYCHOTERAPEUTISCHE UND PSYCHOSOZIALE AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

1140 Wien, Penzinger Straße 115/5
Tel.: 0650/517 55 52, Email: mail@vpa.at

www.vpa.at

bezahlte Anzeige

Das Team an der FH St. Pölten: Lehren und Forschen für eine starke Profession

Text: Prof. Dr. Mag. DSA Pantucek

Es sind turbulente Zeiten für die Soziale Arbeit: Kaum sind die ersten AbsolventInnen der FH-Diplomstudiengänge im Praxisfeld angekommen und konnten sich in der Praxis bewähren, werden die Studiengänge schon wieder reformiert. Das irritiert nicht nur die KollegInnen im Praxisfeld, sondern stellt auch an das Team in der Lehre hohe Anforderungen: Curricula müssen entwickelt, neue Lehrveranstaltungen konzipiert und vorbereitet werden. 2007 sind wir in den neuen Campus umgezogen, sodass auch das Ambiente und die Infrastruktur endlich einer modernen Hochschule entsprechen.

Als ersten Abschluss gibt es nun den Bachelor, als zweiten den Master. In St. Pölten werden 2009 die letzten Studierenden des Diplomstudiengangs und die ersten des neuen Bachelor-Studiengangs ihr Studium abschließen. Unklar ist noch, wie viele der Bachelor-AbsolventInnen tatsächlich die FH Richtung Praxisfeld verlassen werden: Wir rechnen damit, dass doch einige ihr Studium fortsetzen und direkt den Master-Abschluss ansteuern werden.

Das St. Pöltner Bachelor-Studium

Die Konzipierung des neuen Basisstudiums war für uns eine große Herausforderung: Die Einsatzgebiete der SozialarbeiterInnen sind inzwischen sehr vielfältig, und es ist nicht leicht, in 3 Jahren eine gute Grundlage für sozialarbeiterische GeneralistInnen zu legen. Wir haben uns dafür entschieden, Sozialarbeit als Profession ernst zu nehmen, und haben das Studium konsequent an der Sozialen Arbeit orientiert. Die Studierenden sollen die Fähigkeit erwerben, sich in jedem Arbeitsfeld schnell orientieren zu können. 80 % der hauptamtlichen DozentInnen und ProfessorInnen sind inzwischen erfahrene SozialarbeiterInnen. Gleichzeitig versuchen wir, mit den Studierenden kritische Reflexion und faktenbasierte Praxisforschung einzuüben. Denn Sozialarbeit wird sich nur dann als Profession behaupten können, wenn die Ausübenden auf jene Fertigkeiten zurückgreifen können, die einen wissenschaftlich begründeten Beruf ausmachen.

Eine St. Pöltner Spezialität ist die berufsbegleitende Form des Bachelor-Studiums, die ähnlich wie Weiterbildungs-Studiengänge konzipiert ist. Die Studierenden haben verhältnismäßig wenige Präsenztermine, der Großteil des Studiums kann in Fernlehre absolviert werden. Das macht den Bachelor-Studiengang in seiner berufsbegleitenden Form attraktiv für Personen aus ganz Österreich, die bereits im Sozial- oder Gesundheitswesen beschäftigt sind, aber noch keine einschlägige Ausbildung auf Hochschulniveau haben.

Ab 2009: die neuen Master-Studiengänge

Da St. Pölten mit einem relativ kleinen Team auskommen muss, haben wir uns mit dem Beginn der 2-jährigen Master-Studiengänge Zeit gelassen. Der erfolgreiche 1-jährige Nachgraduierungs-Studiengang läuft 2008/09 zum letzten Mal. Das wird aber nicht die letzte Chance für PraktikerInnen sein, die an Weiterqualifizierung interessiert sind. Der künftige Master-Studiengang ist entsprechend der St. Pöltner Tradition generalistisch ausgerichtet und wird in 2 Vertiefungsrichtungen angeboten werden: „General Social Work“ und „Case Management“. Beide Richtungen werden vorbehaltlich der Genehmigung durch den FH-Rat sowohl als Vollzeitstudien als auch berufsbegleitend belegt werden können und haben einen Schwerpunkt in der praxisbezogenen Forschung und Entwicklung. Wir hoffen, dass wir ein attraktives Angebot für InteressentInnen (nicht nur) aus Ostösterreich bieten können. Die bewährte Zusammenarbeit mit prominenten KooperationspartnerInnen aus dem deutschen Sprachraum werden wir fortsetzen: Wer in St. Pölten einen Masterstudiengang belegt, wird wie bereits im Nachgraduierungs-Studiengang mit vielen GastprofessorInnen rechnen können und ein äußerst anregendes Lernumfeld vorfinden.

Dazu kommt, dass alle Studierenden des Masters in Forschungs- und Entwicklungsprojekte des Arlt-Instituts eingebunden sein werden. Ihre Diplomarbeiten werden Beiträge zum Forschungsprogramm des Instituts sein.

Forschung und Entwicklung: das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung

Die Gründung des Arlt-Instituts 2007 hat zur Ausweitung der Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten beigetragen. Inzwischen leiten die ProfessorInnen und die meisten DozentInnen je mindestens eine thematische AG: Qualität in der Sozialen Arbeit, sozialraumbezogene Sozialarbeit im ländlichen

Raum, Diagnostik, Familienpolitik und Jugendwohlfahrt, Gesprächsführung, Theorie und Geschichte der Sozialen Arbeit sind nur einige der Themen, an denen wir arbeiten.

Innovations- und Forschungsprojekte werden zusehends in Zusammenarbeit mit Organisationen aus dem Praxisfeld und in Verbindung mit der Lehre durchgeführt. Sozialraumbezogene Projekte gab es zuletzt mit Loosdorf, Krummnussbaum, Amstetten und Böheimkirchen. Dem Projekt in Krummnussbaum (Ursula Stattler, Kathrin Pollinger und StudentInnen) gelang eine Nominierung für den Österreichischen Präventionspreis. Auf den Forschungsforen der österreichischen Fachhochschulkonferenz war die FH St. Pölten jeweils mit mehreren Projekten aus dem Feld der Sozialarbeitswissenschaft präsent.

Das erste Ilse Arlt Kolloquium widmete sich dem Denken dieser Pionierin der österreichischen Sozialarbeit, vor kurzem veranstalteten wir gemeinsam mit der Hochschule Hamburg eine vielbeachtete Tagung zum Stand der Sozialen Diagnostik. Weitere Tagungen und eine Reihe von Publikationen sind in Vorbereitung.

Internationalität

Soziale Arbeit an der FH St. Pölten beteiligt sich an einem europäischen Netzwerk von Sozialarbeits-Studiengängen, dem Hochschulen aus 10 Staaten der Union angehören. Unter Leitung von Dozentin DSA Christine Haselbacher betreiben wir den Austausch von Lehrenden und Studierenden.

Ein zweites Netzwerk haben wir mit Blick auf avancierte Lehre (vor allem im Master-Studiengang) und Forschungskooperationen aufgebaut. Hier pflegen wir Kontakte vor allem – aber nicht nur – im deutschen Sprachraum.

Doktorat in Sozialarbeitswissenschaft?

Spätestens seit der Eingliederung der Sozialarbeit in das Hochschulsystem steht die Frage, ob uns möglichst bald gelingt, hervorragende Kolleginnen und Kollegen auch zu einem Doktorat zu führen. Die FH St. Pölten ist hier mehrfach aktiv: Einerseits arbeiten wir seit Jahren in einem internationalen Konsortium mit der Universität Ljubljana, der Anglia Ruskin University Cambridge, der Alice Salomon Fachhochschule Berlin und der finnischen University of Jyväskylä, um ein internationales Doktoratsprogramm für Sozialarbeitswissenschaft zu etablieren. Derzeit laufen noch Verhandlungen mit österreichischen Universitäten, um eine Akkreditierung des Programms in Österreich zu ermöglichen.

Andererseits versuchen wir über andere Kanäle, Doktoratsprogramme in Sozialarbeitswissenschaft zu etablieren. Für alle InteressentInnen gilt allerdings: So schnell geht das alles nicht, es sind beträchtliche Hindernisse zu überwinden.

Vorerst haben wir ein DissertantInnenkolloquium gegründet. Hier können jene, die an einer Universität für ein Doktoratsstudium akzeptiert wurden (oder sich darum bemühen), ihre Projekte in einem sozialarbeitswissenschaftlichen Kontext vorstellen und diskutieren. Dieses Angebot steht dzt. allerdings nur für unsere AbsolventInnen zur Verfügung, die herzlich eingeladen sind, sich zu beteiligen.

Das Team

Die FH-ProfessorInnen Karl Dvorak, Kurt Fellöcker, Gertraud Pantucek, Peter Pantucek und Tom Schmid, die FH-DozentInnen Christine Haselbacher, Maria Lesnik, Maria Maiss und Johannes Pflegerl bilden das Kernteam der Studiengänge Sozialarbeit. Dazu kommen noch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Arlt-Instituts, einige hervorragende StudentInnen, die als studentische AssistentInnen mitarbeiten, bewährtes administratives Personal, ca. 30 LektorInnen aus dem Praxisfeld bzw. von den Bezugswissenschaften und einige GastprofessorInnen, in der Regel erfahrene und profilierte KollegInnen aus dem benachbarten Ausland.

Das kleine Kernteam bewältigt die vielfältigen Aufgaben mit großem Engagement, und das bei keineswegs fürstlicher Bezahlung. Leider wurde die studienplatzbezogene Finanzierung der Fachhochschulen seit mehr als 10 Jahren nicht angehoben. Gleichzeitig erhöhte sich die Last für die FHs nicht nur durch das Steigen der Löhne und aller anderen Kosten, sondern auch durch die erfolgreichen Anstrengungen der Sozialversicherungsträger, alle Dienstverhältnisse einer Sozialversicherungspflicht zu unterziehen. Die Nicht-Anpassung der FH-Finanzierung zwingt zur Einschränkung der Lehrangebote und bedroht die Qualität der Lehre. Bisher konnten wir das durch die außerordentlich hohe Leistungsbereitschaft der Lehrenden auffangen, das wird aber nicht mehr lange möglich sein. Dieses Problem betrifft übrigens nicht nur die Sozialarbeits-Studiengänge, sondern die Fachhochschulen insgesamt.

Informationen über die Aktivitäten der Sozialen Arbeit an der FH St. Pölten finden Sie auf folgenden Websites:

www.fhstp.ac.at
inclusion.fhstp.ac.at
www.sozialraum.at

Von Netzwerken und Menschen

Text: DSA Katrin Pollinger

Österreich ist ein Einwanderungsland: Bundesweit hat jede/r fünfte, in Wien gar jede/r dritte Einwohner migrantische Wurzeln. Haben sich ehemalige GastarbeiterInnen und Asylsuchende ihren Platz in unseren Beratungszimmern längst erobert, so gesellen sie sich an unsere Schreibtische, als KollegInnen, noch nicht allzu oft. Eine Spurensuche von Katrin Pollinger

Nein, schmunzelt er, wenn es nach seinem Vater gegangen wäre, wäre er wohl nicht hier gelandet, in diesem Büro, umgeben von RedakteurInnen, KolporteurInnen und SozialarbeiterInnen. Und auch statistische Zukunftsprognosen sehen 1981 für Mehmet Emir wenig Chance, fünfundzwanzig Jahre nach seiner Ankunft in Wien in der Wiener Straßenzeitung Augustin als Sozialarbeiter, Kolumnist und Fotograf mitzuarbeiten.

