

SzIO

Sozialarbeit in Österreich

Zeitschrift für Soziale
Arbeit, Bildung und Politik



Gesundheit und Sozialarbeit



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Mit der „Herbstausgabe“ des SiÖ darf ich nun endgültig die Chefredaktion von Roland Fürst übernehmen. Ich danke **Roland Fürst** für die richtungsweisende Arbeit als Chefredakteur der letzten 13 Jahre, in denen unser Fachmagazin zu einem beachteten und für viele Leute unentbehrlichen Bestandteil der Sozialen Arbeit in Österreich und auch im gesamten deutschsprachigen Raum geworden ist! Mit den forcierten Schwerpunktthemen beleuchtet das SiÖ in den vielen Jahren brandaktuelle Themen der Sozialen Arbeit und es gelang Roland Fürst, unzählige professionelle und hochkarätige Beiträge zu entwickeln und damit das Niveau unseres Fachmagazins stetig zu steigern. Dank gebührt ebenfalls **Susanne Fürst**, die mit ihrem geschärften Blick und hochkonzentriertem Lektorat in den letzten 61 Ausgaben Flüchtigkeits- und Tippfehler deutlich gegen Null reduziert hat. Das macht meine künftige Aufgabe als Chefredakteur nicht einfacher.

Gleichzeitig danke ich auch unserem bewährten Grafiker **Thomas Reiner**, dass er dem SiÖ „treu“ bleibt und auch

weiterhin den hohen grafischen Standard unseres Magazins unterstützt! Auch **Gabriele Hardwiger-Bartz** (Bücher) und **Rudi Rögner** (Magazin & Veranstaltungen) ergänzen dankenswerter Weise auch in Zukunft das fixe Redaktionsteam!

Das vorliegende SiÖ hat den Schwerpunkt **Gesundheit und Sozialarbeit**. Soziale Arbeit wird immer stärker auch als ein Teil der Gesundheitsberufe wahrgenommen; die aktuelle Entwicklung in der Primärversorgung sei hier angemerkt. Gleichzeitig steht bestehende Sozialarbeit im Gesundheitswesen, beispielsweise in Krankenhäusern in unterschiedlichen Bundesländern, immer stärker unter Druck, nicht wegrationalisiert oder irgendwohin ausgelagert zu werden. Daher war es nach vielen Jahren wieder einmal an der Zeit, die Sozialarbeit im Gesundheitswesen zu beleuchten und die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen hervor zu streichen.

Ausgehend von einer umfassenden wissenschaftlichen Betrachtung des Gesundheitsberufes Sozialarbeiter*in werden unterschiedliche Bereiche im Gesundheitswesen sowohl theoretisch als auch mit konkret bestehenden Praxisbeispielen ergänzt; von der aktuellen Primärversorgung über die Krankenhaussozialarbeit zur Pädiatrie und von einer Methode in der Sozialen Arbeit, dem Case-Management, über Aspekte der Angebotsvielfalt, Chancengleichheit und Selbstbestimmung.

Ich hoffe, mit dem vorliegenden SiÖ, den hohen Erwartungen gerecht zu werden und freu mich über Rückmeldungen und Anregungen!

Mag. (FH) Jochen Prusa, MA
Geschäftsführer des obds
SiÖ - Chefredakteur
redaktion@sozialarbeit.at



Weiterbildungslehrgang

Psychoanalytische Sozialarbeit

Jänner 2018 – Dezember 2018

PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT

ist weder eine Methode noch ein Ansatz, weder eine Schule noch ein Instrumentarium, und doch zugleich alles davon: Als **Methode** ermöglicht sie einen Zugang zu unbewussten Prozessen in Individuen und Organisationen; als **Ansatz** vermittelt sie eine eigene Sichtweise auf individuelle, familiäre und Gruppen-Systeme, die das professionelle Handeln als involviert versteht; als **Schule** verfügt sie über eine erprobte Forschungspraxis; als **Instrumentarium** bietet sie eine kritisch-reflexive Praxis an.

Termine: Jän.-Dez. 2018, 10 Wochenenden Do-So u. Fr- So

Kosten: € 3900,- Zahlung in 2 Teilbeträgen möglich

http://www.psy-akademie.at/fort_und_weiterbildungsveranstaltungen/psychoanalytische-sozialarbeit-2018

Inhalt

Standards

Editorial
Seite 2

OBDS Aktuell
Seite 4

Veranstaltungen
Seite 5

Magazin
Seite 6-8

Bücher - Infos
Seite 47

Schwerpunkt

Gesundheitsberuf
SozialarbeiterIn

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr.
Christoph Redelsteiner, MSc

Seite 10-18

Sozialarbeit in der
(neuen) Primär-
versorgung

Mag.^a (FH) Susanne Finker

Seite 19-22

Wie kann Sozialarbeit
in der Institution
Krankenhaus
gelingen?

Prof. (FH) Dr. Tom Schmid,
Veronika Böhmer, BA

Seite 23-24

Klinische Soziale
Arbeit in der Pädiatrie

Kerstin Krottendorfer, MA

Seite 25-28

Schwerpunkt

Case Management in
der Gesundheitsver-
sorgung in Theorie
und Praxis

Mag.^a Brigitte Sailer, BA

Seite 29-34

Auswirkungen der
Angebotsvielfalt auf
KlientInnen und Struk-
turierungsprozesse

Florian Zahorka, MA

Seite 35-37

Chancengleichheit für
vulnerable Personen-
gruppen in der medizi-
nischen Versorgung

Mag.^a (FH) Barbara Berner,
Mag.^a Simone Floh

Seite 38-42

Sexuelle und ge-
schlechtliche Selbst-
bestimmung von
Menschen mit Lern-
schwierigkeiten

Anton Wittmann,
Elisabeth Laister BA BA,
Mag.^a Maria Seisenbacher

Seite 43-46

Impressum

Sozialarbeit in Oesterreich (SIO): Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung & Politik, seit 1966; Erscheinungsort 1060 Wien

Verlagspostamt 1060 Wien, Auflage: 2.500 Stück, Druck: Saxoprint; Versand: Printfinish

Herausgeber, Medieninhaber und Verleger: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit - obds, A-1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/3/14, www.sozialarbeit.at, ZVR: 275736079

Redaktion: Mag. (FH) Jochen Prusa, MA, DSA Gabriele Hardwiger-Bartz, DSA Mag. Rudi Rögner; Lektorat: Josephine Prusa, MA; E-mail: redaktion@sozialarbeit.at

Gestaltung: Werbeagentur Thomas Reiner • E-mail: thomas.reiner@fichello.at • Fotos: Titelseite und U4: © Fotolia - elenabsl, Fotolia, obds, zVg.

Sekretariat, Anzeigen, AbonnentInnen Service: Sozialarbeit in Oesterreich, 1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/3/14, Claudia Mehwald, Tel. 01/587 46 56; Mo-Do 9-12 Uhr,

E-Mail: sekretariat@sozialarbeit.at. Wir senden gerne die aktuelle Anzeigenpreisliste zu.

Erscheinung, Preise, Abonnements: SIO erscheint vierteljährlich. Einzelpreis: € 12,-; Jahresabonnement € 35,- (zzgl. Portokosten). Das Abonnement gilt für ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch jeweils um ein weiteres Jahr. Abbestellungen bestehender Abos sind bis drei Monate vor Jahresende mitzuteilen. 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.



OBDS Aktuell

von Mag. (FH) Marco Uhl

Liebe Leser*innen,

in den letzten Jahren hat sich der obds intensiv mit seinen Strukturen und der inhaltlichen Positionierung auseinandergesetzt. Herausgekommen sind eine umfassende Reform der Organisationsabläufe, überarbeitete Statuten, die Aufnahme von Sozialpädagog*innen und die Fusion der Landesvereine mit dem Bundesverein des obds. Dadurch reduzieren wir den Verwaltungsaufwand und ermöglichen den Engagierten, sich in Fach- und Projektgruppen einzubringen und effizient Berufs- und Sozialpolitik betreiben zu können.

Wir sind optimistisch, dass in den nächsten Monaten alle Landesorganisationen diesen Zusammenschluss vollziehen und wir mit neuen und sehr schlanken Strukturen gemeinsam arbeiten werden. In der außerordentlichen Generalversammlung im Juni 2017 in Salzburg wurde der Gesamtvorstand gewählt und erfreulicherweise ist jedes Bundesland zumindest durch eine Person im Gesamtvorstand vertreten.

„Wir gestalten eine solidarische Gesellschaft“. Darüber sind wir uns alle einig und sehen darin weit mehr als nur einen Slogan. Flüchtig sind im Gegensatz dazu die Wahlsprüche, die auf Plakaten unsere Landschaft zieren. Bald werden wir erleben, wie die Regierenden im politischen Alltag agieren und was das in Bezug auf das soziale Miteinander bedeutet. Wir werden uns bemühen, die möglichen negativen Konsequenzen so weit es geht abzufedern. So wie wir es immer tun: professionell und zielstrebig.

Der Bedarf an einer guten Vernetzung in der Sozialen Arbeit speziell in Hinblick auf das Reagieren auf gesellschaftspolitische Veränderungen wächst von Jahr zu Jahr. Wir sind weltweit gefordert, nicht tatenlos zuzusehen, wie sich die Gesellschaft in zwei Lager spaltet.

Seit beinahe 100 Jahren engagieren sich Sozialarbeiter*innen ehrenamtlich im obds.

Wir erheben unsere Stimme, wenn Ungerechtigkeit systematisch ausgeübt wird. Dazu beeinflussen wir die Gesetzgebung und fordern soziale Gerechtigkeit ein. Der IFSW – International Federation of Social Workers – setzt sich weltweit für die Menschenrechte ein während der obds – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit – dies in Österreich übernimmt.

Im Jahr 2019 feiern wir 100 Jahre obds und freuen uns auf weitere 100 Jahre! Denn in Zeiten des Umbruchs braucht es Beständigkeit.

Mag. (FH) Marco Uhl
Stellvertretender Vorsitzender des obds seit 2014
Von 2010 bis 2016 Obmann des obds –
Landesgruppe Tirol
Geschäftsführer von ZeSa – Zentrum
für Soziale Arbeit & Soziale Dienstleistungen



Aktuelle Vorstandsmitglieder (v.l.n.re): Martin Greber, Theresa Luxner, Monika Fuchs, Maria Sommeregger, Maria Moritz, Alois Pözl, Michael Hanl, Cornelia Forstner.
Leider nicht am Bild: Karin Kroiss, Marina Salmhofer, Olga Zechner, Roland Hofbauer, Marco Uhl.

Veranstaltungen

Kärnten

Leben ohne Armut. Visionen, Perspektiven und Anforderungen zur sozialen Frage im 21. Jahrhundert

5. Kärntner Armutskonferenz
8.-9.11.2017, St. Georgen am Längsee, Stift
Veranstalter: gegen armut (Kärntner Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung), armutsnetzwerk.at

Arbeit für alle? Teilhabe für Menschen mit geringer Arbeitsmarktperspektive

Jahreskonferenz
8.11.2017, Klagenfurt, Lakeside Park, Gebäude 11
Veranstalter: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit, oeksa.at

Niederösterreich

„Sie haben geholfen, dass wir wieder eine Familie geworden sind.“ Familien und Institutionen

1. Sozialpädagogischer Fachtag
23.11.2017, St. Pölten, Fachhochschule
Veranstalter: SOS-Kinderdorf, Fachhochschule St. Pölten, doe.j.at

Soziale Arbeit - Lösungen im Spannungsfeld. Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels auf die Soziale Arbeit.