Denn, als Österreichs Industrie in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts alles unternommen hat, um Arbeitskräfte aus dem Ausland zu gewinnen, hat an den sozialen Aufstieg hierzulande niemand gedacht. Von der einen Seite genauso wenig wie von der anderen. Und er findet – trotz fehlender Rückkehr – immer noch nicht statt. Dies bezeugt eindrucksvoll der kürzlich erschienene 2. Österreichische Migrations- und Integrationsbericht 2001 – 2006 der Akademie der Wissenschaften: Da ist von doppeltem Armutsgefährdungsrisiko die Rede, vom Ausschluss an der Teilnahme von Bildung, von einer – gemessen an ihrem Anteil - doppelt so hohen Anzahl an SonderschülerInnen, besonders unter ehemals türkischen und exjugoslawischen GastarbeiterInnen und deren Kindern.
Während sich für diese die Möglichkeiten wenig verbessern, tut dies die Ausbildung für Sozialarbeit während dieser Zeit sehr wohl. Sie mausert sich von einer zwei- zur dreijährigen Ausbildung, gibt den Aufbaulehrgang auf und verwandelt sich zum Hochschulstudium. Das bedeutet: Wer heute Sozialarbeit studiert, dem/der muss im Vorfeld ein gehöriges Maß an schulischer Teilnahme gewährt worden sein.

Eintritt

Noch viele Jahre wird es dauern, bevor Mehmet Emir ein Stück des österreichischen Bildungskuchens abbekommt, als er sechzehnjährig seinem anatolischen Heimatdorf, seiner Mutter und den sieben Geschwistern den Rücken kehrt. Und seinem Vater in dessen Gastarbeiterbaracke nach Wien folgt. Tagsüber arbeitet er am Bau, abends lernt er Deutsch. Er macht Musik, spielt bei der Wiener Tschuschenkapelle Percussion. In diesem Umfeld treffen sich viele von der türkischen Militärdiktatur Verfolgte. „Die ersten türkischen MitarbeiterInnen im Sozialbereich waren Links-Intellektuelle, die flüchten mussten“, erzählt DSA Mag(fh) Zühal Holler, langjährige Mitarbeiterin des Integrationsfonds Wien, und Mag. Leonhard Plakolm, Personalentwickler des Vereins Wiener Jugendzentren ergänzt: „Viele von ihnen sind und waren Künstler - Musiker, Maler und so. Das ist toll, diese MitarbeiterInnen können mit den Kids zum Beispiel auch Musik machen, traditionelle genauso wie Hip-hop.“

Annäherung

Eines Tages, nach acht Jahren Schwerstarbeit auf Baugerüsten, in Pizzaküchen, findet auch Mehmet Arbeit in einem Jugendzentrum: über Freunde von Freunden von Freunden - neuerdings `Netzwerke in Communities´ tituliert. Diese erleichtern das Leben der Personalverantwortlichen ungemein, erzählen Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsfragen (MA 17), Verein Wiener Jugendzentren und Ausländerbereich der Caritas Wien. Denn Schwierigkeiten, geeignete MitarbeiterInnen aus türkischem Umfeld, aus Ex-Jugoslawien, Osteuropa oder Lateinamerika zu finden, kennen sie nicht. Dies ist umso erstaunlicher, als der Sozialbereich unter Angehörigen der 2. Generation wohl nicht zu den Rennern unter den Berufswünschen gehört. Und Zühal Holler gibt zu bedenken, dass die Eltern meist selber noch allzu beschäftigt mit ihren Problemen in Österreich sind. „Auf die Idee, SozialarbeiterIn zu werden, kommt man daher wahrscheinlich nicht leicht.“
Dennoch gibt es sie - Jobs, die eine hohe Attraktivität in migrantischen Communities haben. Wobei hierfür meist keine „DSAs oder Mag.(fh) Sozialarbeit gesucht“ werden, sondern „Interesse an interkultureller Sozialer Arbeit“ im Vordergrund steht. Dadurch ist es auch möglich, sich auszuprobieren. Und, so erzählt Mag. Plakolm, sie sind manchmal die Pforte zur akademischen Sozialarbeit. Denn von hieraus haben bereits ein paar den Sprung in die Fachhochschule gewagt. Oder nicht. Denn nicht alle, die aufgenommen werden, treten das Studium auch an, beobachtet er und vermutet eine Riesenhürde – möglicher-

weise Respekt vor einem Studium.

AsylwerberInnen

Anders verhält es sich im Fall von AsylwerberInnen. Viele der politisch verfolgten Flüchtlinge bringen ein akademisches Studium aus den Heimatländern mit, erzählt Dr. Karl Bader, Leiter der Rückkehrhilfe der Caritas Wien, und auch so manche/r würde sehr gerne im Sozialbereich arbeiten. Das hat mit weltanschaulichen Gründen zu tun als auch mit persönlich Erlebtem. Gerade aber wegen der persönlichen Nähe würde er oft eine Ausbildung für Sozialarbeit sehr begrüßen. Doch Asylverfahren dauern lange. Und wenn diese Zeit des Stillstandes endlich überstanden ist, muss es schnell gehen - sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Geldgeber, denn letztere – das AMS oder das Sozialamt – zahlen nur kurze Ausbildungen. So werden JuristInnen zu „Integrationscoaches“ (Ausbildung des AMS Wien) und SoziologInnen, PolitikwissenschafterInnen arbeiten weit jenseits ihrer ursprünglichen Qualifikation - man kennt das ja in Österreich.

Fachhochschule

In Österreichs Sozialarbeitsstudiengängen nimmt sich die Anzahl Studierender mit Migrationshintergrund bescheiden aus: An der Fachhochschule Linz sind es etwa 3% Studierende, in St. Pölten ähnlich – eine/r, höchstens zwei Studierende pro Jahr. In der FH Dornbirn variiert die Zahl bisher zwischen null und vier StudentInnen, an der FH Graz bedauert es Studiengangsleiter Prof. Dr. Posch sehr, dass es bislang weder im Diplom- noch im Bacchalaureatsstudiengang Studierende mit migrantischen Hintergrund gab. Dazu Prof. Dr. Pantucek, Leiter FH St. Pölten: „Insgesamt ist der Anteil an Studierenden mit Migrationshintergrund auf heimischen Hochschulen erschreckend gering. Es wäre wünschenswert, dass die Population der Sozialarbeitsstudierenden ein Abbild der Gesamtbevölkerung im Land darstellt. Das würde auch dem Bedarf im Arbeitsfeld entsprechen.“ St. Pölten nimmt sich vor, die Zahl zu erhöhen.

Erfolge in Wien

Die Fachhochschule Campus Wien, Sozialarbeit (Vollzeit) ist 2006 bereits aktiv geworden: Gemeinsam mit der MA 17 wurde eine Infoveranstaltung zum Beruf Sozialarbeit initiiert und in den Communities beworben. Prof. Dr. Bittner, Studiengangsleiterin: „Die Resonanz war überwältigend. Über 150 Menschen sind zur Veranstaltung zu uns an die FH gekommen.“ Das folgenden Aufnahme

verfahren haben 110 Personen mit Migrationshintergrund absolviert – insgesamt 12 % aller Aufnahmewerber. Aufgenommen wurden ebenfalls 12% BewerberInnen mit Migrationshintergrund. Allerdings haben in dieser Gruppe mehr als andere vor Beginn das Studiums abgesagt resp. dieses in den ersten Monaten abgebrochen. Das Projektteam führt das auf größere wirtschaftliche Schwierigkeiten zurück. Heute liegt der Anteil der Studierenden bei 9%.

Mehmet Emir macht diese Aufnahmeprüfung nie. Er besucht berufsbegleitend Seminare, wird Leiter des Jugendzentrums, hat anderes vor (und die Matura nie gemacht). DSA Mag.(fh) Zühal Holler, Teamleiterin der Schuldnerberatung Wien, dagegen schon. Als sie 22jährig eher zufällig in Wien landet, hat sie bereits ein Diplom – Lebensmitteltechnologie – in der Tasche. Auch sie nähert sich dem Sozialbereich Schritt für Schritt: In einem Projekt unterstützt sie Kinder von Gastarbeitern. Schließlich findet sie eine Arbeit im Integrationsfonds der Stadt Wien. Nach einigen Jahren besucht sie abends die Akademie für Sozialarbeit.
Der Integrationsfonds der Stadt Wien ist mittlerweile Teil der Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsfragen. Fernab von Kronenzeitung und

Co läuft das Bemühen um Diversität der Diskussion um Integration zunehmend den Rang ab: Es geht um Zugang für alle und Einsatz der Ressourcen von allen. Auf diesen Zug ist auch die Wiener Polizei aufgesprungen, die seit November 2007 in den Communities mittels „Wien braucht dich!"- Plakate, Tandem-Projekte und einer Veranstaltung für die Mitarbeit in der Wiener Polizei wirbt - und auf enormes Interesse in der migrantischen Jugend stößt.

(An)Werbung

Selbst Minister Platter, der im Jänner 2008 seinen Integrationsbericht präsentiert, stellt dabei erstmals eine klassische Diversityforderung: stärkere Beschäftigung von Personen mit Migrationshintergrund im öffentlichen Sektor – Polizei (welche sich seither an Anfragen hinsichtlich ihrer Strategien und Erfahrungen kaum erwehren kann), KindergärtnerInnen und MitarbeiterInnen in der öffentlichen Verwaltung. Von Sozialarbeit ist dabei nicht die Rede, aber logische Konsequenz; Stichwort Jugendamt, Bewährungshilfe, Justizsozialarbeit.
So also müssen Bemühungen heißen: Vorträge in Community-Vereinen, Interviews und Erzählungen von Role-Models in TV und Radio (etwa im Wiener Community- TV Okto, in freien Radios wie Radio Orange), in Schulen, Zusammenarbeit mit Stellen, in denen bereits viele MigrantInnen arbeiten.