NÖBDS Landestagung 2017
30.11.-1.12.2017, St. Pölten, Bildungshaus St. Hippolyth
Veranstalter: Niederösterreichische Berufsverband der SozialarbeiterInnen, niederösterreich-sozialarbeit.at

Salzburg

ACHTUNG! - Anerkennung als Wert für eine solidarische Gesellschaft

11. Österreichische Armutskonferenz
6.-7.3.2018, Salzburg, Bildungshaus St. Virgil
5.3.2018, Vor!-Konferenzen
Veranstalter: Armutskonferenz, armutskonferenz.at

Tirol

„Jugend – Lebenswelt – Bildung.“ Perspektiven für Jugendforschung in Österreich

Interdisziplinäre Tagung
16.-18.11.2017, Innsbruck, Universität
Veranstalter: Institut für Erziehungsforschung/Universität Innsbruck u.a., uibk.ac.at/iezwtagung-jugendforschung

Vorarlberg

Humor in der sozialen und sozialpädagogischen Arbeit

20.-21.11.2017, Lochau, Schloss Hofen
Veranstalter: obds - Landesgruppe Vorarlberg, Schloss Hofen (Wissens- und Weiterbildungszentrum), schlosshofen.at

Wien

25 Jahre Arbeitsassistent. Eine zündende Idee!

Fachveranstaltung
9.10.2017, 13-19 Uhr, Wien, WKO Julius-Raab-Saal
Veranstalter: dabei-Dachverband berufliche Integration Austria, dabei-austria.at

Wege zum selbstbestimmten Leben

Fachtagung
10.11.2017, Wien, ÖGB Catamaran
Veranstalter: Österreichische Behindertenrat, Behindertenanwaltschaft, Bundesländer Oberösterreich, Steiermark und Wien, sozialministerium.at

ESF-Jahrestagung

Schwerpunkt: Armutsbekämpfung
23.11.2017, Wien, Museum für angewandte Kunst
Veranstalter: Europäischer Sozialfonds, BMASK, esf.at/termin/esf-jahrestagung-2017

Gesellschaftliche Verhältnisse und Kritische Soziale Arbeit

Kriso-Tagung
24.11.2017, 12-22 Uhr, Wien, Depot
Veranstalter: Kritische Soziale Arbeit, kriso.at

Neue Organisationsformen - eine Lösung wofür?

Navigation zwischen Sehnsucht und Heilsversprechen
ASOM-Symposium
10. 1.2018, Wien, Kardinal König-Haus

Veranstalter: Akademie für Sozialmanagement, asom.at

Deutschland

Demokratie und Soziale Arbeit Teilhabe, Solidarität und bürgerschaftliche Identifikation in einer pluralen Gesellschaft

Jahrestagung
27.-28.4.2018, Hamburg
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), dgsa.de

Haltung der Profession

5. Berufskongress für Soziale Arbeit
18.-20.10.2018, Berlin-Spandau
Veranstalter: DBSH - Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., berufskongress-soziale-arbeit.de

Schweiz

Soziale Innovation - Erfahrungen, Kontroversen, Perspektiven

Fachtagung
2.2.2018, Olten
Veranstalter: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, fhnw.ch

Irland

Environmental and Community Sustainability: Human Solutions in Evolving Society

4.-7.7.2018, Dublin, RDS Convention and Exhibition Center
Veranstalter: International Association of Schools of Social Work, International Council on Social Welfare and International Federation of Social Workers, icsw.org/index.php/events

Lehrgänge

Krisenintervention

Ab Herbst 2018, 2 Semester, berufsbegleitend, ca. ein zweitägiges Seminar pro Monat
Ort: Lochau/Vorarlberg, Schloss Hofen
Veranstalter: Weiterbildungszentrum des Landes Vorarlberg und der FH Vorarlberg, schlosshofen.at



Magazin

Zusammengestellt von Mag. DSA Rudi Rögner

„Ausbildung bis 18“ bereits in Kraft

Nun wird es ernst: Das 2016 im Nationalrat beschlossene Ausbildungspflichtgesetz wird erstmals für all jene angewandt, für die im Schuljahr 2016/17 ihre Schulpflicht geendet hat. Es gilt für alle Personen mit dauerhaftem Aufenthalt in Österreich, also auch für Asyl- oder subsidiär Schutzberechtigte. Seit 1.7.2017 müssen die nötigen Daten ins neue Meldesystem eingespeist werden. Die Statistik Austria erfasst diese und gleicht sie ab. Zur Meldung verpflichtet sind Schulen, Lehrlingsstellen, das AMS, Träger von Ausbildungsmaßnahmen oder Erziehungsberechtigte. Sobald Jugendliche vier Monate ohne Ausbildung sind, verständigt die Statistik Austria die zuständige Koordinierungsstelle „Ausbildung bis 18“, die in jedem Bundesland eingerichtet wurde. Es erfolgt in Kooperation mit dem Jugendcoaching Stufe 0 eine Kontaktaufnahme mit der Familie und den Jugendlichen, telefonisch, schriftlich oder wenn nötig auch aufsuchend. Wenn kein Ausbildungsplatz gefunden wird, unterstützen Jugendcoaches und AMS-BeraterInnen bei der Erstellung eines individuellen Perspektiven- und Betreuungsplans.

Die neuen Koordinierungsstellen in den Bundesländern sind zuständig für Schnittstellenmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Erstellung von Berichten, Meldungsannahmen und Administration.

Ziel der Ausbildungspflicht ist der Erwerb einer formalen Qualifikation. Darunter fallen neben den allgemeinbildenden und berufsbildenden höheren Schulen, die beruflichen Fachschulen und die Absolvierung einer Lehre, einer überbetrieblichen Lehre oder auch einer Teilqualifizierung (für Jugendliche mit

Lernschwierigkeiten) und die Ausbildungen nach gesundheitsrechtlichen Vorschriften.

Außerdem kann die Ausbildungspflicht durch den Besuch eines Deutschkurses oder einer vorbereitenden AMS-Maßnahme erfüllt werden. Sie kann auch schon vor dem 18. Geburtstag enden, wenn beispielsweise eine zweijährige berufsbildende Schule abgeschlossen wurde. Sollten die erwähnten individuellen Maßnahmen nicht ausreichen, kann als letztes Mittel eine Verwaltungsstrafe gegen die Erziehungsberechtigten verhängt werden.

Aus: ausbildungbis18.at; koordinationsstelle.at; Rundbrief der Sozialplattform OÖ 7/2017

Wohnungslose gestalten „Wiener Kuchl“

Man kann die Bauteile um 160 Euro im Baumarkt kaufen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause transportieren und mit Unterstützung einer Bauanleitung oder eines Videos dann selbst zu einer Küche zusammenbauen. Das ist das Ergebnis einer Kooperation von wohn:mobil (Mobile Wohnbetreuung der wieder wohnen GmbH in Wien) und dem MAK (Museum für angewandte Kunst).

2015 startete die Wohnbetreuung im Rahmen der Peerarbeit eine offene Gruppe von (ehemals wohnungslosen) KlientInnen. Nach einem Bastelprojekt am Anfang widmete sich die Gruppe dem Projekt „Einrichten“. Mit Unterstützung der WUK-Selbsthilfe-Tischlerwerkstatt wurden Hocker für die eigene Wohnung gebaut. Wichtig war die These, dass durch die eigene Herstellung der Möbel mehr Bezug zur Wohnung entsteht und so die Motivation wächst, diese Wohnung auch zu erhalten.

Für das nächste Produkt, eine Küchenzeile, konnte eine Kooperation mit Kulturtransfair, dem MAK, einem Designer und einer Architektin gefunden werden. Beachtet wurde bei der Planung auch, dass für die Herstellung möglichst wenig Werkzeug nötig ist und dass die Abwasch, welche in Wiener Gemeindewohnungen zur Verfügung steht, integriert werden kann.

Über das Projekt wurde in zwei Printmedien, im ORF und in einer Ausstellung im MAK berichtet, und die Volkshochschule Wien-Hietzing zeigt bis 6.10.2017 eine Präsentation.

Aus: bawo.at; kulturtransfair.at/2017/04/19/es-geht-zur-sache-wir-designen-eine-kueche; vhs.at

Spürbare Erleichterungen beim Privatkonkurs

Für viele überschuldete Menschen stellt die Privatkonkursnovelle (Insolvenzrechtsänderungsgesetz 2017), welche mit 1. November 2017 in Kraft tritt, eine deutliche Verbesserung dar. Denn die Laufzeit des Abschöpfungsverfahrens verkürzt sich von sieben auf fünf Jahre und die Mindestquote entfällt. Bisher konnte ein Gericht die Restschuldbefreiung – von Ausnahmefällen abgesehen – nur erteilen, wenn die SchuldnerInnen im Zuge des Verfahrens 10 % der Forderungen an die Gläubiger gezahlt hatten. Nun genügt es, wenn die Pfändungsbeträge an die Gläubiger fließen bzw. sich die SchuldnerInnen um ein pfändbares Einkommen bemühen und bloß die Kosten des Treuhänders begleichen. Diese Bemühungspflicht wird allerdings schärfer kontrolliert. Die Regeln für den Zahlungsplan bleiben gleich.

Mit der genannten Verkürzung und dem Entfall der Mindestquote wurde

eine jahrelange Forderung des Dachverbands der Schuldnerberatungen (ASB) erfüllt. Anlass für die Novelle war aber auch eine neue EU-Richtlinie, wonach eine Restrukturierung (Entschuldung) für ehemalige Selbständige nicht länger als drei Jahre dauern darf. Diese starke Reduzierung wurde zwar nicht umgesetzt, dafür gilt die nun geschaffene Verbesserung aber nicht nur für die gescheiterten UnternehmerInnen sondern für alle Personen mit Schuldenproblemen.

Auf die vollständige Umsetzung der EU-Richtlinie muss also weiterhin gewartet werden.

Näheres: schuldenberatung.at; ZIK Insolvenzrecht und Kreditschutz aktuell 3/2017

Reise in die Heimat der BettlerInnen

Rund 15 Männer aus der Südostslowakei suchen in Vöcklabruck in Oberösterreich als Bettler oder Straßenmusiker immer wieder Unterstützung. Das nahm eine Gruppe des Armutsnetzwerks Vöcklabruck und des Mauthausen Komitees zum Anlass, um die Heimatorte der Männer zu besuchen. Im Reisebericht erzählen sie von der desolaten Bausubstanz der Häuser, der sehr schlechten hygienischen Situation und der hohen Arbeitslosigkeit (in den überwiegend von Roma besiedelten Dörfern nahezu 100 %).

Sie besuchten auch zwei Projekte des Wiener Vereins dirkethilfe:roma. Er betreibt das Projekt „Gib der Armut ein Gurkerl“, bei dem von den Roma vor Ort nach einem traditionellen Rezept Essiggurkerl erzeugt und vom Verein in Österreich verkauft werden. Fünf Familien finden dabei Arbeit. In einer anderen Gemeinde waren mit EU-Fördergeldern Wohnungen gebaut und vom Verein eingerichtet worden.

Aus: Rundbrief der Sozialplattform OÖ 5/2017; direkthilferoma.at

Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge verfünffacht

Eine neue Studie im Auftrag der UNICEF zeigt auf, dass weltweit in den letzten beiden Jahren 300.000 von ihren Eltern getrennte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren auf der Flucht waren. 2010 und 2011 waren es nur 66.000.

Die Organisation „Reach“ befragte im Auftrag der UNICEF 850 jugendliche Geflüchtete zwischen 15 und 17 Jahren in Italien und in Griechenland. Während in Griechenland hauptsächlich Kinder mit ihren Familien aus Syrien, Irak und Afghanistan eintreffen, stammen die Minderjährigen in Italien meist aus afrikanischen Ländern wie Eritrea, Gambia, Nigeria, Ägypten und Guinea. Die Studie berichtet, dass deutlich mehr Push-Faktoren als Pull-Faktoren den Ausschlag für die Entscheidung zur Flucht gaben. Die Jugendlichen fliehen vor bewaffneten Konflikten, vor Zwangsrekrutierung, geschlechtsbezogener Gewalt oder Genitalverstümmelung. 47 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass sie in Libyen gekidnappt, festgehalten und erpresst wurden. Erst die für sie unerträgliche Situation in ihrer Heimat und dann in Libyen bringe die Jugendlichen zu der Entscheidung zur gefährlichen Bootsfahrt über das Meer. „Wenn der Löwe hinter dir steht und vor dir das Meer liegt, gehst du aufs Meer“, sagte ein Bub aus Gambia.

Von einem Leben in Europa erhoffen sie sich Sicherheit, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Ausbildungsmöglichkeiten und eine Chance auf Kindheit. Die Maßnahmen von Staaten gegen die Migration sind oft unzureichend. Äthiopien hat die Migration für Jugendliche unter 18 Jahren verboten. Das Besorgen von Papieren mit einem falschen Geburtsdatum ist aber dort kein Problem. Die Studie berichtet weiters, dass viele Jugendliche die Entscheidung zur Flucht alleine treffen.

Aus: unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2017/was-jugendliche-zur-flucht-treibt/147306

Steirische Jugendstudie zeigt prosoziale Werte

Zum fünften Mal seit 2007 wurden heuer die Werthaltungen der steirischen Jugendlichen abgefragt. In einem Projekt der ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus, des Jugendressorts des Landes und anderer Partner wurden mit dem Sozialforschungsinstitut x-sample 2.257 Schüler zwischen 12 und 20 Jahren verschiedener Schultypen befragt.

Die Jugendlichen „leben weiter im pragmatischen Hightech-Biedermeier mit sozialer Nahraumorientierung (Familie und Freunde) und vertreten durchwegs prosoziale Werte“, wird als Resümee an den Anfang des Berichts gestellt. Denn Familie steht in der Liste der „sehr wichtigen Werte“ ganz oben, gefolgt von Gesundheit, Spaß haben, Freundschaft, Beruf und Bildung.

Dennoch ist das Interesse an Politik gestiegen, was sich auch an der Absicht, vom Wahlrecht Gebrauch zu machen, ablesen lässt. Die Zustimmung dazu stieg von 36,9 Prozent im Jahr 2014 auf nunmehr 53,7 Prozent. Weiters haben die Werte Friede und Umweltschutz seit der letzten Studie deutlich zugelegt. Bemerkenswert erscheint auch die Veränderung hinsichtlich der Markenmode, ihr Stellenwert sank gegenüber 2014 um 13,8 Prozent.

Hinsichtlich der Meinung über Flüchtlinge und Zuwanderer spiegelt sich unter den Jugendlichen das generelle polarisierende Meinungsbild der Gesellschaft wieder. Positive und negative Bilder halten sich die Waage, wobei die positiven Meinungen in den AHS und BHS und im städtischen Raum dominieren und die distanzierteren Haltungen in den Pflicht- und Berufsschulen und im ländlichen Raum.

Untersucht wurde auch die Nutzung sozialer Medien. Im Schnitt verbringen die steirischen Jugendlichen täglich 4,5 Stunden mit dem Gebrauch von Social Media (Burschen: 4,1 Stunden, Mädchen: 4,8 Stunden). Als Zweck der Nutzung wird vor allem die Kommuni-

kation mit FreundInnen und an zweiter Stelle die Unterhaltung angegeben. Das Ranking unter den Anbietern wird von WhatsApp angeführt, dahinter finden sich Youtube, Snapchat, Instagram und schließlich Facebook.

Aus: issuu.com/large_jugend/docs/5._jugendstudie_2017; kleinezeitung.at/service/infografiken/grafikdestages/5246318

Forum Alpbach: TirolerInnen leben am längsten

Bei den Gesundheitsgesprächen im Rahmen des heurigen Forum Alpbach wurde eine Studie über den Indikator Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit präsentiert. Der österreichische Durchschnitt liegt bei 66 Jahren, im Bundesländervergleich liegt Tirol mit 71 Jahren an der Spitze, gefolgt von Salzburg (70) und Vorarlberg (69), das Burgenland befindet sich mit 63 Jahren an letzter Stelle. Kausale Zusammenhänge für diesen Befund müssten laut Gesundheitsökonomin Maria Hofmarcher aber noch erforscht werden.

Gesundheitspolitische Fragestellungen anderer Länder wurden ebenso thematisiert. Cathrine Bertini von der Syracuse University in New York betonte, dass die größte Gesundheitsgefahr nicht mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung oder deren Kosten beginne, sondern mit der Armut. Ein neue Lancet-Studie zeigte auf, dass in den USA das reichste Prozent der Bevölkerung um 15 Jahre länger lebt als jene Menschen am unteren Ende der sozioökonomischen Skala.

Daher wurde unisono dem Grundsatz „Health in all Policies“ zugestimmt. Demnach wird Gesundheitspolitik in allen politischen Bereichen gemacht, angefangen von der Agrar-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik über die Stadt- und Raumplanung bis hin zum Verkehrssektor. Dieser Ansatz ist zwar schon älter, wurde aber durch neuere Studien abermals belegt.

Aus: derstandard.at, 21. und 22.8.2017

Integrationsgesetz und Integrationsbericht

Wie in den vergangenen Jahren wurde auch heuer im August der neue Integrationsbericht des Expertenrats für Integration präsentiert. Der Expertenrat aus 14 WissenschaftlerInnen arbeitet im Auftrag des Ministeriums für Europa, Integration und Äußeres.

Wenngleich die Kosten der Flüchtlingsintegration fiskalpolitisch zu gewissen Herausforderungen führe, sei sie doch aus menschenrechtlichen Gründen geboten, wird im Vorwort klar gestellt. Allerdings blicken die ÖsterreicherInnen aktuell wieder etwas pessimistischer auf das Thema Integration, nachdem im Laufe der letzten Jahre eine Besserung zu verzeichnen war. Die Zustimmung zur Frage, ob Integration in Österreich gut oder sehr gut funktioniere, ist um 10 Prozent gesunken. Die von den Medien verbreiteten Bilder haben offensichtlich zu einer bereits messbaren Änderung im Meinungsbild geführt.

Die Integrationsbestrebungen des Bundes führten auch zu einigen gesetzlichen Maßnahmen. Bereits seit Juli 2016 ist das Anerkennungs- und Bewertungsgesetz in Kraft, es soll die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen erleichtern. Ein spezielles Internetportal (berufsanerkennung.at) soll dabei helfen und für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte, die ihre Ausbildung nicht durch Dokumente nachweisen können, wurde beispielsweise eine Ersatz-Möglichkeit geschaffen.

Im Rahmen eines Sammelgesetzes wurden heuer im Juni zwei weitere integrationspolitische Gesetze neu beschlossen. Das Integrationsgesetz wendet sich an Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte sowie Drittstaatsangehörige mit den Schwerpunkten Sprachförderung und Wertevermittlung. Das AMS wird für die Abhaltung von Sprachkursen bis zum A2-Niveau für alle AMS-KundInnen zuständig sein und der ÖIF erhält diese Aufgabe für jene, die auf Grund von Betreuungspflichten oder ihres Alters nicht mehr dem Arbeitsmarkt zur

Verfügung stehen. Zusätzlich ist er auch für die Wertekurse verantwortlich.

Eine mangelnde Mitwirkung an diesen Integrationsmaßnahmen kann künftig bundesweit sanktioniert werden. Zusätzlich wird der Expertenrat für Integration gesetzlich verankert, die Integrationsvereinbarung reguliert und eine Forschungskordinierungsstelle eingerichtet. Als drittes Gesetz sieht das Integrationsjahrgesetz ein Angebot für jene geschätzten 15.000 Asyl- und subsidiär Schutzberechtigten und für Asylsuchende mit hoher Anerkennungswahrscheinlichkeit, die nicht mehr der Schulpflicht unterliegen und arbeitsfähig sind. Verschiedene Module wie Kompetenzclearing, Deutschkurse, Orientierungskurse und Arbeitstrainings sollen ihre Chancen bei der Arbeitssuche verbessern. Schließlich stellt der Bericht fest, dass in der Fachdiskussion zuletzt das Hauptaugenmerk auf die Integration der Geflüchteten gelegt worden war, nun wieder mehr die MigrantInnen aus EU-Ländern und Drittstaaten in den Blick kommen sollten. Denn viele Menschen der Gastarbeiter-Generation sind nicht so integriert, wie sie es auf Grund des langen Aufenthalts bereits sein könnten und bei vielen EU-BürgerInnen vor allem aus Ost und Südost-Europa besteht durchaus auch Bedarf an Integrationshilfen.

Aus: bmeia.gv.at/integration/integrationsbericht

Buchvorstellung



Jonathan Kufner-Eger (Hrsg.): Verschüttete Fachlichkeit. Grete Löhr und die Ursprünge der Bewährungshilfe in Österreich. In: Schriftenreihe zur Geschichte der Sozialarbeit und Sozialarbeitsforschung. Hrsg. von Karl Fallend und Klaus Posch. Band 10.

ISBN 978-3-85409-819-5, ca. 180 Seiten, € 19,80

In diesem Band wird die Biographie von Grete Löhr (1878-1934), erste Impulsgeberin der frühen österreichischen Straffälligenhilfe, beleuchtet und die von ihr maßgeblich entwickelten und in enger Verwobenheit mit dem Aichhorn'schen Ansatz formulierten fachlichen Standards anhand von Originaltexten vorgestellt.

1917, inmitten des Ersten Weltkrieges wird die Wiener Jugendgerichtshilfe und damit die Bewährungshilfe in Österreich begründet. Es ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht lange her, dass jugendliche Rechtsbrecher gemeinsam mit Erwachsenen in Arbeits- und Zuchthäusern verwahrt wurden. Es gab für sie weder Alternativen zu einer Gefängnisstrafe noch eine bedingte Entlassung. Die Strafmündigkeitsgrenze lag bei einem Alter von elf Jahren. In dieser außerordentlich prekären gesellschaftlichen Phase war es Grete Löhr, die erste Leiterin der Wiener Jugendgerichtshilfe, die bis heute anwendbare praktische Anleitungen etablierte, wie gemeinhin marginalisierte Gesellschaftsmitglieder mit Empathie und v.a. anhand pädagogisch-sozialarbeiterischer Kriterien unterstützt werden können. Ihre strikte Abkehr von restriktiven „Erziehungsmethoden“ fand auch ihren Niederschlag in den beiden ersten Jugendgerichtsgesetzen von 1920 und 1929.

Informationen zum Autor:

Jonathan Kufner-Eger, Historiker, Sozialarbeiter und Lektor an der FH Linz. Bewährungshelfer bei Neustart Wien. Publikationen zur Genese der Schutzaufsicht und Bewährungshilfe in Österreich, zur Methoden- und Institutionengeschichte der Bewährungshilfe und zu aktuellen Implikationen der Neurowissenschaften in Praxis und Diskurs Sozialer Arbeit.



Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn

Text: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

Geschichtliche Aspekte der Sozialen Arbeit im Gesund- heitswesen

Die Geschichte der Sozialen Arbeit ist traditionell eng mit Themen der Gesundheit verbunden. Beispielsweise gründete Jane Addams 1889 das Hull House in Chicago. Es diente als Begegnungsort für Menschen die in ungesunden Wohnverhältnissen lebten, kein Trinkwasser hatten oder schlechter Luft, mangelnder Ernährung, und/oder Lärm ausgesetzt waren, unter Alkohol- und Drogenkonsum litten und kaum Zugang zu Bildung hatten. Im Rahmen ihrer Settlement Bewegung entstanden z.B. organisierte Müllabfuhr, Badehäuser, Sanitätsabteilungen. (vgl. <http://www.hullhousemuseum.org>)

Ilse Arlt, Wegbereiterin der „Fürsorgewissenschaft“ (heute: Sozialarbeitswissenschaft) und professionellen Sozialen Arbeit in Österreich bildet ab 1912 die SozialarbeiterInnen in ihrer Schule unter anderem auch in gesundem und günstigem Kochen aus, damit sie diese Fertigkeiten an Menschen in prekären Situationen weitergeben können. Arlt beschreibt dreizehn Grundbedürfnisse wie Ernährung, Körperpflege, Erholung, Luft usw., die die Wechselwirkung zwischen sozialer Situation und Gesundheit darlegen (vgl. Arlt 1958/2010: 65ff).