Motive

Doch Achtung: Zühal Holler, die zwischenzeitlich den Masterstudiengang für Sozialarbeit absolviert hat und ihre Doktorarbeit in Angriff nimmt, warnt: „Diese MitarbeiterInnen dürfen auf keinen Fall im Migranteneck landen!" Sie selbst war immer wieder erstaunt, wie selbstverständlich sie als Expertin für Migration, Türkei und türkische KlientInnen angesehen wurde. „Ich muss mich auch mit Theorie auseinandersetzen. Und kann die Fragen des Miteinanderlebens nicht lösen. Das geht nur gemeinsam."
Eben deshalb: Es geht um Umverteilung von Macht (der Definitionsmacht) und von Chancen (2008 – das Europäische Jahr der Chancengleichheit), um den Ausbau sozialarbeiterischen Wissens (Migrationserfahrung als Ressource). Und: um schlichtweg egoistische Motive - jedwede Talente wollen für die Sozialarbeit entdeckt und gefördert werden. Mehmet Emir hat nach 13 Jahren das Jugendzentrum verlassen und die Aufnahme an der Akademie für bildende Künste in Wien geschafft. Er ist nicht – wie sich das sein Vater ein wenig erträumt hat – als reicher Mann in die alte Heimat zurückgekehrt, sondern mit einer in London, Wien und Istanbul gefeierten Fotoausstellung. Über Gastarbeit. Denn diesem Thema ist er treu geblieben, auch in seiner Sozialarbeit. „Ich habe mich immer als Brückenbauer verstanden. Ich kann erklären, wie Österreicher ticken und umgekehrt. Ich bin überzeugt, das gelingt mir deshalb so gut, weil ich in beiden Kulturen zuhause bin."

DSA Katrin Pollinger - Sozialarbeiterin, Lehrbeauftragte an der Fachhochschule St. Pölten, Sozialarbeit, Supervisorin und freie Journalistin
Schwerpunkt: Interkulturelle Sozialarbeit, Gender&Diversity und sozialräumlich orientierte Projekte in Gemeinden Niederösterreichs

SOS Jugendwohlfahrt

Text: DSA Andreas Schadauer

Die Ressourcen der Jugendwohlfahrt in Österreich in den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung sind bei weitem unzureichend. Auch in Wien, das noch relativ gut ausgestattet ist, ist der rasant steigende Arbeitsanfall von den MitarbeiterInnen auch durch höchstes Engagement (fast) nicht mehr zu bewältigen. Wir fordern rasch die ausreichende Ausstattung des österreichischen Jugendwohlfahrtssystems mit SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen.

Diese Sätze standen ganz oben auf dem Flugblatt für eine ungewöhnliche Veranstaltung. Sie war nicht nur ungewöhnlich, sondern auch für uns spannend. Wir beriefen für den 27.5.2008 eine Dienststellenversammlung ein und wählten als Ort den öffentlichen Platz hinter dem Wiener Rathaus. Wir hatten diese Dienststellenversammlung bewusst in die Öffentlichkeit verlegt, da wir mit unserer Arbeit ja auch immer wieder in der Kritik der Öffentlichkeit stehen. Ca. 250 Menschen folgten unserer Einladung. Viele hatten auch eigene Transparente mitgebracht. Eingeladen hatten wir unsere KollegInnen, es gab aber sehr viele solidarische Gäste, vor allem aus dem Bereich der stationären Unterbringengen, wo es vor allem

im Bereich der Krisenunterbringungen in den letzten Monaten zu Überbelastungen gekommen ist Da es an diesem Tag 30 ° hatte, war der Platz hinter dem Rathaus wahrlich ein heißes Pflaster. Wir haben bei dieser Versammlung über den Stand der Verhandlungen berichtet und unsere Forderungen noch einmal präzisiert.
Es wurden zwei Anträge einstimmig angenommen, der erste beschäftigte sich mit allgemeinen Forderung aus dem Bereich der Sozialarbeit, der zweite zeigt einen Finanzierungsvorschlag auf, indem das Geld, für die von der Regierung geplante Imagekampagne in die Jugendwohlfahrt investiert werden sollte. (Auf der Homepage des Berufsverbandes ist beides nachzulesen).

Die Personalvertretung fordert eine Personalanhebung im Bereich der Sozialarbeit, und eine wissenschaftlich fundierte Pensumsfeststellung für die Personalplanung in der Jugendwohlfahrt. Seit über einem Jahr gibt es eine Mindest- Forderung für 36 zusätzliche Dienstposten, bisher wurden seit Jänner 2007 11 zusätzliche Posten geschaffen und für 2009 sind 4 weitere Posten im Bereich der Mobilen Arbeit mit Familien vorgesehen. Es gibt eine enorme Steigerung des Arbeitsanfalls bei Meldungen von Gefährdungen und ebenso bei den Unterstützungen der Erziehung So erfreulich es ist, dass eine, auch durch eine Werbekampagne unterstütze Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Wien ein Erfolg ist, so darf dieser ansteigende Arbeitsanfall nicht zu einer chronischen Überlastung der KollegInnen führen.

Wir wollen auch nicht die Überwachung oder Kontrolle, sondern die Hilfen für Kinder und deren Familien ausgebaut wissen. Eine drohende Stigmatisierung zu einer reinen Überprüfungs- und Kontrollbehörde würde einen Rückschritt um mehr als 30 Jahre bedeuten. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht von außen in diese Rolle hinein gedrängt werden, und dass wir aus Überlastung nicht selbst die Hilfsangebote reduzieren. Es ist eigentlich sehr einfach: Wir wollen eine gute und sinnvolle Arbeit leisten mit erfüllbaren Arbeitspensen und die dafür unbedingt nötigen (weiteren Dienstposten) Ressourcen bekommen.
Ein Erfolg war diese Veranstaltung nicht nur, weil so viele KollegInnen kamen, sondern auch, weil diese Veranstaltung ein mediales Echo fand, und so unsere Forderungen in eine breite Öffentlichkeit transportiert wurden.

Andreas Schadauer, Personalvertreter, Dienststellenausschussvorsitzender der Ämter für Jugend und Familie in Wien

Zwischen Exklusionsverwaltung und Teilhabesicherung - Die Notwendigkeit einer fachlich-kritischen Neuorientierung Sozialer Arbeit

Text: Josef Bakic, Marc Diebäcker und Elisabeth Hammer

Die neoliberal inspirierte, ökonomisierte Neuausrichtung der Sozialen Arbeit beginnt die Profession fundamental zu verfremden. Im Ansinnen der technologischen Beherrschbarkeit verliert Soziale Arbeit zunehmend „jene auf die Bedingungen des Einzelfalls ausgerichtete, fachlich fundierte, gleichwohl offene Suchhaltung gegenüber dem biografischen Eigensinn, den ‚Besonderheiten' der Klienten und ihrer Lebenslage, den Eigenheiten ihrer Lebenswelten und ihrer sozialen Netzwerke" (Galuske/ Müller 2002, 488). Aufgrund dieser Entwicklung verwundert es nicht, dass immer öfter die Soziale Arbeit selbst in das Kreuzfeuer der KritikerInnen gerät. Der Legitimationsdruck der Sozialen Arbeit ist diesbezüglich ein zweifacher: Während innerhalb der Profession die zunehmend neoliberale Orientierung Sozialer Arbeit kritisiert sowie fachliche und berufsethische Standards eingefordert werden, wird von Financiers und in Leitungsebenen Sozialer Arbeit gefragt, ob das soziale Programm neuen Zuschnitts nicht auch billiger und „besser" von anderen Personen als von ausgebildeten SozialarbeiterInnen zu erledigen wäre.

Aus dieser Sicht erscheint eine kritisch-fachliche Neuorientierung unumgänglich. In diesem Sinne haben wir als Team kriSo zunächst zwei Schritte gewagt, die als Antworten auf gegenwärtige Verhältnisse zur Diskussion gestellt werden und als Weiterführung von jenen in der „Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit" (vgl. Bakic/Diebäcker/Hammer 2007) dargelegten Einsichten und Forderungen zu verstehen sind. Zum einen haben wir ein kritisches Handbuch mitgestaltet und herausgegeben, das unter dem Titel „Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit" (2008) eine erste systematische Analyse der durch die Transformationsprozesse eingeführten neuen Terminologie liefern soll. Zum anderen haben wir die Internationale Tagung *Zwischen Exklusionsverwaltung und Teilhabesicherung* vom 16.04. – 18.04. 2008 in Kooperation mit den BA-Studiengang Soziale Arbeit der FH Campus Wien durchgeführt (Infos und Dokus: www.kriso.at). Dabei analysierten und diskutierten rund 250 ExpertInnen und ReferentInnen zu strukturellen Veränderungen und fachlichen Dilemmata in der Sozialen Arbeit.

Literatur:

Bakic, Josef/Diebäcker, Marc/Hammer, Elisabeth (2007): Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit. Online unter: www.sozialearbeit.at/petition.php

Bakic, Josef/Diebäcker, Marc/Hammer, Elisabeth (Hg.) (2008): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Wien

Galuske, Michael/Müller, Wolfgang C. (2002): Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In: Thole, Werner (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Opladen, 485-508

BUCH-Tip

Josef Bakic, Marc Diebäcker, Elisabeth Hammer (2008) (Hg.)
Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit
Ein kritisches Handbuch
Rezension von DSA Mag.a Gabriele Wild

Das engagierte Trio der Wiener FH für Sozialarbeit (Diplomstudium) zeichnet nach der „Wiener Erklärung" nun für die Herausgabe eines „kritischen Handbuchs" verantwortlich, in dem 18 AutorInnen jeweils zwei „als hybrid zu bezeichnende" Leitbegriffe der Sozialen Arbeit aufeinander bezogen analysieren. Die Überzeugung der HerausgeberInnen, dass Soziale Arbeit „eine selbstbestimmte kritisch-reflexive Theorie und Praxis entwickeln muss, die ihr eigenes Verwobensein in neoliberale Politiken erkennt", wirkt als Rahmen-Anspruch in allen Beiträgen weiter.

Die Diskurs-Analysen fallen zum Teil sehr pointiert aus (z.B. M. Winkler: „Insofern sinkt wohl mit wachsender Aufmerksamkeit auf managerielle Prozesse und Steuerung die Qualität der Leistung, so weit die Klientinnen betroffen sind."), zum Teil münden sie in noch weiter auszudifferenzierende Imperative, zum Teil setzen sie bereits tiefergehende Beschäftigung bzw. Verständnis von Leitbegriffen anderer Disziplinen voraus.

So ist das Format handlich, nicht aber der Inhalt. Wer Handlungsleitlinien oder einfache Begriffs-Erklärungen sucht, wird sie hier kaum finden. Damit wäre der kritischen Auseinandersetzung aber auch nicht geholfen. Die Lektüre ermöglicht viel mehr Aha-Erlebnisse und Pespekivwechsel in Bezug auf oft als Mainstream-Worthülsen verwendete, wiewohl implikationsreiche Begriffe wie Effizienz, Prävention und Diversity. Anmerkungen und Literaturhinweise bieten reichlich Anknüpfungspunkte für weiterführende Auseinandersetzung.

Doktorhut für SozialarbeiterInnen?!

Unter diesem Motto fand am 10. März 2008 eine Veranstaltung des Studienganges Soziale Arbeit am Campus Linz der FH OÖ statt.