Die Sozialarbeiterin Naomi Feil ent-

wickelte in den USA ab Mitte der 1960er Jahre für den Bereich der Altenarbeit das Konzept der Validation. Dabei wurden klassische sozialarbeiterische Haltungen wie die Akzeptanz der Menschen und ihrer konkreten Lebensumstände wie sie sind, auf desorientierte ältere Menschen angewendet. Theorie und Praxis wie z.B. die Anwendung verbaler und nonverbaler Kommunikationsmethoden sind heute im Bereich der Krankenpflege und Altenarbeit Stand der Betreuung („Technik“). (vgl. <https://vfvalidation.org>)

Diese Aufgabenbereiche dieser ausgewählten PionierInnen zeigen die enge und unmittelbare Wechselwirkung von Gesundheit und Sozialem, deren Trennung erst durch Ressorts, Finanzierungstöpfe und Berufsgesetze zur Abgrenzung in der Handlungspraxis im Alltag vollzogen wird. Gesundheit ist nicht der Überbegriff für Soziales, Soziales nicht der Überbegriff für Gesundheit – sie sind zwei Aspekte des Wohlergehens, des „Gedeihens“ wie Ilse Arlt wohl sagen würde.

Soziale Arbeit – Studium einer Sozial- und Gesundheits- profession

Die FH-Studien Soziale Arbeit enthalten direkt gesundheitsbezogene Fächer wie Casemanagement, medizinische Aspekte von (Volks-)krankheiten, psychiatrische Krankheiten in

verschiedenen Altersgruppen, Public Health und Krisenintervention. Die Bachelorausbildung Soziale Arbeit der FH St. Pölten bietet beispielsweise Lehrveranstaltungen in sozialraumorientierter Primärversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Sozialgeriatrie und Palliative Care und Case Studies in der Primärversorgung an. Indirekt mit Gesundheitsthemen in Verbindung stehende Lehrveranstaltungen wie Soziale Arbeit mit älteren Menschen, Pädagogik der Lebensalter, Sozialversicherungsrecht, materielle Sicherung, Fallanalyse, Sozialpolitik, Interdisziplinäre Fallarbeit (vgl. FH St. Pölten 2017b vgl. FH Campus Wien 2017b) sorgen für eine breite Ausbildung in Bezug auf Gesundheitsthemen. Praktika im Bereich der Krankenversorgung werden z.B. in Suchtberatungseinrichtungen, ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Palliativteams absolviert. Die FH St. Pölten bietet im Masterstudium Soziale Arbeit neben „General Social Work“ einen Schwerpunkt „Casemanagement“ an, sowie einen Master-Weiterbildungslehrgang „Suchtberatung und Prävention“ und die FH Wien einen Schwerpunkt „klinische Soziale Arbeit“ im Masterstudium an. Klinische Soziale Arbeit ist eine von der WHO anerkannte Fachdisziplin, die alle Bereiche der Sozialen Arbeit mit direktem KlientInnenkontakt unterstützt. Sie arbeitet insbesondere an der

Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Die Studierenden erwerben dabei Kompetenzen zur Behandlung von hard-to-reach KlientInnen (vgl. FH St. Pölten 2017a vgl. FH Campus Wien 2017a)..

Wie die Auszüge aus den Kurrikula erkennen lassen, verfügen SozialarbeiterInnen über ein breites Querschnittswissen aus Bereichen wie Gesundheit, Medizin, Recht, Kommunikation, Netzwerkarbeit, Kooperation sowie auch Ressourcenkenntnisse über Hilfeinrichtungen aller Art. SozialarbeiterInnen sind darauf spezialisiert, GeneralistInnen in der Zusammenarbeit mit KlientInnen zu sein. Sie reduzieren damit die Segmentierung der Betreuung durch unterschiedliche Berufsgruppen und Institutionen. Sie versuchen, Umwege von KlientInnen und somit Fehllenkungen von Menschen sowie Fehlallokationen von Mitteln zu reduzieren oder zu vermeiden.

Der Gesundheitsbegriff der Sozialen Arbeit

Die Bedeutung des Sozialen als Aspekt der Gesundheit ist bereits in der WHO Gesundheitsdefinition von 1948 festgehalten: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des best-

möglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (zit. nach BMGF 2017 https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

Die wirtschaftliche und soziale Stellung beeinflusst die Gesundheit von Menschen nachhaltig. „Lieber arm und gesund als reich und krank“ sind ein frommer aber meist unerfüllbarer Wunsch: Im globalen und nationalen Vergleich korrelieren das pro Kopf Nettoeinkommen mit der durchschnittlichen Lebensdauer. Je geringer das Einkommen um so kürzer die Lebenserwartung (vgl. z.B: Wilkensen/Pickett (2008): Dysfunctional Societies. Why inequality matters). Akademiker leben bekanntlich am längsten. Bildung, Beruf und Einkommen sind daher wesentliche Aspekte, die sich auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken. Dieses soziale Gefälle, auch „sozialer Gradient“ genannt zeigt sich schon innerhalb bestimmter Berufsgruppen. So haben ungelernte Arbeiterinnen eine kürzere Lebenserwartung als angelernte ArbeiterInnen. Diese haben wiederum eine kürzere Lebenserwartung als manuell tätige FacharbeiterInnen. FacharbeiterInnen, die nicht manuell tätig sind, leben wiederum länger als



ORGANISATIONSBERATUNG / ORGANISATIONSENTWICKLUNG - MSc

Hochschullehrgang der FH Vorarlberg

Beginn & Dauer: Frühjahr 2018, 3 Semester

JUGENDARBEIT

Diplomlehrgang - Grund- und Aufbaukurs

Infoveranstaltung: 20. November 2017

Beginn & Dauer: 18. September 2017, 3 Semester

NEUE AUTORITÄT - BEZIEHUNG STATT GEWALT

Grundkurs und Aufbaulehrgang nach Haim Omer

Beginn Grundkurs: 9. Oktober 2017

Beginn Aufbaulehrgang: 13. November 2017

SEMINARE

Sexualität im Alter

Termin: 4. Oktober 2017

Roma als Armuts migrantInnen in Vorarlberg

Termin: 4. Oktober 2017

Jihadismus und (De-)Radikalisierung

Termin: 12. Oktober 2017

Per M@il beraten. Mail-, Online- und Digitale Beratung

Termin: 27.-28. November 2017

Gewaltprävention und Abbau von Vorurteilen - Train the Trainer Kurs von NCBI

Termin: 11.-13. Dezember 2017

SCHLOSS HOFEN

Wissenschaft & Weiterbildung

Hofer Straße 26, 6911 Lochau, Austria

T +43 5574 4930 460

E soziales@schlosshofen.at

W www.schlosshofen.at



ihre ‚handwerklichen‘ KollegInnen. Es gibt also ein soziales Gefälle, einen sozialen Gradienten auch in Bezug auf Gesundheit zwischen den unterschiedlichen Klassen in Arbeit und Beruf (www.statistics.gov.uk zit. nach BZgA GF S 29).

Wesentlicher Aspekt der Gesundheit ist auch ein funktionierendes, unterstützendes und dichtes soziales Netzwerk. Dieser zentrale Aspekt ist in der Definition von Badura mit erfasst: „Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura / Hehlmann 2003:18) Funktionierende soziale Netzwerke halten gesund – Einsamkeit macht krank. Das gilt nicht nur für ältere Menschen, sondern ist auch für die Alterskohorten der 30 – 49 jährigen und der 50 – 59jährigen in einer kalifornischen Langzeitstudie festgestellt worden. Menschen, die keine engen sozialen Kontakte oder Bekanntschaften im Gemeinwesen hatten, versterben früher als jene mit guten Kontakten. Dieser Zusammenhang zwischen früherer Sterblichkeit und Dichte des sozialen Netzwerkes ist unabhängig von einem allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand, vom sozioökonomischen Status und krankheitsfördernden Variablen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel und einem ausreichenden Ausmaß von Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Bergmann, L.F, Same, S.L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents *Am J Epidemiol.* 1979 Feb;109(2):186-204)

Hurrelmann verwendet in seiner Definition den Arlt'schen Aspekt des Wohlbefindens: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens

einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden; ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich so steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren“ (Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. 7. Auflage Juventa. Weinheim S. 7)

Zusammengefasst sind daher zentrale Determinanten für Gesundheit soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen, Beruf, Zugang zu passenden (Hilfe-) Ressourcen und ein unterstützendes soziales Netzwerk, welche die Möglichkeit bieten, sein Leben in der Gesellschaft zu entfalten und damit integraler Teil einer Gemeinschaft zu sein – teil zu haben.

Soziale Arbeit – (auch) ein Gesundheitsfachberuf

Gesundheitsfachberufe wie ÄrztInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen oder KrankenpflegerInnen sind in Österreich durch jeweils eigene Berufsgesetze reguliert, die Zugang zur Ausbildung, Ausbildungsdauer- und inhalte, Dokumentation, Verschwiegenheit und erlaubte Kompetenzen genau festlegen. Die Gesetze dienen der grundlegenden Qualitätssicherung und der Abgrenzung gegenüber anderen Berufen. Diese Ausdifferenzierung führt einerseits zu einem notwendigen Expertentum. NeurochirurgInnen müssen beispielsweise riskante, hochinvasive

Maßnahmen bei ausreichender Frequenz durchführen – begleitet von einer geringen Standardisierbarkeit und basierend auf mit zunehmender Ausbildungsdauer und Berufserfahrung steigender klinischer Erfahrung. Durch die geringe Möglichkeit der einfachen Reproduktion dieser spezifischen Maßnahmen (Operationen) durch andere ÄrztInnen oder Gesundheitsberufe sind ein hoher Status und ein hohes Einkommen gesichert. Bei Versorgungsprozessen im sozialen, pflegerischen und allgemeinmedizinischen Bereich, im Primärversorgungskontexten sind allerdings breites und interdisziplinäres Wissen gefragt, um erste Diagnosen und Clearings durchzuführen. Schon Ilse Arlt erkannte die Gefahren der zunehmenden und zu hohen Spezialisierung in vielen Hilfsprofessionen: Sie forderte die Gründung einer eigenen Hochschule, in welcher der Forschung dienend „jede in einem Teil der Lebenspflege arbeitende Frau – Kindergärtnerin, Lehrerin, Anstaltsleiterin, Ärztin, Fürsorgerin – die Gesamtaufgabe kennen lerne. Denn, auf den Menschen angewendet, wirken sich Arbeitsteilung und Spezialisierung verheerend aus.“ (Arlt 1958/2010: 127)

In Österreich werden Gesundheitsberufe häufig in ÄrztInnen und in „nichtärztliche Gesundheitsfachberufe“ - das sind alle anderen gesetzlich anerkannten Gesundheitsfachberufe – kategorisiert. Medizinische Aspekte sind natürlich ein wichtiger Teil von vielen Sozial- und Gesundheitsberufen, diese dann aber als nichtärztliche zusammenzufassen reproduziert mittlerweile veraltete Hierarchieverhältnisse im Gesundheitswesen. Unsere ärztlichen KollegInnen sehen sich meist als Teil eines Teams, als ChefInnen der Medizin, nicht aber als Leader in allgemeinen Fragen der Gesundheit. Gesundheit ist per se ein transdisziplinärer Begriff der von keiner Berufsgruppe alleine reklamiert

werden kann – nicht zuletzt tragen beispielsweise BautechnikerInnen, KöchInnen oder Installateure ebenso wesentlich zur individuellen und öffentlichen Gesundheit bei. (Analog würden SozialarbeiterInnen hoffentlich nicht auf die Idee kommen angrenzende und verwandte Fachberufe als „nicht-sozialarbeiterische Gesundheits- und Sozialberufe“ zusammenzufassen.)

Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

1. ExpertInnen für „most vulnerable humans“ in komplexen Settings

SozialarbeiterInnen sind ExpertInnen für die „most vulnerable humans“, also für jene Menschen, die in ihrem lebensweltlichen Kontext am meisten sozial, psychologisch oder physisch verletztlich bzw. gefährdet sind. Zielgruppen sind dabei primär Menschen, die von Exklusion betroffen sind oder in besonders prekären Situationen, in Armut, leben. Soziale Arbeit findet auf der Mikroebene mit individuellen KlientInnen, auf der Mesoebene mit Gruppen, Gemeinden (Communities im räumlichen oder auch sozialen Sinn) und auf der Makroebene also gesamtgesellschaftlich und politisch handelnd statt.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kann in folgende Bereiche kategorisiert werden:

- Diagnosebezogene Soziale Arbeit: Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder nach körperlichen Verletzungen wie Amputationsverletzungen, Krebs, Diabetes, Entwicklungsschwierigkeiten, HIV/Aids, Selbsthilfegruppen,....
- Soziale Arbeit im Bereich Mental Health: Hilfe für KlientInnen mit Demenz, Alkohol-/Drogensucht,

Suizidgefahr, Schizophrenie, Paranoia, ...

- Soziale Arbeit für spezielle Populationen: Schwangere, Familien, hochbetagte Menschen, Menschen in wirtschaftlicher und sozialer Armut, Gefangene, Immigranten/Menschen auf der Flucht, Palliative Care, pflegende Angehörige,...
- Soziale Arbeit im Bereich Diversität: Natives, Minoritäten, LGBTQI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Transsexual, Queer und Intersex Life),...
- Sozialraumorientierte Soziale Arbeit: Grätzelsozialarbeit, Sozialarbeit im Gemeinwesen z.B. durch Stärkung der BürgerInnenbeteiligung und Eigeninitiative der BewohnerInnen.

Aus Sicht der Prävention ist Soziale Arbeit dabei je nach Bereich unterschiedlich stark in allen Kategorien der Prävention tätig. Im Bereich der Primärprävention, also wenn noch keine nachweisbare Schädigung eingetreten ist beispielsweise in Bereichen der Armutsbekämpfung, Gemeinwesenarbeit, frühe Hilfen für Familien, Unterstützung pflegender Angehöriger. Hier werden Früherkennung, frühzeitige Beratung und Anregungen für Lebensstilveränderungen geboten. Sekundärprävention adressiert konkret gefährdete Populationen, versucht Menschen zu Vorsorgemaßnahmen wie Untersuchungen, Auswerten von konsumierten (möglichen) Drogen, Einschätzung des Risikos im eigenen Sexualverhalten, Verstehen der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen wie Medikation anzuleiten und zu motivieren. Ziel ist das Einleiten einer Frühbehandlung und die Senkung der Häufigkeit von fortgeschrittenen Erkrankungen. In der Tertiärprävention versuchen SozialarbeiterInnen Betroffenen von manifesten ‚Krankheiten‘ im Umgang damit zu begleiten. Sie versuchen damit, weitere Folgegeschä-



SOZIALE ARBEIT

BACHELOR

- **klarer Aufbau:** Grundlagen für alle Lebensalter
- **spezielle Vertiefung:** fünf Wahl- und Kreativitätsfächer
- **hoher Praxisbezug:** sehr gutes Netz für Praktika im In- und Ausland

MASTER – PROFIL „ENTWICKELN & GESTALTEN“

- **exzellente Lehre:** Menschen und ihre Lebenswelten erklären, erforschen, verstehen und verändern
- **Handlungsorientierung:** good practice mit Fokus auf soziale Entwicklung
- **Theorie-Praxis:** Projektarbeit in Kleingruppen & Einbindung in laufende Forschung



„Seit 2012 bin ich im LKH Graz und betreue drei Kliniken. Das Schöne an meiner Arbeit ist, wenn ich merke, dass am Ende einer Beratung Zuversicht einkehrt in eine Situation, die für die KlientInnen zu Beginn schier ausweglos schien. Kein Tag gleicht dem anderen und jeder Fall ist für sich einzigartig – gerade das macht meinen Beruf so spannend und außergewöhnlich!“

TANJA KÖGLER, BA
Sozialarbeiterin, Landeskrankenhaus
Universitätsklinikum Graz

Mehr Infos:
www.fh-kaernten.at/soz

den zu vermeiden wie Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, Rückfälle im Bereich einer Sucht (Alkohol, Drogen, Spielsucht,..) zu verhindern oder abzumildern und mitzuhelfen, trotz eingeschränkter Bedingungen ein autonomes Leben zu führen (vgl. Franzkowiak 2010: 32f).

2. Soziale Arbeit im Bereich Public Health

Der im deutschen Sprachraum oft verwendete Übersetzung von Public Health als „Gesundheitswissenschaften“ folgt die Soziale Arbeit nicht, da der Terminus um die „Öffentlichkeit“ beschnitten wird und zu einer Entpolitisierung des Begriffes führt. Gesundheit ist wesentlich auch ein öffentliches Gut: soziale und biologische Umwelt, Arbeitsbedingungen, Einkommen, soziale (Un-)gleichheit und Wohnort ergeben Lebensverhältnisse die mehr oder weniger gesund sind – und nicht nur durch rein individuelles gesundes Verhalten beeinflussbar sind. Als wesentliche Methode wird die „Soziale Epidemiologie“ angewandt. Die Epidemiologie (griech. epi – über/auf; demos – Volk; logos – Lehre) „untersucht die Verteilung von Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren in der Bevölkerung oder in Untergruppen der Bevölkerung. Sie wendet das dabei gewonnene Wissen an, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern“ (Razum 2011:37). Die „soziale Epidemiologie befasst sich mit der Häufung, der Entstehung, der Auslösung und dem Verlauf von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Variablen“ (Pflanz 1967:79 zit. in Mielck/Bloomfield 2001: 9). Soziale Epidemiologie analysiert, beschreibt und erklärt Wechselwirkungen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit mit dem Ziel gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Sie hat also neben einem Forschungs- einen Handlungs- und Veränderungsanspruch. Die Analyse

der sozialen Ungleichheit betrachtet die „vertikale soziale Ungleichheit“, also Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen und Vermögen und die „horizontale soziale Ungleichheit“, die beispielsweise Unterschiede nach Geschlecht, Familienstand, Nationalität beinhaltet. (vgl. Mielck/Bloomfield 2001: 9f). Weitere Aufgaben von „Public Health Sozialer Arbeit“ sind strategische und klientInnennahe Tätigkeiten im Rahmen von (betrieblicher) Gesundheitsförderung und Primärprävention. Diese versucht noch vor der erkennbaren körperlichen Beeinträchtigung Ursachen und spezifische Risikofaktoren zu identifizieren und zu reduzieren, Kompetenzen bei den Betroffenen zu entwickeln und Resilienz zu verstärken (lat. resilire - zurückspringen, abprallen). Resilienz ist die Fähigkeit von Menschen bzw. Gruppen Strategien und Ressourcen zur Krisenbewältigung einzusetzen: Technisch gesprochen, bei Ausfall eines Systemteils nicht völlig zu versagen sondern in weiten Bereichen funktionsfähig zu bleiben. Dabei adressiert Soziale Arbeit nicht alleine individuelles Verhalten im Sinne von Lebensstiländerung, die auch immanent eine Einschränkung der Persönlichkeit, Individualität und Autonomie beinhaltet. Soziale Arbeit adressiert dabei auch Verhältnisse, z.B. wirtschaftliche, berufliche, soziale Lebens- und Umweltbedingungen, die es Betroffenen erschweren oder verunmöglichen.

3. Sozialmedizinisches Zentrum SMZ Graz Liebenau **VerfasserInnen Anahita Sharifgerami, BA Sozialarbeiterin, Gustav Mittelbach, Allgemeinmediziner SMZ Graz Liebenau**

In Graz gibt es seit 1984 – ausgehend von einer Praxisgemeinschaft von drei ÄrztInnen – langjährige und erfolgreiche Erfahrung mit der engen

Verzahnung zwischen Sozialer Arbeit und niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen. Die SozialarbeiterInnen haben dort folgende Aufgabenschwerpunkte: Familienberatungsstelle Graz Süd; Beratung und Begleitung von PatientInnen (der Praxis), insbesondere Unterstützung bei Anträgen wie z.B. Pflegegeld, Wohnunterstützung, Pensionsansuchen, Ansuchen um finanzielle Unterstützung; psychosoziale Gespräche wie ressourcenorientierte- und motivierende Gesprächsführung und Krisenintervention; Auf- und Ausbau sozialer Kontakte, Hilfe bei Schuldenregulierung, Wohnungssuche und -wechsel; Organisation von (mobiler sozialpsychiatrischer) Betreuung od. Pflege; Schuldenregulierung bzw. Vermeidung neuer Schulden. Weiters erfolgt ggfs. die Teilnahme an Arzt-PatientInnen-Gesprächen und Haus- und Krankenhausbesuche bei Bedarf mit den ÄrztInnen und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen. SozialarbeiterInnen haben eine offene Sprechstunde in der Praxis und im Stadtteilzentrum. Mit alkoholkranken Menschen und SuchtgiftpatientInnen werden Anamnesegespräche in der Praxis durchgeführt. Eingesetzte Methoden umfassen Case Management, Fallkonferenzen, Todesfall-Besprechungen. Die interne und externe Vernetzung mit anderen Professionen und Institutionen sind wesentlich für die Fallbegleitung bzw. ggfs für die Fallführung. Das passiert z.B. via HelferInnenkonferenzen oder Teilnahme an Vernetzungstreffen (Drogenfachgremium,...). Primäre Ziele in der KlientInnenarbeit sind die Minimierung von Krisensituationen und Rückfällen, die Verringerung stationärer Aufenthalte, die Förderung psychischer Gesundheit, der Auf- und Ausbau sozialer Kontakte, d.h. mit der richtigen Unterstützung mitzuhelfen, dass Menschen möglichst selbstständig leben können. Neben der individuellen Arbeit von Menschen sind die SozialarbeiterInnen im SMZ auch in

der klassischen Gemeinwesenarbeit aktiv. Das umfasst die Siedlungsbetreuung in zwei Bezirken, eine offene Sprechstunde im Stadtteil, ein niedrigschwelliger wöchentlicher „Brunch am Grünanger“, die Organisation und Teilnahme an Festen und Feiern, selbstorganisierte Ausflüge, Bezirksratssitzungen, SeniorInnen-Plattform usw.

4. Neue Wege erforderlich: Soziale Arbeit auf Rezept – die ärztliche Überweisung zur/zum SozialarbeiterIn

SozialarbeiterInnen verweisen regelmäßig und selbstverständlich KlientInnen zur ärztlichen KollegInnen. Der umgekehrte Fall ist noch eher die Seltenheit. PatientInnen die einsam sind, Schulden oder andere finanzielle Probleme haben, im Rahmen der Wohnungssituation suboptimal oder gefährdet sind würden eine Überweisung zur Sozialen Arbeit benötigen. Diese „Nebendiagnosen“ ergeben sich häufig nach mehrfachen Arztbesuchen, mit der Überweisung zu Sozialer Arbeit könnten sie auch zielgerichteter behandelt werden und das medizinische System entlasten. Bei enger räumlicher Nähe frühzeitiger Überweisung und erlernter, praktizierter und systematischer Kooperation zwischen „Medizin“ und „Sozialer Arbeit“, wäre es möglich diese schwierigen Lebenslagen zu adressieren bevor sie sich manifestieren bzw. „chronisch“ werden. Das Gemeinwesenzentrum in Bromley by Bow Centre (London) verwendet diesen Zugang seit Jahren. ÄrztInnen überweisen bei Bedarf ihre PatientInnen zu den SozialarbeiterInnen in der Einrichtung. Diese sind VerweisungsspezialistInnen und beraten selbst mit psychosozialen Hintergrund. Sie leiten bei Bedarf zur Wohnberatung, Schuldnerberatung, Rechtsberatung oder psychologischer Unterstützung weiter. Es sind auch Referenzierungen zu Kunstangeboten, Gartenarbeit,

Kochen, gemeinsames Erarbeiten gesunder Ernährung, Schwimmkursen, Yoga und anderen Sportaktivitäten möglich. In unmittelbarer Beziehung zum Gemeinwesenzentrum gibt es 30 Angebote, im etwas weiteren Umfeld mehr als 1000 Möglichkeiten sich zu bilden, einzubringen, zu engagieren, sich Unterstützung zu holen, teilzuhaben. Alleine hier den Überblick über Verfügbarkeit, Qualität und Passung dieser Ressourcen zu haben, erfordert spezifisches ExpertInnenwissen mit guten Kontakten im Gemeinwesen und zu anderen Berufsgruppen bzw. Institutionen. Die SozialarbeiterInnen initiieren auch immer wieder besondere Angebote um KlientInnen in „Alltagsaufgaben“ zu inkludieren. So übte beim Besuch des Verfassers im Gemeinwesenzentrum eine Sängerin des Musicals Aida vor Ort, und beteiligte auch Interessierte in einer Singgruppe an ihrer Arbeit. (vgl. Cassells, Emma 2017, vgl. Leber, Werner, 2017, vgl. Kingsfund 2017). Ziel der „Soziale Arbeit auf Rezept“ ist es BürgerInnen mit einer hohen Bandbreite an sozialen, emotionalen und praktischen Bedürfnissen zu unterstützen. Der Fokus ist dabei auf einer Verbesserung der mentalen und körperlichen Gesundheit. Die Angebote sind vor allem für Menschen mit einfachen oder chronischen psychosozialen Erkrankungen, für vulnerable Gruppen und für Menschen die einsam sind,

hilfreich. Hauptzielgruppe sind „Heavy users“ also Menschen die mit hoher Frequenz praktische ÄrztInnen, FachärztInnen und Krankenhäuser aufsuchen. Bei etwa 8 von 10 PatientInnen kann durch soziale Überweisung die Besuchsfrequenz medizinischer Einrichtungen reduziert werden (ebd.).

5. Indikationen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Diagnosen sind für SozialarbeiterInnen eine (=1) Form des Informationsaustausches, für die konkrete Arbeit mit KlientInnen nicht unwichtig, aber nachrangig. Indikationslisten bauen auf Diagnosen auf, Soziale Arbeit kann und soll keiner strengen Indikationsliste folgen. Eine opportunistische Anlehnung an diagnosenorientierte Abrechnungssysteme würde die Bezahlung sozialarbeiterischer Leistung erleichtern und der üblichen Remuneralionslogik folgen. Dieser Zugang würde immanent zur Exklusion von Menschen in besonders prekären Lebenslagen führen – „Einsamkeit“, „Armut“, „suboptimale Wohnverhältnisse“ sind keine abrechnungsfähigen Diagnosen und auch nicht alleine mit finanziellen Interventionen verbesserbar.

Soziale Arbeit hat auch eine Art „Jolly Joker“ Funktion. Sie versucht dort professionell Unterstützung und Hilfe



Kooperation der
Donau-Universität Krems und
der Fachsektion
Psychodrama im ÖAGG

ÖAGG | PD

PSYCHOTHERAPIE-AUSBILDUNG

Fachspezifikum Psychodrama

Abschluss mit Master of Science (MSc) - 7 Semester, berufsbegleitend

Beginn der nächsten Lehrgänge:

20.10.2017 - MSc 21 in **Graz/Klagenfurt**

20.10.2017 - MSc 22 in **Wien/Krems**

02.03.2018 - MSc 23 in **Salzburg/Krems**

24.10.2018 - MSc 24 in **Wien/Krems**

Details: www.psychodrama-austria.at

zu substituieren wo andere Professionen sich für unzuständig erklären oder aber mit dem vorhandenen Methoden- und Interventionsspektrum an Grenzen stoßen. „Wunder“ und „Hoffnungslosigkeit“ sind keine Begriffe Sozialer Arbeit. Es wird versucht alltagsnahe und pragmatisch mit jenen Ressourcen zu arbeiten, die betroffene Menschen (noch) haben und versucht diese zu sichern und zu stärken. Anteilnahme, Empathie und Wahrung der Autonomie der Betroffenen sind wesentliche begleitende Haltungen in der praktischen Arbeit.

Grundsätze für Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind:

- Open Door Policy: Soziale Arbeit verfolgt einen „offene Tür“, d.h. Zugang für Menschen auf der Suche nach Hilfe.
- Aufsuchend: Soziale Arbeit sucht auch Menschen im Sozialraum und in ihren konkreten Lebenswelten- und wirklichkeiten auf.
- Nachgehend: Menschen, die besonders von Exklusion betroffen sind, wird auch proaktiv im Sozialraum und in ihrem „Straßenleben“ nachgegangen.

Indikationen für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, am Beispiel von Krankenhaussozialarbeit:

- „Heavy Users“: DrehtürpatientInnen, die häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem suchen und bei denen die Selbsthilfe und Betreuungssituation nicht ausreichend ist.
- psychosoziale Krisenintervention (nach Unfall, Vergewaltigung,...)
- PatientInnen mit komplexen Multiproblemlagen die eines professionellen Casemanagements bedürfen
- „hard to reach“ – schwer erreichbare KlientInnen: Menschen „die auf Grund kultureller Distanz zu institutioneller Hilfe, wegen ih-

rer Bildungsstandes oder der gesellschaftlichen Marginalisierung ihres Lebensmilieus die Angebote des sozialen Hilfesystems gar nicht kennen, nicht als für sie gedacht wahrnehmen oder wegen wahrgenommener Zugangsschwellen nicht nutzen wollen“ (Großmaß 2010:173)

- Finanzielle Schwierigkeiten, unklarer Versicherungsstatus
- Informationsbedarf über rechtliche und finanzielle Ansprüche, Beihilfen, Sozialleistungen etc.
- Auswirkungen von Krankheit auf Beruf und umgekehrt
- Schwierigkeiten mit der Wohnsituation
- Drogenmissbrauch / Alkoholismus
- Minderjährige PatientInnen (Teenagerschwangerschaften, Abtreibungswunsch, Schwierigkeiten mit Erziehungsberechtigten, ...)
- Kinderbetreuungsprobleme von PatientInnen
- Adoptionswunsch
- Abtreibungswunsch
- Sterilisierungswunsch
- Mobilitätsprobleme
- Verdacht auf Kindes-, Partner-, Altenmisshandlung oder -vernachlässigung
- Familienprobleme
- Beziehungsprobleme
- Verlust einer nahestehenden Person
- psychiatrische PatientInnen
- PatientInnen mit Suchterkrankungen
- Unterstützung in der autonomen Lebensführung – alternative Wohnformen
- PatientInnen, die offensichtlich ein geringes soziales Netzwerk haben
- PatientInnen, bei denen eine Vertrauensbildung durch Ärzte und Pflegepersonal nicht erfolgreich war und die weiterer Unterstützung bedürfen
- PatientInnen mit kontinuierlich körperlichen Beschwerden ohne medizinischer Grundlage
- PatientInnen, die nicht in der Lage sind eine ärztlichen Anweisung /

Medikamentenvorschreibung zu verstehen bzw. dieser zu folgen

- Allgemeiner Wunsch des Patienten nach sozialarbeiterischer Unterstützung
- Allgemeine Sorgebekundung durch MitarbeiterInnen im Betreuungsteam

Methoden der Sozialen Arbeit

Die Methoden der Sozialen Arbeit werden allgemein adressatenbezogen in soziale Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit kategorisiert. Soziale Arbeit verfügt über eine breite Palette allgemeiner und hochspezialisierter Methoden die über weiterführende Ausbildungen erworben werden können. Konkrete Methoden sind sozialarbeiterische Beratung, Grundsicherungsberatung, Vernetzung, Verweisung zu weiteren Hilferessourcen, unterschiedliche Formen der Gesprächsführung (motivierend, klientInnenzentriert, konfrontativ...), Empowerment, multiperspektivische Fallarbeit, Krisenintervention und Krisenmanagement, Case Management, Screening, Clearing, Behandlungsplanung, Monitoring, Mediation, Familientherapie, Conferencingmodelle wie Familienrat, Street Work, Sozialraumorientierung, Prävention, Supervision, Evaluationsverfahren, soziales Marketing, Sozialmanagement (vgl. Galuske 2013: 15 ff, 75-115). Kapazitätsbildung BürgerInnenbeteiligungsverfahren, Community involvement, Vernetzung, Kooperation, Protest, Widerstand, Unterstützung, politische Einmischung sind weitere wesentliche Methoden der Sozialen Arbeit.

Alleine im Bereich der Sozialen Diagnostik gibt es mehr als 30 unterschiedliche Verfahren, die situationsbedingt zum Einsatz kommen können, z.B. Presented Problem Analyse (PPA), Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scale) im

DSM IV, Integrachart, Sozialanamnese, Crossings, Luedtkes BlackBox, Zielplanungsraster, Inklusions-Chart (IC4), Netzwerkkarten, Ablaufdiagramm Interventionsgeschichte, Biografischer Zeitbalken, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Family Group Decision Making, Personalliste, Person in Environment Classification System (PIE) etc (vgl. Pantuček 2012; vgl. Pantuček 2017).

Bei den meisten Verfahren wird die Analyse in enger Kooperation und mit Beteiligung der KlientInnen erarbeitet, und sind daher auch bereits Interventionen.

Handlungsqualifikationen der Gesundheitsförderung – Standardmethoden der Sozialen Arbeit

Im Bereich der Gesundheitsförderung findet sich Soziale Arbeit in den Handlungsqualifikationen der Otta-

wa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) abgebildet. Schwerpunkte sind:

- Advocacy - Interessen vertreten: das gesundheitsfördernde Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten für politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren, positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.
- Enabling and empowerment - Befähigen und ermöglichen: gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu
- allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.
- Mediation and networking - Vermitteln und vernetzen: Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierung, im Gesundheits-, Sozial-, und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in



der Industrie, und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft. (Fonds Gesundes Österreich: 2017, vgl. Dür, Wolfgang: 2009)

Nicht zuletzt ist Forschung eine wesentliche Methode Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Beispielsweise wird im „Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung“ in den Forschungsschwerpunkten Health and Social Care, Methodenentwicklung und Soziale Diagnostik, Partizipation, Diversität und Demokratieentwicklung an Gesundheitsthemen geforscht. Aktuelle Projekte sind z.B. Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144, Primary Care in the Center of the Community, Biographien des Essens, BRELOMATE (Breaking Loneliness With Mobile Interaction and Communication Technologies for Elderly) faire Gesundheitsförderung für Frauen, Inklusion von geflüchteten Menschen in Niederösterreich oder psychosoziale Gesundheit von Frauen. Ebenso leiteten Mitarbeiter des Department Soziales ein Entwicklungsprojekt für eine integrierte Ausbildung von Pflege- und Rettungsdienstpersonal.