Seit Anfang des 21. Jahrhunderts werden SozialarbeiterInnen in Österreich an Fachhochschul-Studiengängen ausgebildet. Mittlerweilen dürfte an die 1000 SozialarbeiterInnen der begehrte Mag. (FH) Titel verliehen worden sein, also hoch an der Zeit zu überlegen, wie es für die an Wissenschaft und Forschung interessierten AbsolventInnen in der Karriereplanung weitergehen kann. Zwei Beispiele aus dem benachbarten Ausland - zum einen die Südböhmische Universität in Budweis und zum anderen die Universität Ljubljana – zeigen die Möglichkeiten, die internationale Kooperationen diesbezüglich eröffnen. Besonders INDOSOW – International Doctoral Studies in Social Work - hat sich unter der Federführung von Univ. Prof. Darja Zarvirsek, Universität Ljubljana, zum Ziel gesetzt, die Akademisierung und die Internationalisierung der Sozialen Arbeit in Ausbildung und professioneller Praxis zu fördern. www.indosow.net

In Ländern, in denen Soziale Arbeit an Universitäten gelehrt wird, sind alle drei Stufen der „Bologna Architektur" Bachelor-Master-PhD längst Realität. Etwas komplizierter ist die Lage an den Fachhochschulen, die derzeit kein Promotionsrecht haben. Zwar normiert §5 Z.3 des Fachhochschul-Studiengesetzes: "Der erfolgreiche Abschluss eines Fachhochschul-Masterstudienganges oder eines Fachhochschul-Diplomstudienganges berechtigt zu einem facheinschlägigen Doktoratsstudium". Bemerkenswert, dass ein so klar und schlicht formulierter Satz ein Konvolut an Relativierungen und Erklärungen in insgesamt 6 Fußnoten aufweist.

Eine wichtige Frage ist zweifelsohne die „Facheinschlägigkeit" des auserwählten Doktorratsstudiums. Eine entsprechende Verordnung des Fachhochschulrates bestimmt das Studium der Sozial-und Wirtschaftswissenschaften als facheinschlägig. Univ. Prof. Bacher vom Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität beurteilte in seinem Referat die rechtlichen Zulassungsvoraussetzungen als günstig, weniger optimistisch sieht er die Betreuungsressourcen - es herrscht auch an seinem Institut ein extremer Personalengpass, der sich in den nächsten Jahren nur geringfügig verbessern wird. Allerdings sollen sich engagierte FH-AbsolventInnen davon nicht abhalten lassen und sich mit einem hervorragenden Expose für eine Dissertation auf die Suche nach einem Doktorvater, eine Doktormutter machen.

Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H.

sucht zum ehestmöglichen Termin

Diplomierte/r Sozialarbeiter/-in

40 Stunden/Woche

Wir sind ein 500 Betten Schwerpunktkrankenhaus in der Ski- und Ferienregion Pongau, welches jährlich fast 29.000 Patienten stationär betreut. Unser Krankenhaus ist das zweitgrößte im Bundesland Salzburg und zählt mit seinen 1100 Mitarbeitern zu den größten Arbeitgebern der Region. Schwarzach befindet sich 60 Kilometer von Salzburg entfernt und besitzt einen hohen Freizeitwert sowohl im Sommer als auch im Winter. Wir wünschen uns engagierte Sozialarbeiter, die bereit sind, eine optimale Betreuungsstruktur aufzubauen.

Wir suchen Sozialarbeiter, die gemeinsam mit unseren Stationsleitungen und dem psychologischen Dienst bei Fragen und Problemen unserer Patienten in persönlichen, rechtlichen und finanziellen Belangen mit Rat und Tat behilflich sind. Der Schwerpunkt liegt in der Vorbereitung und Betreuung der Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sowie in der Koordination sozialrechtlicher Probleme unserer Patienten sowohl auf der allgemeinen und psychiatrischen Station.

Wir erwarten BewerberInnen, die über sozialwirtschaftliche Kernkompetenzen mit humanen Zielsetzungen verfügen und Interesse am Gesundheitswesen aufbringen. Soziale Kompetenz, PC-Kenntnisse, Organisationsgeschick, Durchsetzungsvermögen sowie die Bereitschaft, die gegebenen Lernchancen zu nützen, sind Grundvoraussetzungen für ein positives Gestalten dieser Position.

Wir bieten Ihnen die Mitarbeit in einem modernen Dienstleistungsunternehmen, welches hohes Ansehen in der Bevölkerung genießt, ein interessantes Arbeitsumfeld, eine attraktive Gehaltsentwicklung, die Beistellung einer günstigen Garconniere und die üblichen Sozialleistungen eines Krankenhausbetriebes. Mit Ihrer Bewerbung können Sie sich langfristige, sichere Berufsperspektiven schaffen.

Ihre aussagekräftige Bewerbung richten Sie an die Pflegedienstleitung des Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhauses, Schwarzenbergstraße 2-6, Schwarzach; Tel.: 06415/7101-2215. E-Mail: helga.obermoser@kh-schwarzach.at

bezahlte Anzeige

LAND OBERÖSTERREICH

Personalausschreibungen des Landes Oberösterreich

Leiterin/Leiter von Schloss Leonstein– Eine sozialpädagogische Einrichtung des Landes Oberösterreich in Leonstein

Pflegedienstleiterin/Pflegedienstleiter des Landespflege- und Betreuungszentrums Schloss Cumberland in Gmunden

Diese Funktionen sind gemäß § 13 des Oö. Objektivierungsgesetzes 1994 in der Fassung LGBl. Nr. 59/2005 öffentlich ausgeschrieben.

Nähere Informationen finden Sie im Internet:

- über die sozialpädagogische Einrichtung Schloss Leonstein www.schloss-leonstein.at
- über das Landespflege- und Betreuungszentrum Schloss Cumberland www.schloss-cumberland.at
- über das Oö. Objektivierungsgesetz 1994 bzw. dienst- und besoldungsrechtliche Bestimmungen www.land-oberoesterreich.gv.at unter > Personalausschreibungen bzw. www.ris.bka.gv.at
- über die Personalausschreibungen www.land-oberoesterreich.gv.at unter > Personalausschreibungen bzw. in der Amtlichen Linzer Zeitung, Folge 12 vom 12. Juni 2008

Die Bewerbungsfrist endet jeweils am **24. Juli 2008.**

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen einschließlich aktuellem Lebenslauf sowie Angabe der Motivation und der Zielvorstellungen für die angestrebte(n) Funktion(en) übermitteln Sie bitte – **direkt** – an das Amt der Oö. Landesregierung, **Abteilung Personal-Objektivierung**, 4021 Linz, Bahnhofplatz 1, **zH Frau Abteilungsleiterin Dr. Hildegard Hartl**, Telefon (+43 732) 7720-11205, Fax (+43 732) 7720-211768, E-Mail: perso.post@ooe.gv.at

Im Sinne des Frauenförderprogramms des Landes Oberösterreich werden besonders Frauen ermutigt, sich zu bewerben.

bezahlte Anzeige

Das Online-Journal „soziales kapital“

Text: Prof. Dr. Frederic Fredersdorf

Seit Putnams „Gesellschaft und Gemeinsinn – Sozialkapital im internationalen Vergleich“ in deutscher Sprache vorliegt,[1] werden Begriff und Modell von „Sozialkapital“ oder „sozialem Kapital“ verstärkt inter- und transdisziplinär diskutiert. In Anlehnung an die OECD-Definition können wir darunter den Bestand an gemeinsam geteilten Normen, Werten und Überzeugungen verstehen; diese führen zu sozialem Vertrauen und förderlichen sozialen Netzwerken, geprägt von verbindlichen zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen im sozialen Nahraum.[2]

Das Sozialkapital-Konzept kann vielseitig begründet werden: Aus betriebswirtschaftlicher Sicht reduziert Sozialkapital die auf Märkten anfallenden Transaktionskosten und führt damit zu effizienteren ökonomisch-sozialen Austauschprozessen.[3] Aus volkswirtschaftlicher Sicht entwickeln Regionen mit ausgeprägtem Sozialkapital höhere Formen von Lebensqualität und Prosperität. Aus soziologischer und sozialarbeitswissenschaftlicher Sicht kann Sozialkapital in einer zunehmend zur Konfliktgesellschaft mutierenden Wissensgesellschaft (vgl. Denz 2008 in dieser Ausgabe), im sozialen Nahraum einen ethisch fundierten und handlungspraktisch erprobten Gegenpol zu Vereinzelungen, Egoismen und Exklusionen bilden.

Gelebte Solidarität und Integration – also das Teilen eigener emotionaler, zeitlicher und sogar materieller Ressourcen mit anderen sowie die normative und emotionale Verbindung mit anderen und das Mitwirken in lokalen Netzwerken und Aktivitäten – sind daher mit dem Ansatz des sozialen Kapitals eng verbunden. Einerseits bilden sie eine notwendige Grundlage um soziales Kapital zu verbreiten; zugleich sind sie aber auch konstruktive Folge, wenn sich Sozialkapital im Nahraum entwickelt. Die positiven Wirkungen gut funktionierender sozialer Netzwerke sind empirisch gut belegt – ihr Gegenteil auch: Sozial isolierte und einsame Menschen sind häufiger krank als sozial integrierte. Dagegen steigern funktionierende familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke die individuelle Lebenserwartung aufgrund organisatorischer Entlastungen; mit ihnen sind beispielsweise belastende Lebensereignisse besser zu bewältigen. Vielfalt, Größe, Dichte, Intensität und Dauerhaftigkeit sozialer Netze sind hierzu die empirisch relevanten Messgrößen.[4]

Die „Sozialkapital-Metapher“ ist von den bezugswissenschaftlichen AutorInnen gezielt gewählt, weil sie die Wahrnehmung auf drei wesentliche Aspekte lenkt:[5]
1. soziale Unterstützungs- und Integrationsnetzwerke können gestaltet werden,
2. damit sind sie auch gezielt von innen wie außen steuerbar,
3. und sie liefern im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung einen systemischen Mehrwert, der über die individuelle Gesundheit und Lebensqualität hinausgeht und Gemeinnutzen stiftet.

Österreichs Leiterinnen und Leiter der Fachhochschul-Studiengänge „Soziale Arbeit / Sozialarbeit“[6] einigten sich nach einer durchaus kontrovers geführten Diskussion darauf, diesen schillernden Terminus in seiner sprachlichen Abwandlung „soziales Kapital“ programmatisch zu verwenden. Sie gründeten einen „Verein zur Förderung wissenschaftlicher Publikationen zur Sozialarbeit“ und damit zugleich das neue sozialarbeitswissenschaftliche Online-Journal mit dem Titel „soziales kapital“.[7]

„soziales kapital“ verfolgt sechs zentrale Ziele:
1. will es wissenschaftliche Beiträge zu einer Sozialarbeitswissenschaft und angewandten Forschung in der Sozialen Arbeit im weiteren Sinne veröffentlichen. Hierbei sollen sich selbst als sozialarbeiterisch und/oder sozialpädagogisch verstehende Beiträge und Aufsätze aus Nachbarwissenschaften mit Bezug zur Sozialarbeit verbreitet werden.
2. möchte es ein Publikationsforum für österreichische AutorInnen bieten, die Studien im thematischen Bereich der Disziplin der Sozialen Arbeit (Sozialarbeit, Sozialmanagement, Sozialpädagogik) durchführen. So dient das Journal auch dazu, eine wissenschaftliche Community rund um die Disziplin heranzubilden und die Publikationstätigkeit von Lehrenden der FH-Studiengänge Sozialarbeit in Österreich zu fördern.
3. stellt es ein Forum für Innovation und Reflexion in der genannten Disziplin dar.
4. lädt es Kolleginnen und Kollegen aus dem deutschen und englischen Sprachraum ein, sich am Diskurs zu beteiligen und ihn zu erweitern.
5. ergänzt es „Sozialarbeit in Österreich“, die Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen durch seine breite Anlage.
6. bietet es einen freien Zugang zum Zeitungsinhalt und verfolgt damit den Grundsatz, dass eine für die Öffentlichkeit frei zugängliche Forschung einen

globalen Wissensaustausch unterstützt.