Fazit

Soziale Arbeit war und ist ein Gesundheitsberuf. Praktisch alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit sind in den unterschiedlichsten Bereichen der Prävention tätig, zahlreiche Handlungsfelder in der direkten Unterstützung, Behandlung und Betreuung von PatientInnen. Im Rahmen der

Initiativen um eine Berufsgesetz für SozialarbeiterInnen wären auch die entsprechenden Regelungen im Sinne eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsfachberufes festzuhalten.

SozialarbeiterInnen unterstützen und motivieren PatientInnen zur Selbsthilfe, versuchen das familiäre, nachbarschaftliche und gemeindenahes Netzwerk zu stärken und beraten PatientInnen in psychosozialen Fragen etc. Vor allem vernetzen und verbinden sie PatientInnen zwischen den vielen Versorgungsebenen, Institutionen und Berufsgruppen und sind daher eine der wenigen interdisziplinären Professionen. Dadurch wird die Treffsicherheit der Hilfe verbessert, menschliche Umwege (=Leiden) und Kosten werden reduziert. Im Sozialmedizinischen Zentrum Graz Liebenau und in Enns sind SozialarbeiterInnen fixer und bewährter Teil des Primärversorgungsteams. Sie werden im Primärversorgungsgesetz 2017 § 2. (3) indirekt als Berufsgruppe erwähnt, zur Sicherstellung der sozialen Unterstützung braucht es aber eine direkte Nennung der Profession „SozialarbeiterInnen“ im Gesetz. Auch international sind sie fester Teambestandteil im engeren Bereich des Krankenversorgungswesens wie Primary Care und in den Spitälern. SozialarbeiterInnen adressieren auch soziale Ungleichheit. Diese politische Funktion ist für die KlientInnen, die Berufsgruppe selbst (nicht zuletzt für die Psychohygiene) als auch gesellschaftlich bedeutsam, trägt aber nicht immer zur Beliebtheit der Profession und ihrer ProponentInnen bei. In demokratischen Institutionen und Gesellschaften sollten diese Eigenschaften ja besonders erwünscht sein. Und nicht zuletzt: Im Spannungsfeld zwischen komplexen Problemlagen, multidisziplinären Ansprüchen, verschiedenen Handlungslogiken der Professionen und Standards zur institutionellen Absicherung, braucht Soziale Arbeit (und nicht nur diese)

Zeit für Teamarbeit, Konzeption, Ausgleichsprozesse, Kreativität und ja: Spielräume. Diese Aspekte wären die Elastizität in der Betreuung von Menschen. In diesem Sinne: X&heit!

Literatur

Badura, Bernhard / Knesebeck, Olaf von (2012): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Razum, Oliver (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Juventa

Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. 7. Auflage Juventa. Weinheim S. 7

Redelsteiner, Christoph (2017a): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Schmid, Tom et al (Hrsg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Verlag LIT, Wien (in print)

Redelsteiner, Christoph / Pflegerl, Johannes (2015): Community Social Care. In: Pantuček Eisenbacher, Peter / Vysloulzil, Monika / Pflegerl, Johannes. Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. Verlag des ÖGB. Wien.

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

geb. 1966. Studium der Sozialarbeit in St. Pölten, Rettungsdienstausbildung in den USA; Sozialarbeiter und Gesundheitswissenschaftler. Beruflich in den Bereichen Rettungsdienst, Krisenintervention und Leitung von NGO tätig; Dozent an der FH St. Pölten, Arbeitsschwerpunkt Public Health, Versorgungsforschung im präklinischen und sozialen Bereich.
christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at

<http://inclusion.fhstp.ac.at/index.php/ueberdasinstitut/team/cr>



Sozialarbeit in der (neuen) Primärversorgung

Chancen und Herausforderungen

Text: Mag.ª (FH) Susanne Finker

Worum geht's?

„Primärversorgung“ (oder „Primary Health Care“) ist das Wort – manche würden sagen Unwort – des Jahres 2017 im österreichischen Gesundheitssystem. Dabei reichen die Wurzeln schon weiter zurück: Ende März 2014 wurde im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz der Startschuss zur Neugestaltung der gesundheitlichen Primärversorgung in Österreich gesetzt. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung der Zukunft aussehen kann, was vor allem die Patientinnen und Patienten brauchen, um optimal betreut zu werden (vgl. BMG 2017).

Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt, immer stärkere Spezialisierungen der Gesundheitsberufe (ja, dazu zähle ich die Sozialarbeit auch), ausgereifere technische Möglichkeiten, steigende Mobilität, um nur einige zu nennen, führen dazu, dass das Gesundheitssystem sich verändern soll und muss.

Was verbirgt sich nun eigentlich hinter dem Begriff „Primary Health Care“? Ich verwende an dieser Stelle die in Alma Ata entwickelte Definition (WHO 1978): Primary Health Care ist ein essentieller und zentraler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Es ist die erste Versorgungsebene, mit der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten. Sie umfasst

gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen. Sie fördert die Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten und ist ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Versorgungskonzept (vgl. Korsatko 2017).

Seit der Entscheidung, auch in Österreich auf eine „neue Art“ der Primärversorgung zu setzen, hat sich einiges getan: Begriffe verändern sich, Diskussionen werden zum Teil sehr hef-

tig, zum Teil gar nicht geführt (ebenso spannend!), neue Einrichtungen entstehen usw. Gerade aus diesem Grund finde ich es wichtig, sich immer wieder auf den Ursprungsgedanken von Alma Ata zu beziehen, dem ein sehr ganzheitlicher Ansatz innewohnt, der gerade uns als SozialarbeiterInnen ohnehin stets begleitet.

Einmal vom „Team rund um den Patienten“ zum „Team rund um den Hausarzt“ und zurück

Vielleicht haben Sie, habt ihr, es in den Diskussionen schon gehört: „Das Team rund um den Hausarzt“ (BMG 2014). Dabei handelt es sich um ein



Jahreskonferenz am 8. November 2017

ARBEIT FÜR ALLE?

Teilhabe für Menschen mit geringer Arbeitsmarktperspektive

Tagungsort

Landesregierung Kärnten, Spiegelsaal
Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt

Informationen unter www.oeksa.at

Anmeldung erforderlich

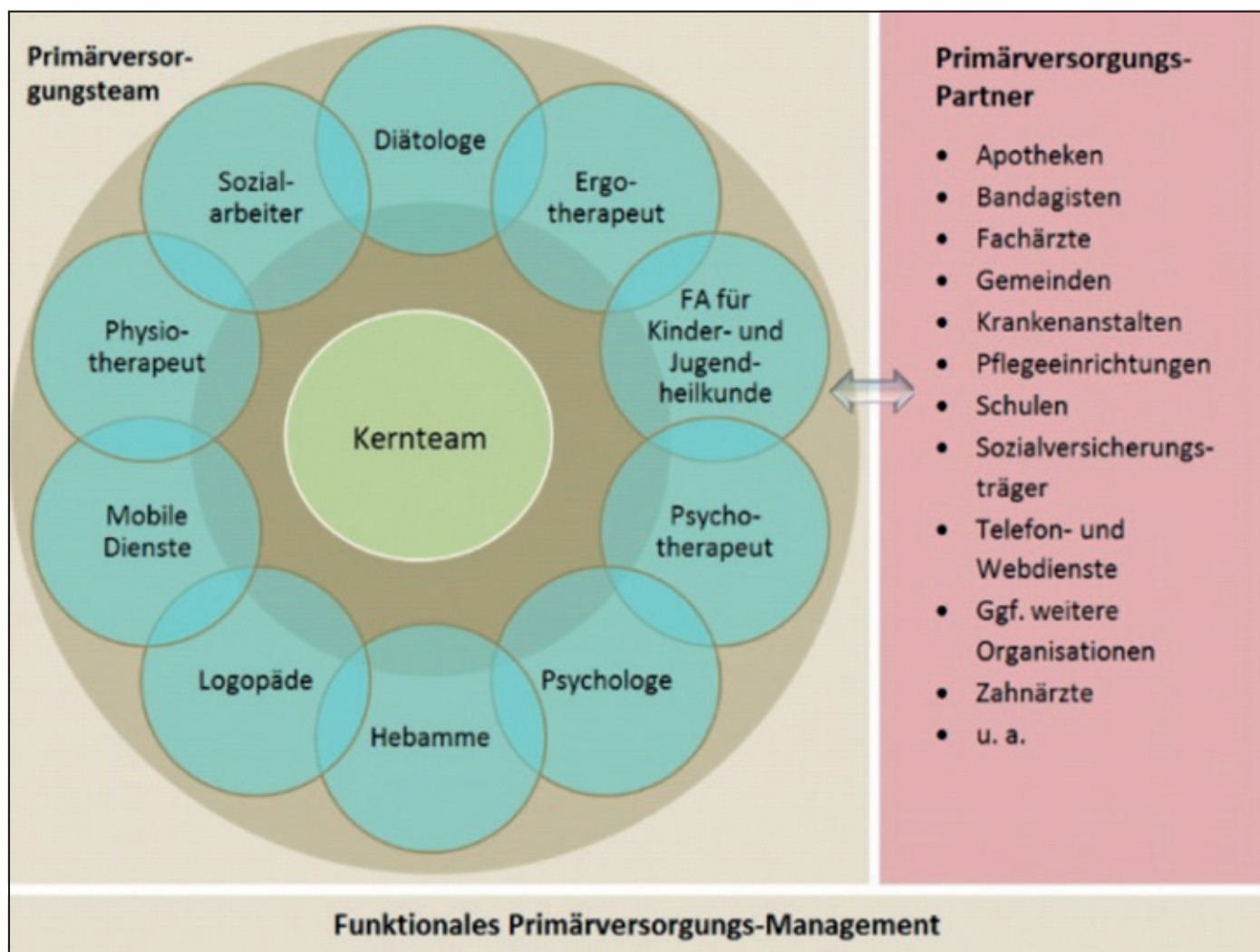
Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Geigergasse 5-9, 1050 Wien

office@oeksa.at

Tel: 01-548 29 22

Fax: 01-545 01 33



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Grafik entnommen aus „Das Team rund um den Hausarzt“ (2014). Das darin erwähnte „Kernteam“ bestand ursprünglich aus: ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Ordinationsassistenten und Diplomiertem Pflegepersonal (Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege). Glücklicherweise gibt es mittlerweile eine Weiterentwicklung der Blume (Abb. 2)

Konzept, das für alle die sich für das Thema interessieren, eine gute Basis darstellt. Lässt man sich vom Titel nicht abschrecken, enthält es eine ganze Reihe umfassender und – für österreichische Verhältnisse wie ich meine geradezu revolutionäre – Gedanken. Der bekannteste (und am häufigsten wiederverwendete) Teil dieses Konzepts ist die sog. „Blume“ (auch Primärversorgungsblume, Abb.1 und 2)

Mittlerweile gibt es: das Gesetz

Trotz (oder wegen?) der anstehenden Neuwahlen wurde in diesem Frühsommer ein Gesetz als Rahmen

für die Primärversorgung beschlossen. Es trägt den wunderbaren Namen: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (kurz: GRUG). Artikel 1 des GRUG ist wiederum das Primärversorgungsgesetz (kurz: PrimVG, oft auch nur als PVG bezeichnet). In diesem Gesetz werden viele Details zur Gründung und Betreibung neuer Primärversorgungseinheiten (PVE) erstmals festgelegt. Ich möchte nicht zu sehr ins Detail gehen, einen für uns als Berufsgruppe wichtigen Punkt aber doch herausstreichen: Sozialarbeit kommt als Beruf im Gesetz nicht vor! Der obds hat im Rahmen der Begutachtungsfrist eine Stellungnahme zum

Entwurf eingereicht. Nachzulesen ist diese – wie auch andere Informationen – unter: www.sozialarbeit.at unter Fachgruppe „Primärversorgung“.