„soziales kapital“ präsentiert acht Rubriken:

Die Rubrik „**Thema**“ stellt den ersten Schwerpunkt dar. Hier publizieren österreichische AutorInnen sozialarbeitswissenschaftliche Beiträge zum jeweils angekündigten zentralen Thema der Ausgabe. Die ersten vier Zentralthemen stehen bereits fest: Frühjahr 2008: Sozialarbeit und Soziales Kapital / Herbst 2008: Qualität in der Sozialen Arbeit / Frühjahr 2009: Soziale Arbeit und Soziale Verantwortung / Herbst 2009: Der Organisationsdiskurs in der Sozialen Arbeit. Die Rubrik zielt darauf ab, den österreichischen Fachdiskurs anzuregen und damit die nationale Sozialarbeitswissenschaft zu fördern. In ihr können vielfältige Beiträge publiziert werden zwischen theoretischen Analysen, Fachdiskursen, Best-Practice-Darstellungen und empirischen Studien. Die für die Rubrik „Thema“ eingereichten Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen.

„**Junge Wissenschaft**“ bietet herausragenden Nachwuchs-Wissenschafterinnen und –wissenschaftern aus dem sozialarbeitswissenschaftlichen Bereich eine Möglichkeit, ihre Werke online zu publizieren. Sie gibt dem sozialarbeitswissenschaftlichen Nachwuchs eine Plattform, um sich in der Scientific Community bekannt zu machen. Zielgruppe sind entsprechende AbsolventInnen

mit Diplom oder Master-Graduierung und wissenschaftliche MitarbeiterInnen in sozialarbeitswissenschaftlichen Gebieten. Beiträge in der Rubrik „Junge Wissenschaft“ können demnach zusammenfassende Darstellungen von Diplom- und Master-Arbeiten oder von anschließenden Forschungs- und Entwicklungsprojekten sein.

„**Werkstatt**“ ist eine Rubrik, die wissenschaftliche und Fachbeiträge abseits des Schwerpunktthemas ermöglicht. Hier können Artikel über Forschungs- und Entwicklungsprojekte ebenso publiziert werden wie Konzepte und Werkstattberichte aus der Praxis Sozialer Arbeit. Mit der Rubrik „Werkstatt“ bietet das Online-Journal Kolleginnen und Kollegen aus dem deutschen und englischen Sprachraum die Möglichkeit, aktuelle sozialarbeitswissenschaftliche Produkte der Fachöffentlichkeit zu präsentieren. Besonders PraxisexpertInnen der Sozialen Arbeit sind an dieser Stelle aufgefordert, ihre evidenzbasierten Fachbeiträge in den Diskurs einzubringen. Mit dieser Rubrik zielt das Online Journal „Soziales Kapital“ darauf ab, Theorie und Praxis der Sozialarbeitswissenschaft wenn nicht sogleich zu verknüpfen, so doch zu vermitteln und einander anzunähern.

Die Rubrik „**Nachbarschaft**“ greift wissenschaftliche und Fachbeiträge aus angrenzenden Disziplinen auf und bindet sie in den sozialarbeitswissenschaftlichen Diskurs ein. Damit wird die Nähe der multiperspektivischen und transdisziplinären Sozialen Arbeit zu den traditionellen Sozial- und Humanwissenschaften betont. Zugleich formuliert das Online-Journal mit dieser Rubrik den Anspruch, Sozialarbeitswissenschaft als eigenständige Disziplin zu etablieren und dabei Gemeinsamkeiten wie Unterschiede zu anderen Disziplinen im Diskurs herauszuarbeiten.

„**Rezensionen**“ bietet etliche Übersichten über relevante Fachliteratur.

„**News**“ liefert aktuelle Informationen aus der sozialarbeitswissenschaftlichen „Szene“.

Und die Rubrik „**Termine**“ verweist auf anstehende Veranstaltungen aus dem Fachspektrum.

Unter **www.soziales-kapital.at/** erscheint das Online-Journal „soziales kapital“ ab Ende Mai 2008. Wir Herausgeberinnen und Herausgeber wünschen uns eine breite regionale, nationale und internationale Beteiligung, die zu einem umfassenden sozialen Kapital für die Professionsentwicklung der Sozialen Arbeit beiträgt.

---

[1] Putnam, R.: Gesellschaft und Gemeinsinn – Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh 2001

[2] OECD: Vom Wohlergehen der Nationen – die Rolle von Human- und Sozialkapital – Ausbildung und Kompetenzen. Paris 2004, S. 52 / In: http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/9601015E.PDF ; download am 25.04.2008

[3] Knack, S. & Keefer, P.: Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 112(4), 1997, S. 1251-1288.

[4] Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Weinheim 2006, S. 49 f, S. 81-84

[5] Vgl. ebd., S. 83

[6] Barbara Bittner, FH Campus Wien / Karl Dvorak, FH St. Pölten / Frederic Fredersdorf, FH Vorarlberg / Christine Gruber, FH Campus Wien / Marianne Gumpinger, FH Oberösterreich / Michael Klassen, FH MCI / Peter Pantucek, FH St. Pölten / Klaus Posch, FH Joanneum / Bringfriede Scheu, FH Kärnten / Heinz Wilfing, FH Campus Wien .

[7] Verein zur Förderung wissenschaftlicher Publikationen zur Sozialarbeit / Vereinsadresse: 1100 Wien, Ettenreichgasse 45b / Postadresse: Dr. Klaus Posch, FH-Joanneum, 8020 Graz, Eggenberger Allee 11 / Email: redaktion@soziales-kapital.at

Im und gegen den Staat

Text: Mag. Kevin Brown

Sozialarbeit – die radikale Tradition in Schottland

40 Jahren sind vergangen, seitdem Social Work (Scotland) Act 1968 verabschiedet wurde. Warum war bzw. ist dieses Gesetz so wichtig? Könnte es sein, dass die Situation vor 40 Jahren in Schottland eine Verbindung und Bedeutung mit der vorliegenden Situation der Sozialen Arbeit in Österreich hat?

Dieses Gesetz hat u.a. ein radikales neues System, Kinderprobleme zu behandeln, eingeführt, das ‚Children's Hearings' System heißt, und es ist weltweit anerkannt. Ein Children's Panel enthält 3 ausgebildete Freiwillige, die in der Gemeinde wohnen und die von einem breiten Spektrum von unterschiedlicher Vorbildung stammen, und nimmt sich der Bedürfnisse des Kindes an und trifft Entscheidungen. Das Panel beachtet nur diese Bedürfnisse und diskutiert die Umstände des Kindes und der Familie mit Eltern, Kind und Sozialarbeiter. Es spielt keine Rolle, ob das Kind eine strafbare Handlung begangen hat oder die Eltern das Kind vernachlässigt bzw. verwahrlost haben. Die Maßnahmen müssen im besten Interesse und der Wohlfahrt des Kindes sein.
Weiters, §12 des schottischen Gesetzes verpflichtet jeder, der/ die im öffentlichen Dienst tätig ist, Soziale Fürsorge, einschließlich durch Sozialen Wandel, zu fördern. In den 60igern ist in Großbritannien der Soziale Wandel so wichtig geworden, weil soziale Probleme wie Armut und Gewalt gegen Frauen ‚neu entdeckt' wurden. In einer modernen Gesellschaft (und insbesondere in einem liberalen Land wie Schottland) waren diese sozialen Probleme und Unterdrückungen untragbar.

Das schottische Gesetz wurde stärker und früher als das vergleichbare Gesetz in England umgesetzt, weil sich die Politik in Schottland immer mehr links orientierte. Die Kultur in Schottland ist mit sozialer Gerechtigkeit und gegen sozialen Ausschluss verbunden.

Während der 70iger hat sich in Großbritannien die Zahl der SozialarbeiterInnen rasch vergrößert. Diese AufsteigerInnen waren oft ursprünglich Soziologen, deren politische Meinungen im Marxismus begründet waren. Sie haben danach ein zusätzliches Masterstudium in Sozialer Arbeit absolviert. Diese SozialarbeiterInnen haben sehr gegen individuelle Erklärungen der sozialen Probleme (und Theorien wie Psychodynamische Sozialarbeit und Verhaltenstherapie, die in Hilfe und Kontrolle begründet sind) angekämpft.

Durch die Erscheinung des Buches 'Radical Social Work'[1] 1975 in Großbritannien, war die radikale Tradition in der Sozialen Arbeit Literatur begründet. Kurz danach haben sich diese Ideen auch in Australien und Kanada verbreitet. Gleichzeitig haben wir Ideen von Südamerika übernommen, besonders die von Paulo Friere, die auch in ‚Befreiungstheologie' eingebettet wurden.[2] Diese Ideen haben die progressive marxistische Position bestätigt und weiter entwickelt.

Es gibt drei verschiedene Ansätze von Marxismus:
Progressiv – Soziale Arbeit als positives Sozialänderungswirkungsmittel
Reproduktiv – Soziale Arbeit als soziale Kontrollinstanz
Widersprüchlich – Soziale Arbeit als doppeltes Mandat, Kontrolle und Sozialänderung Wirkungsmittel

Im deutschsprachigen Raum spricht man über ein doppeltes Mandat in der Sozialen Arbeit – aber Hilfe gegen Kontrolle. Im Vergleich haben schottische SozialarbeiterInnen eigentlich drei Mandate bekommen, die auf die drei (widersprüchlichen) Ziele der Sozialen Arbeit fokussiert sind – ***Hilfe***, für Leute mit Bedürfnisse ungeachtet von ihren Taten; ***Kontrolle*** (von Erwachsenen), wenn verwundbare Kinder (bzw. Erwachsene) gefährdet sind; und grundlegend ***Sozialänderung***, gegen die Ursachen der sozialen Probleme.

SozialarbeiterInnen in Schottland haben allgemein die progressive radikale (weniger die widersprüchliche) Position angenommen. In dieser Zeit waren fast alle SozialarbeiterInnen Gemeinde- oder Staatsangestellte – diese Situation besteht noch. Der Privatbereich ist unbedeutend, der Non-Profit Bereich klein und abhängig von dem Staat. Deshalb waren und sind wir im Bezug auf das Mandat, gleichzeitig im und gegen den Staat.

Zwischen 1970 und 1990 war Soziale Arbeit in Schottland generisch. Wir hatten eine holistische und radikale Perspektive von Gemeinschaften und gesellschaftlichen Problemen, und haben mit den verschiedensten Klientengruppen und anderen BürgerInnen gegen die Gründe der Probleme gekämpft. Soziale Arbeit hatte wenig Stigma, und wir hatten eine hohe Zahl der selbstvermittelnden KlientInnen. Als Professionelle waren wir nicht von einander in verschiedenen Fachrichtungen getrennt

(Jugendamt, Bewährungshilfe, usw.), und waren deshalb nicht im Wettkampf um Subventionen. In jeder Gemeinde haben Einwohner ein, One Stop Shop' für soziale Dienstleistungen gehabt. Die Grundsätze der Arbeit waren klar – Anti-Diskriminierung, Ermächtigung, Befürwortung, Sozialer Wandel.

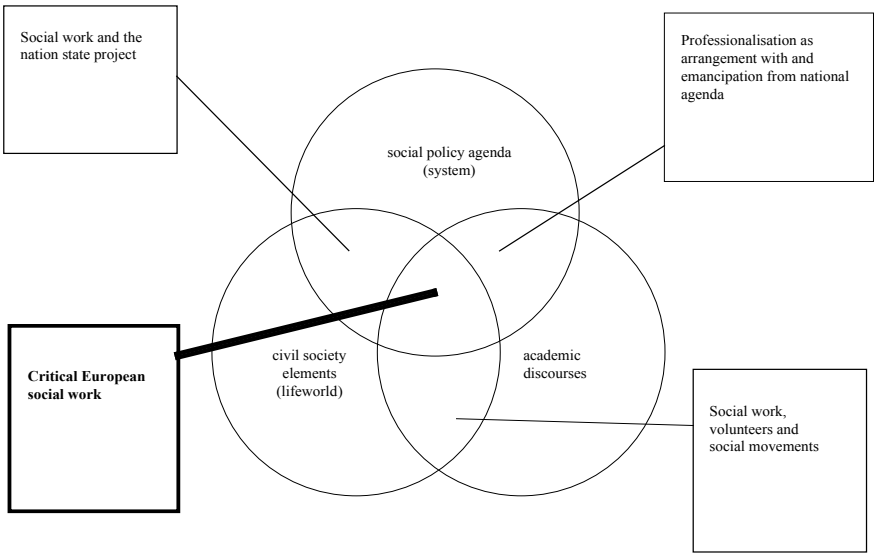
Der politische Zusammenhang der Sozialen Arbeit in Europa in den 1990ern

'From the middle of the 1990s onwards, social workers in all parts of Europe encountered a perplexing similarity of experiences almost regardless of the welfare regime under which they worked.'[3]

Die Ankunft von Thatcherism in 1979 führte zu einem politischen Konflikt mit den Gewerkschaftsbünden, und zu Änderungen der Sozialverantwortungen. Soziale Probleme wurden neu definiert und in private Schwierigkeiten oder Defizite umgesetzt. Anstelle von sozialem Wandel war der Fokus der sozialen Politik zunehmend an Hilfe und insbesondere Kontrolle gebunden.
1. Die Dienstleistungen wurden unter finanziellem Druck gesetzt, und als eine Belastung der öffentlichen Finanzen gesehen
2. Organisatorische Zwangsänderungen involvierten die Privatisierung der nebensächlichen Sektoren der Dienstleistungen
3. Der Begriff des 'New Public Managements' wurde eingesetzt

In Schottland war das politische Mandat der Sozialen Arbeit noch tätig, aber es wurde zusätzlich schwieriger. Während Thatcherism, voll gestopft mit hemmender von den Vereinigten Staaten importierter Ideologie, hat die Soziale Arbeit einen Rückschritt gemacht. Es gab eine Schwerpunktverlagerung, fernab vom Sozialen Wandel und zu der Sicherung von einer neuen Art des Kapitalismus.[4]

Lorenz stellt ein Modell von Europäischer Sozialer Arbeit dar, in dem ist Soziale Arbeit in drei ‚Welten' (Soziale Politik, Lebenswelt, und Ausbildung) begründet. Lorenz's ‚critical European social work project' stellt sich in den Raum, wo Soziale Arbeit stattfindet und



wir neue Formen der sozialen Solidarität entwickeln müssen. Diese Solidarität verbindet die Lebenswelt mit universellen Menschenrechten. Soziale Arbeit als reflexive Praxis kann durch Intervention gleichzeitig mit Individuellen und Gruppen und mit der Sozialen Politik die Bedingungen von echter Bürgerschaft schaffen. Zusätzlich muss sich die Soziale Arbeit mit transnationaler sozialer Politik und internationalen sozialen Bewegungen auseinandersetzen.
Er zeigt die dynamische Stelle von Sozialer Arbeit.[5]

Wenn europäische Länder Soziale Arbeit nach konservativen und kapitalistischen Denken umzustrukturieren versuchen, um reaktionär soziale Politik, Ungleichheit und Menschenrechtsverletzungen einzuführen, sollten SozialarbeiterInnen in Verbindung mit KlientInnen und AkademikerInnen gegen sie ankämpfen.

Das Erbe von Radikalismus für Soziale Arbeit

Lavalette und Ferguson[6] geben an, dass die heißen Aktien für SozialarbeiterInnen in Großbritannien, Australien, Neuseeland und Kanada in den 70igern Gesellschaftsschicht, Gender und Rasse waren. Erstmals wurde Aufmerksamkeit auf Unterdrückung und Kolonisation von indigen Völkern fokussiert. In Australien und Neuseeland ist indigene Soziale Arbeit nicht nur an kulturelle Kompetenz sondern auch auf anti-diskriminierender, anti-rassistischer Praxis begründet. Kritische Soziale Arbeit ist wichtig in diesen Ländern und kombiniert ihren Fokus auf Andersartigkeit, Selbstbestimmung und ‚Empowerment'.

In Kanada fokussieren SozialarbeiterInnen auf soziale Bewegungen und Anti-Globalisationsaktivitäten. Sie verbinden den globalen Kontext mit lokalen Fragen.

In Großbritannien ist es klar, dass neoliberale Soziale Arbeit nicht das Übel der KlientInnen an der Wurzel packt. SozialarbeiterInnen sind stark gegen ‚New Managerialism', weil es sie von der direkten Arbeit mit KlientInnen und deren Gemeinschaften trennt. Inzwischen haben KlientInnen (‚Service Users') sich organisiert, sie haben mehr Macht und Selbstbewusstsein und stellen Ansprüche. Die Regierungen in Großbritannien haben bevor und nach Thatcher Gesetze gegen Diskriminierung, für Chancengleichheit und für sozialen Einschluss eingeführt.

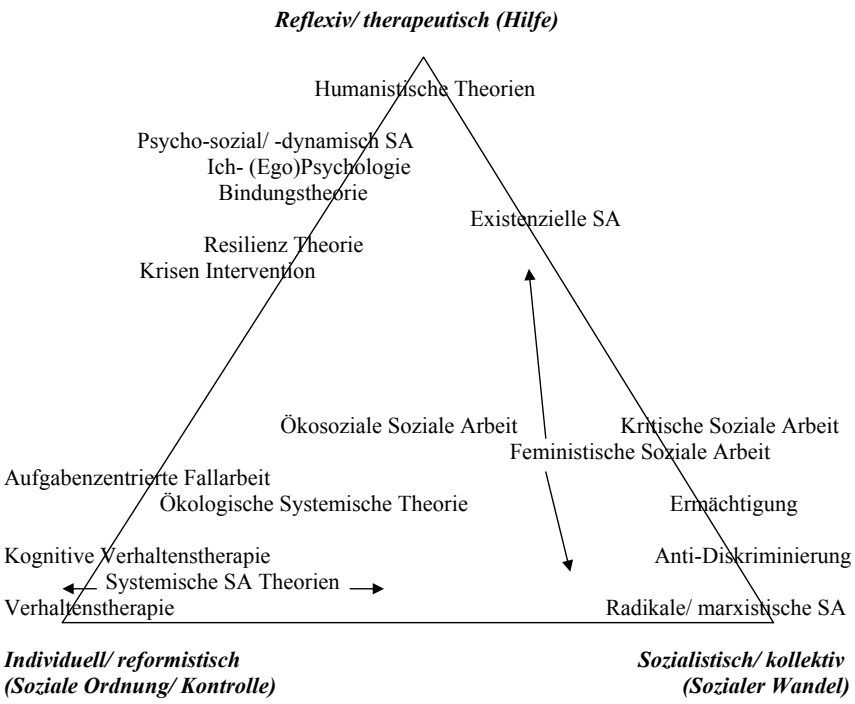
Die Ansätze und Einsätze der Sozialen Arbeit sind nicht auferlegt, sondern sind auf Zwiesprache begründet, um soziale Gleichheit, Teilhabe und soziale Gerechtigkeit zu fördern und befähigen. Zurzeit sind ‚Anti-Diskriminierung und Anti-Unterdrückende Praxis', feministische Soziale Arbeit, und kritische Soziale Arbeit hervortretende Theorien in der schottischen Praxis, obwohl ökologische systemische Theorie die Politik der Regierung untermauert.
Es gibt 3 verschiedene Ansätze[7], die in

die Theorien der Sozialen Arbeit (ebenso wie Praxis- oder Handlungs-Theorien) passen. Manche Theorien liegen zwischen Kategorien. Die drei Kategorien sind:

- Reflexiv/therapeutisch (Hilfe, begründet in Individualismus)
- Individuell/reformistisch (Soziale Ordnung/ Kontrolle, begründet in Utilitarismus)
- Sozialistisch/ kollektiv (Sozialer Wandel, begründet in Radikalismus, sozialer Gerechtigkeit und sozialer Gleichheit)

Meine Abbildung der wichtigsten Theorien der Sozialen Arbeit folgt:

Anm. Varianten von Systemischen Theorien schließen Luhmannische, Bungische – vgl. Obrecht und Staub-Bernasconi – und ein paar amerikanische Theorien ein, und reichen von bloßer sozialer Ordnung bis hin zu einer Mischung von sozialer Ordnung und sozialem Wandel. Feministische Soziale Arbeit ist schwierig an die Abbildung zu stellen – es gibt mindestens 5 verschiedene feministische Perspektiven.
Daher finde ich es verwunderlich, dass SiO (2/2006) den Sachverhalt ‚Ist die politische Sozialarbeit tot?' angeschnitten hat. Sicherlich ist das ein ‚Non-Thema'. Ich finde es grotesk, dass Galuske in jenem Journal geschrieben hat: ‚Soziale Arbeit hat kein politisches Mandat, aber eine politisches Funktion'. Erstaunt lese ich, ‚Einen gesellschaftskritischen oder gar gesellschaftsverändernden Auftrag hat die Soziale Arbeit nicht, auch wenn manche ihrer Vertreter dieses mit klugen Worten immer wieder zu beschwören versuchen.' Soziale Arbeit sei ‚ein Element moderner sozialstaatliche Regulation von Lebensläufen und sozialen Desintegrationsrisiken und insofern systemstabilisierend.'[8] Es scheint mir, dass Galuske sich im und für den (neoliberalen) Staat stellt, und gegen den beruflichen, professionellen Standpunkt der IFSW und die Bedürfnisse und Menschenrechte der KlientInnen. Vielleicht schreibt er nur über den Zustand der Sozialen Arbeit in Österreich. Könnte es sein, dass die Meinungen im deutschsprachigen Raum konservativer und mehr an Kontrolle fokussiert sind, im Vergleich zu den englischsprachigen Länder (ausgenommen den Vereinigten Staaten)? Andere AutorInnen[9], die in dieser Ausgabe der SiO Artikel geschrieben haben, sind nicht dieser Meinung, und haben sich auf die IFSW Definition der Sozialen Arbeit bezogen:
‚Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt *(empowers)* die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.'[10]



Diese IFSW Definition stammt von Radikalismus. Selbst wenn Galuske missmutig mit und abschlägig von dieser Definition ist, ist es zweifelsohne deutlich, dass Sozialer Wandel das Hauptziel der sozialen Arbeit ist. Das erste professionelle Mandat[11] der Sozialen Arbeit ist, sozialen Wandel zu fördern.

Die Politik in Schottland

Seit 1999 ist sozialer Einschluss die höchste Priorität für die Regierung in Schottland. Seit 2000 hat die schottische Regierung das 21st. Century Social Work Projekt eingeführt. Einige der wichtigsten Gründlagen sind:

- the role of service users and carers in the design and delivery of services is enshrined (d.h. sie ist ‚verehrt' und im Gesetz verankert)
- the functions of the registered social workers will be regulated and protected
- the interests of service users and carers will continue to be represented and acted upon.[12]

Die Regierung hat 2005 eine ‚Vision for Children's Services'[13] entwickelt. Die Dienstleistungen sollen

- Be accessible, locally based, address locally identified needs and risks and be designed along with parents and children
- Strengthen the capacity of families and communities to meet the needs of their children
- Take responsibility for action to improve children's lives; and
- Be accountable to the communities they serve'

Die Schwerpunkte des Plans sind, zuerst die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit KlientInnen und Einwohnern in der Gemeinschaft. Sie müssen

selbst bestimmen, was sie brauchen. SozialarbeiterInnen müssen Klientinnen ermächtigen – das ist verpflichtend. Die Dienstleistungen der verschiedenen Professionen sind vernetzt bzw. integriert.
Seit 1997 haben die britischen Regierungen Millionaufträge für sozialen Einschluss gegeben, aber der Abstand zwischen Reich und Arm ist so groß wie zuvor. Außerdem haben die Fähigkeiten und die Motivation der sozial benachteiligen Einwohner in der Gesellschaft teilzunehmen, nicht zugenommen. Dies gilt für ganz Europa.[14] Neoliberalismus löst nicht die Ursache der sozialen Probleme. Wenn Kapitalismus, aufgrund der strukturellen Widersprüche, eher Probleme schafft als löst, dann müssen wir das System ändern. Es ist unsere gesetzliche und berufliche Pflicht.

Nach 28 Jahren Praxiserfahrung glaube ich, dass KlientInnen sich mit der IFSW Definition der Sozialen Arbeit solidarisch erklären können. Das Mandat der KlientInnen ist, sozialen Wandel zu fördern.

Ausbildung der Sozialen Arbeit

Trotz des Thatcher Regime hat sich die radikale Ausbildung der britischen SozialarbeiterInnen weiter entwickelt. Das Central Council for Education and Training in Social Work hat eine sehr starke Position gegen Diskriminierung angenommen.[15] StudentInnen müssen in Theorie und Praxis aufzeigen, wie sie gegen Diskriminierung in der Gesellschaft und in der Arbeitsstelle ankämpfen. Fixer Bestandteil der Aufnahmebedingungen der sozialarbeiterischen Ausbildung ist die Anti-Diskriminierende Ideologie der Studierenden. StudentInnen können ihre Praktika nur dann erfolgreich absolvieren, wenn sie Anti-Diskriminierende Praxis darstellen. Verpflichtend ist es für die Universitäten und Arbeitgeber ausdrückliche Anti-Diskriminierende Prinzipien aufzulegen. Folgendes ist ein typischer Ausschnitt[16]:
'This society is built on unequal power relations based on race, class, gender, age, ability and sexuality – a situation that is unjust... Such fundamental issues have to be addressed by this social work training programme… Discrimination will be challenged by us in an individual, institutional and corporate way as an integral part of all training programmes... We shall also support students who challenge such discrimination.'

Die Ausbildung der Sozialen Arbeit ist gut unterstützt von Universitäten, Arbeitgebern und Regierungen. Praktika sind von SozialarbeiterInnen, die eine besondere Fortbildung absolviert haben, angeleitet. Für diese Anleitung enthalten PraxislehrerInnen ungefähr 5 Stunden pro Woche vom Arbeitgeber.

Die vollqualifizierte Profession

In den britischen Ländern sind Soziale Arbeit als Beruf und SozialarbeiterInnen als professionelle PraktikerInnen gesetzlich geregelt. Alle neue BerufsanfängerInnen müssen AbgängerInnen von Universitäten bzw. ‚post-graduate' Studiengängen sein und alle praktizierenden SozialarbeiterInnen müssen registriert sein und unterliegen einer regelmäßigen professionellen Fortbildung. Die Behörden (Social Service Councils) haben den ‚Codes of Practice'[17] für beide Arbeitgeber und Angestellte publiziert. Anti-Diskriminierende Praxis und die Ansätze der Menschenrechte sind ausdrücklicher Schwerpunkt dieser Akte.

Status der Sozialen Arbeit und der SozialarbeiterInnen

Der Status der Sozialen Arbeit und der SozialarbeiterInnen ist in Großbritannien wesentlich höher als in Österreich, und es gibt viel mehr SozialarbeiterInnen pro Einwohner. Weiters haben sie auffällig weniger ‚Fälle' durch ihre hohe Beteiligung der Interventionen (z.B. in ‚children's services' arbeiten SozialarbeiterInnen im Durchschnitt mit 12 Familien). SozialarbeiterInnen haben die Möglichkeit in verschiedenen Weisen mit KlientInnen und ihrer Gemeinschaft zu handeln – einschließlich Gruppenarbeit und Gemeinwesensarbeit.
Es gibt für KlientInnen weniger Stigma eine/n SozialarbeiterIn zu haben. Wenn SozialarbeiterInnen einen höheren Status haben, dann haben KlientInnen ebenfalls einen höheren Stellenwert. Wenn SozialarbeiterInnen in Partnerschaft mit KlientInnen arbeiten, dann haben KlientInnen mehr Macht.
Und die Macht der SozialarbeiterInnen (und die der Universitätslehrenden, die die Kurse leiten) hat in hohem Maße die radikale Tradition bewahrt. Radikalismus ist aber nicht billig zu haben – SozialarbeiterInnen in Großbritannien verdienen jährlich zwischen € 36,000 am Anfang und € 50,000 nach ein paar Jahren.

---

[1] Bailey, R. and Brake, M., (eds.) **Radical Social Work.** Edward Arnold, London, 1975
[2] Freire, P. **Pedagogy of the Oppressed.** Continuum Publishing, London,1970
[3] Lorenz, W. **Perspectives on European Social Work – From the Birth of the Nation State to the Impact of Globalisation.** Barbara Budrich, Opladen, 2006, s.137
[4] Vgl. ibid. s.137
[5] Ibid. s.19
[6] Lavalette, M. and Ferguson, I. (eds.) **International Social Work and the Radical Tradition.** Venture Press, Birmingham, 2007
[7] Vgl. Payne, M. **Modern Social Work Theory, 3rd. Edition.** Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2005
[8] Galuske, M. ‚Zwischen staatstragender Funktion und gesellschaftskritischen Selbstverständnis' in **SiO 2/06,** obds, Wien, 2006, s.12
[9] z.B. Wehsely, T. und Stark C. in **SiO 2/06,** op.cit.
[10] www.ifsw.org, IFSW, 2000. Die englische Version ist radikaler als die deutsche, und spricht über ‚the empowerment and the liberation of people', nicht nur über ‚Befähigung' (enabling) und ‚in freier Entscheidung'
[11] Vgl. Lorenz, W. 2006, op.cit; Staub-Bernasconi, S. **Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft.** Haupt, Berne 2007, beschriebt es wie das dritte Mandat
[12] Scottish Executive **Changing Lives.** Edinburgh, 2002
[13] Scottish Executive **Getting it Right for Every Child.** Edinburgh, 2005
[14] Vgl. Marlier, E., Atkinson, A.B., Cantillon, B. and Nolan, B. **The EU and Social Inclusion.** Policy Press, Bristol, 2007
[15] CCETSW, 1989
[16] Consortium of Manchester Universities **Practice Teacher Workbook.** Manchester, 2005
[17] z.B. Scottish Social Services Council **Code of Practice for Social Workers and Employers** Dundee, 2002

Kevin Brown BA (Hons), MA, CQSW, PTA,1979 - 2007 war er Sozialarbeiter, Praxislehrer, Trainer, Manager, und Berater in Schottland, und von 1999 auch Direktor einer nationalen Bildungsvernetzung für die schottische Regierung. Er hat verschiedenen Publikationen in den sozialen Bereichen Soziale Arbeit, ‚Bullying', sexueller Missbrauch, alternative Lernmethoden, usw. In 2007 ist er nach Tirol umgezogen, wo er Soziale Arbeit bei Management Center Innsbruck unterrichtet.

Älter werden trotz Methadon

Text: DSA Dagmar Witzerstorfer

In der klinischen Praxis zeigt sich in den letzten Jahren ein signifikanter Anstieg von Personen jenseits des 40. Lebensjahres, die aufgrund ihrer langjährigen Drogenabhängigkeit von einem vorzeitigen und beschleunigten Alterungsprozess betroffen sind.
So stieg in der Einrichtung STOP. Betreutes Wohnen für Substituierte des Trägers Notdienst für Suchtmittelgefährdete – und abhängige Berlin e.V. der Anteil der Bewohner über dem 40. Lebensjahr innerhalb von zwei Jahren von 19% auf 46%. Dieser Trend bestätigt sich auch in anderen deutschen Städten in unterschiedlichen Feldern der Drogenarbeit. Der Frankfurter Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. konstatiert für den Fachbereich Suchthilfe schlicht: „Die Klienten werden älter".
Diese Tendenz spiegelt sich in bundesweiten Statistiken und Untersuchungen, wie beispielsweise der Kriminalitätsstatistik, den Zahlen der DHS oder einer breit angelegten Befragung des Diakonischen Werkes der EKD wider. Angesichts dieser Entwicklungen erwarten Fachleute in den nächsten Jahren einen erhöhten Bedarf an speziellen Angeboten für diese Zielgruppe und fordern zugleich die Entwicklung geeigneter Betreuungskonzepte, die bislang nur vereinzelt vorhanden sind.
Älteren Substituierten wurde bisher nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Dies liegt u. a. daran, dass ihr (Bei)Konsum mit zunehmendem Alter unauffälliger wird. Sie halten sich weniger an Szeneplätzen auf und ziehen sich damit zunehmend aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Durch dieses Wegbrechen letzter sozialer Netzwerke entstehen zunehmend Vereinsamung, Perspektivlosigkeit und die Tendenz zu depressiven Verstimmungen, was sich unter anderem oft in einer massiven Verwahrlosung im Wohnumfeld niederschlägt. Den wichtigen Teilhabefaktor Arbeit kann ein Großteil dieser Personen nicht für sich nutzen, da fehlende Berufsausbildungen und gesundheitliche Einschränkungen zu einem dauerhaften Bezug von ALG II, Grundsicherung oder zur Berentung führen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil dieser älteren drogenabhängigen Menschen aus gesundheitlichen Gründen ihren eigenen Wohnraum längerfristig nicht aufrechterhalten können wird.
Wurde bis Ende der 80er Jahre davon ausgegangen, dass Drogenkonsumenten nicht alt würden, so sehen wir heute, dass das Älterwerden dieser Zielgruppe einerseits durch breitgefächerte Überlebenshilfen und andererseits durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bei Infektionskrankheiten sowie vor allem durch das flächendeckende Netz an Substitutionsbehandlungen möglich geworden ist. Die veränderte Altersstruktur der Substituierten stellt die Drogenhilfe vor neue Fragen und Herausforderungen. Neben den beschriebenen sozialen Risiken spielen Komorbidität, Mobilitätseinschränkungen sowie vorzeitige Alterserscheinungen und Perspektivlosigkeit eine zunehmend wichtige Rolle. Die Konzepte der Drogenhilfe entsprechen nur bedingt dem Bedarf vorzeitig gealterter Substituierter. Insgesamt zeichnet sich die Drogenhilfe durch zukunftsorientiertes Vorgehen und das langfristige Bemühen um eine abstinente Lebensführung aus, was der Lebenswirklichkeit älterer oder vorzeitig gealterter Substituierter nicht gerecht werden kann. Die Frage nach angemessenen Hilfestellungen für ältere Substituierte mit Beigebrauch wird auch deshalb virulent, weil diese Personengruppe von den traditionellen Angeboten der Seniorenhilfe kaum erreicht werden kann.
Angesichts der steigenden Nachfrage und unter der Prämisse, dass so lange wie möglich ambulante Maßnahmen den stationären Angeboten und die Integration der Segregation vorgezogen werden soll, hat der Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. 2007 im ambulant betreuten Wohnen für Substituierte entsprechende Maßnahmen gesetzt. Die enge Kooperation mit einem Pflegedienst, behindertengerechte Wohnungen, Gesundheits- und Rentensprechstunden, das Beikonsumreduktionsprogramm „Contraddict für Gruppen" sowie eine verstärkten Einbindung der älteren Bewohner in das Gemeinwesen soll eine dauerhafte Wohnmöglichkeit sicher stellen. Die Grenze dieses Modells, das sich in der Praxis bewährt, ergibt sich aus dem individuellen Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern.
Mit der Schwerpunktsetzung „Alter und Sucht" der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen im Jahr 2006 und der Thematisierung der Problematik bei Tagungen kam Bewegung in die Diskussion um ältere Drogenkonsumenten. Trotzdem: Es darf weiter nachgedacht werden.

Dagmar Witzerstorfer Bereichsleiterin Betreutes Wohnen Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e.V.
Literatur bei der Verfasserin

Bücher

Zusammengestellt von DSA Gabriele Hardwiger-Bartz

Katharina Heimerl
Orte zum Leben – Orte zum Sterben
Palliative Care in Organisationen umsetzen
Palliative Care und Organisationsethik, Band 15
2008, Lambertus Verlag Freiburg, 64 Seiten, 9,00 Euro, ISBN 978-3-7841-1790-4
Veröffentlicht mit Unterstützung des Forschungsrates der Alpen-Adria Universität Klagenfurt aus den Mitteln der Privatstiftung der Kärntner Sparkasse

Heutzutage wird gerne ignoriert, dass wir Menschen sterblich sind. Trotzdem ist der Tod unausweichlich. Wenn es denn doch sein muss, so scheint für viele ein plötzlicher Tod am besten zu sein. Nun hat dieser Wunsch oft nichts mit der Wirklichkeit zu tun. Die meisten Menschen sterben im Alter; vor dem Tod steht oft eine schwere Erkrankung oder ein Unfall mit schwerwiegenden Folgen. Die Hoffnung ist weit verbreitet, diesen letzten Weg in vertrauter Umgebung mit vertrauten Menschen gehen können. Aber dies ist häufig nicht möglich. Die überwiegende Mehrheit unserer Mitmenschen stirbt in Institutionen wie Krankenhaus und Pflegeheim (in der Großstadt mehr als in ländlichen Gebieten). Viele sind auf diesem Weg auch ganz allein. Es ist illusorisch zu glauben, dass es immer nur „den anderen" passiert. Wegschauen - und es nicht wahrhaben wollen - ist nicht geeignet, für die Zukunft (unsere Zukunft!!!) etwas zu verändern.
„...Unser Schicksal als Sterbende heute ist in hohem Maße davon geprägt, dass wir in Institutionen sterben, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Wenn wir uns selbst und allen anderen Menschen ein Sterben in Würde ermöglichen wollen, dann müssen wir uns mit den Einrichtungen auseinandersetzen, in denen Menschen ihr Lebensende verbringen. Es braucht eine Veränderung des Umgangs mit Sterbenden in allen Einrichtungen, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen ...."
Die Gesamtproblematik wird von der Autorin kurz, gut verständlich und übersichtlich dargelegt. Sie erläutert die Geschichte der Hospizbewegung und die Entwicklung von Palliative Care - und wie in Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege damit umgegangen wird. Der unterschiedliche Zugang zum Thema Leiden und Sterben von „Sterbebegleitung und Palliativbehandlung" sowie der traditionellen kurativen Medizin wird erörtert. Wo sind die Gemeinsamkeiten? Und wo liegt die Differenz zwischen „Behandlung um jeden Preis" und dem Bedürfnis nach einem menschenwürdigen Sterben? Sterbebegleitung hat nichts mit Sterbehilfe zu tun. Es geht um die Unterstützung für Sterbende und deren Angehörige, wie auch für Pflegende im ambulanten und stationäreren Bereich. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit „Palliative Care" gelingt? Und wie könnten die wesentlichen Prinzipien in diversen Organisationen des Gesundheitssystems umgesetzt werden? Welche Faktoren sind dabei förderlich, und welche hinderlich? Und lässt sich die Einbettung von „Palliative Care" in einen institutionellen Kontext überhaupt mit der ursprünglichen Hospizidee vereinbaren?
Dem Wunsch der Autorin, dass die Hospizidee weitere Kreise zieht und immer mehr Menschen (dort wo sie gerade leben und versorgt werden) ein Sterben in Würde ermöglicht, kann ich mich nur anschließen.

Heiko Waller
Sozialmedizin
Grundlagen und Praxis
6.,überarbeitete und erweiterte Auflage
2007, Kohlhammer Verlag Stuttgart, 257 Seiten, 25 Euro, ISBN 978-3-17-019170-9

„Sozialmedizin verbindet die medizinische und die sozialwissenschaftliche Sichtweise von Krankheit und Behinderung und wendet sie in Prävention, Sozialtherapie und Rehabilitation praktisch an. Dem Autor gelingt es in diesem Buch, den Leser mit den Grundlagen der Sozialmedizin und den sozialmedizinischen Aspekten der heutigen Haupterkrankungen vertraut zu machen. Aufgrund des methodischen Aufbaus und der Verbindung von Grundlagen und Krankheitslehre ist das Buch zu einem Standardwerk insbesondere für die nicht-ärztlichen Berufe im Gesundheitswesen geworden." (Verlag)

Hinweise

Margalith Kleijwegt:
„Schaut endlich hin!"
Wie Gewalt entsteht – Bericht aus der Welt junger Emigranten
2008, Herder Verlag Freiburg, 192 Seiten, 16,90 Euro

Tanja Hochstrasser, Rahel Muggli, Prisca Nüesch
Professionelle Soziale Arbeit: Science oder Fiction
Eine Untersuchung über das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit
Schriftenreihe: Arbeiten der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich
2007, Edition soziothek, Bern, 143 Seiten, Euro 22,50, ISBN 978-3-03796-180-3

Kitty Cassée
Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe
Eine Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen
2007, Haupt Verlag Bern, 319 Seiten, Euro 32,90, ISBN 978-3-258-07157-2

Birgit Herz (Hrsg.)
Lernbrücken für Jugendliche in Straßenszenen
2007, Waxmann Verlag Münster, 132 Seiten, Euro 19,90 Euro, ISBN 978-38309-1926-1

Nils Johan Ringdal:
Die neue Weltgeschichte der Prostitution
2006, Piper Verlag München, 457 Seiten, 25,60 Euro

Falls unzustellbar bitte retour an: OBDS, 1060 Wien, Mariahilfer Straße 81/1/3/14 • SIO 2/08 Juni 2008
Verlagspostamt 1060 Wien, P.b.b. • ISSN10-19-7729 • ZVR 275736079 • Zulassungsnummer 02Z032899 M • DVR 0492337 • Nr. 159/43. Jg

SOZIALARBEIT HAT RECHT

Internationale Bundestagung des Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen

23.11.2008 – 25.11.2008

obds
österreichischer berufsverband der sozialarbeiterInnen

Sozialarbeit hat Recht

Die Bundestagung des Berufsverbandes setzt 2008 die vor zwei Jahren begonnene Diskussion („Menschenwürde statt Almosen") konsequent fort. Sozialarbeit wird trotz zunehmender Ökonomisierung sozialer Verantwortung weitgehend als „Menschenrechtsberuf" verstanden, als Profession, die benachteiligten Menschen die erforderliche Unterstützung leistet, um ihnen gerechte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dies geschieht insbesondere durch Hilfen, die auf Rechtsansprüchen beruhen, das Recht auf persönlichen Schutz, das Recht auf Versorgung, das Recht auf menschenwürdiges Leben.
Eine unverzichtbare Voraussetzung für professionelle Sozialarbeit, nicht zuletzt auch aus der Perspektive der Nutzer (Konsumentenschutz) ist auch die Schaffung und Sicherung des notwendigen rechtlichen Fundaments für die Berufsgruppe.
Die Bundestagung des Berufsverbandes wird daher neben den rechtlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Handlungsfeldern auch das Berufsgesetz für Sozialarbeit in den Mittelpunkt der Diskussion stellen.

Mitveranstalter: Gewerkschaft der Gemeindebediensteten