Die Fachgruppe „Sozialarbeit in der Primärversorgung“

Rund um diese Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung hat sich eine Gruppe interessierter SozialarbeiterInnen zusammengefunden, um sich auszutauschen, upzudaten, zu diskutieren, Stellung zu beziehen. Derzeit ist viel in Bewegung und wir haben als Berufsgruppe die Chance, uns einzubringen. Viele Aspekte der neuen



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger/gruenberg4.at. Erfreulicherweise sind Sozialarbeiter in beiden Darstellungen Teil des Teams.

Primärversorgung – und ich sage an dieser Stelle bewusst „neu“, weil viele HausärztInnen der Meinung sind, sie machen immer schon Primärversorgung – sind uns sozusagen in die (Berufsgruppen-)Wiege gelegt: Ressourcenorientierung, multiprofessionelles Arbeiten, Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung!

Es ist unsere Chance – gerade im Bereich der Erwachsenensozialarbeit – präventiv gemeinwesenorientiert tätig zu werden! Dazu braucht es aber: unser aktives Einbringen, viel Aufklärung (weil gerade ÄrztInnen sehr, sehr wenig über unsere speziellen Kompetenzen wissen), Wissen um die Entstehung neuer Einrichtungen, genaue Beobachtung des Prozesses und Durchhaltevermögen.

Wer in der Fachgruppe mitmachen möchte ist JEDERZEIT herzlich willkommen: Einfach ein Mail an mich schicken: susanna.finker@chello.at

Literatur

BMG (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Online: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (13.07.2017)

BMG (2017): Das Konzept zur Primärversorgung. Online: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung (13.07.2017)

Korsatko, Stefan (2017): Österreich hat ein „schwaches“ Primärversorgungssystem. Was macht Europa anders? Blogartikel. Online: <https://primaerversorgung.org/2017/03/13/oesterreichs-hat-ein-schwaches-primaerversorgungssystem-was-macht-europa-anders/> (13.07.2017)

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Online: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (13.07.2017)

Mag.^a (FH) Susanna Finker,

Sozialarbeiterin, Abschluss 2010, danach tätig im Freiwilligenmanagement, als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Graz, derzeit in der Gesundheitsförderung, immer im Bereich Alter(n) Ehrenamt: Fachgruppenleitung Primärversorgung im obds, 2. Bundessprecherin des Österreichischen Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen

Sozialarbeit in der Primärversorgung

Die Fachgruppe des obds „Sozialarbeit in der Primärversorgung“ hat eine Arbeitsunterlage erstellt, die Sozialarbeiter*innen, Entscheidungsträger*innen und künftige Betreiber*innen von Primärversorgungseinheiten bei der fachlichen und organisatorischen Einbindung unserer Berufsgruppe unterstützen soll. Der Dank gebührt den Autor*innen Susanna Finker, Hermann Eglseider und Florian Zahorka für die richtungsweisende Informationsunterlage für Interessierte. Neben den spezifischen Qualitäten und Leistungen besteht die Informationsunterlage, die auf unserer Homepage abrufbar ist, aus dem methodischen Vorgehen, den ethischen Standards und der Finanzierung und Bezahlung von Sozialarbeit im Rahmen der gesundheitlichen Primärversorgung.¹

Spezifische Qualitäten und Leistungen der Sozialarbeit in der Primärversorgung

Unterstützung beim umfassenden psychosozialen Assessment insbesondere in den Punkten:

- Entwicklung eines umfassenden Perspektivenplans, Koordination von Unterstützungsmaßnahmen und Monitoring bei der Umsetzung im Alltag der Patient*innen
- Sozialrechtliche Beratung zu Kündigung, Krankenstand und Urlaub in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit
- Hilfestellung bei der Beantragung von öffentlichen Unterstützungsleistungen (bspw. Anträge für Reha-/Kur-/Erholungsaufenthalte, Pflegegeld, Unterstützungsfonds, Förderungen und Zuschüsse)
- Information über weiterführende Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten durch andere Institutionen und Einrichtungen
- Beratung zur Erwachsenenvertretung gemäß Erwachsenenschutzgesetz
- Begleitung bei Behördengängen, aber auch zu weiterführenden psychosozialen Angeboten (für Erstgespräche, Kontaktaufbau)
- Coaching und psychosoziale Betreuung von Patient*innen und betroffenen Personen in Krisensituationen und bei landandauernden Belastungen
- Beratung im Hinblick auf die Versorgung und Lebensgestaltung von geriatrischen Personen
- Erkennen von möglichen Kindeswohlgefährdungen und Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe zur Gewährleistung des Kinderschutzes
- Unterstützung bei Belastungs- sowie Überlastungssituationen von Minderjährigen („young carers“) sowie Erwachsenen mit Pflegeaufgaben unter Einbeziehung des familiären und weiteren sozialen Netzwerks
- Abklärungen zum Zweck des Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität, (z.B. bei Verdacht auf häusliche Gewalt, gefährdende Situationen in stationären Einrichtungen)
- Be-/Überlastungssituationen im beruflichen Kontext: bei Minderjährigen (Ausbildung, Schule etc.) sowie Erwachsenen (z.B. Burn-out)
- Mitwirkung an der Identifizierung von und Beratung bei lebensstil- bzw. lebensumfeldassozierten Risiken insbesondere in Bezug auf
- Übergewicht, Untergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamentenmissbrauch, Spiel- und Internetsucht, Bewegungsmangel, Überlastung (Distress), psychosozialen Risikofaktoren
- Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko (z.B. Gewaltbereitschaft, Alkoholmissbrauch, drohender Wohnungslosigkeit)
- Mitwirkung bei der Abklärung von psychosozialer Krisenbewältigung und bei der Abklärung der möglichen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (freiwillig und zwangsweise)
- Beratung und psychosoziale Unterstützung bei Fragen der Familienplanung, der Schwangerenberatung und der Elternberatung
- Hilfestellung bei Verwahrlosungstendenzen (Kontaktaufnahme mit Sozialberatungsstellen, Wohnungslosen- und Obdachloseneinrichtungen, Genossenschaften usw.)

¹ angelehnt an: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): [Berufsbild der Sozialarbeit](#). Generalversammlungsbeschluss des OBDS. 24.06.2017. Salzburg. Die Priorisierung der verschiedenen Leistungen kann von Primärversorgungseinheit zu -einheit - abhängig von der zu versorgenden Bevölkerung - abweichen.



Wie kann Sozialarbeit in der Institution Krankenhaus gelingen?

Text: Prof. (FH) Dr. Tom Schmid und Veronika Böhmer, BA

Die Veränderungen der demografischen und sozialen Rahmenbedingungen, die Zunahme komplexer psychosozialer Problemlagen und organisatorische Veränderungen in den bisherigen Betreuungsstrukturen machen es aus bio-psycho-sozialer Sicht notwendig, dass der Sozialarbeit im Krankenhaus und an der Schnittstelle der intra- und extramuralen Versorgung neue Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.

Im Rahmen der Projektwerkstatt 2017 an der Fachhochschule St. Pölten entstand unter der Leitung von Prof. (FH) Dr. Tom Schmid und Mag.^a (FH) Veronika Hadl zu diesem Themenbereich die Bachelorarbeit mit dem Titel: **Sozialarbeit im Krankenhaus - Ein Querschnitt der Top- Down- und Bottom- Up- Perspektive.**

Die Untersuchung geht der Frage nach, welche Erwartungen und Vorstellungen mit dem Angebot der Sozialarbeit im Krankenhaus verknüpft sind.

Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Expert*inneninterviews im Bundesland Niederösterreich. Um Sozialarbeit im Krankenhaus umgehend zu beleuchten, wurde sowohl die Top-Down-Perspektive als auch die Bottom-Up-Perspektive erforscht. Um Erstere zu erfassen, wurden Personen, die in

leitenden Positionen im Spitalswesen und Gesundheitsbereich tätig sind, interviewt. Für die Befragungen der zweiten Blickrichtung standen Personen zur Auswahl, welche in unmittelbarem Patient*innenkontakt stehen bzw. Personen, die bereits persönliche Erfahrungen mit Sozialarbeit im Krankenhaus oder dem Entlassungsmanagement hatten.

Sozialarbeit im Krankenhaus – wozu?

Grundsätzlich wird die Implementierung von Sozialarbeit im Krankenhaus als Antwort auf eine demografische Entwicklung gesehen. Die Veränderung der gesellschaftlichen Situation und der damit verbundenen Bedürfnisse spiegelt sich auch im Patient*innengut wieder. Dazu kommt eine verkürzte Aufenthaltsdauer im stationären Setting. Sozialarbeit soll bei diesen Bedingungen einen Drehtüreffekt verhindern, der durch mangelnde Organisation und fehlende Netzwerke extramural entsteht.

Der Aufgabenbereich dieser Berufsgruppe wird hauptsächlich in der Beratung in finanziellen Belangen rund um das Förderwesen und existenzsichernden Maßnahmen gesehen. Generell wird ein hoher Bedarf an Unterstützung bezüglich sozialrechtlicher Fragestellungen im Gesundheitswesen betont. Hinzu kommt, dass vermehrt das Bedürfnis nach Gesprächen, An-

gehörigenbetreuung und (Krisen-) Interventionen für die Zeit nach dem Krankenhaus dem sozialarbeiterischen Kontext zugeordnet werden.

Es herrscht Einigkeit darüber, dass das bio-psycho-soziale Modell grundsätzlich im Krankenhaus vertreten werden sollte. Da in den Krankenhäusern das biomedizinische Modell dominiert, wird die soziale Komponente und deren Entstehung sowie Auswirkungen auf eine Krankheit bzw. den Krankheitsverlauf völlig ausgeblendet. Folglich wird Sozialarbeit nicht immer hinzugezogen, um bei Fällen mit Interventionsbedarf adäquate Maßnahmen zu setzen und dahingehend zu beraten, betreuen und (präventiv) zu unterstützen.

Die gute Vernetzung der Sozialarbeit mit externen Organisationen und Ein-



© Fotolia - elenabst

richtungen führt zu kürzeren Verweildauern. Zu einer optimalen Betreuung im Krankenhaussetting braucht es Anknüpfungsmöglichkeiten im extramuralen Bereich, um das erarbeitete Anamnesewissen und die bereits begonnenen Planungsschritte zur Fortführung an professionelle externe Stellen weitergeben zu können. Nur so ist eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung von Patient*innen gewährleistet und verhindert in weiterer Folge Wiederaufnahmen ins Krankenhaus aus sozialen Gründen.

Veränderung ist gut

Das Bild der „Fürsorge“ und die damit verbundenen Assoziationen müssen einem modernen, der Realität entsprechenden Eindruck Platz machen. Nur so wird es möglich sein, dass einerseits Klient*innen ohne Vorbehalte und wissend um die Kompetenzen der Sozialarbeit die Leistungen in Anspruch nehmen und, dass andererseits eine klare Positionierung innerhalb der Berufsgruppen des Gesundheitswesens vorgenommen werden kann. Der Nutzen der Profession muss für Patient*innen, An-/Zugehörige sowie die Institution Krankenhaus deutlicher kommuniziert werden.

Die unklare Abgrenzung und Aufklärung über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich von Entlassungsmanagement (Pflege) und Sozialarbeit fördert ein Konkurrenzverhalten zwischen den beiden Berufsgruppen. Ausgehend von den Ausbildungsinhalten der zwei Berufsgruppen werden folgende Unterscheidungen getroffen. Das Entlassungsmanagement kann Fragestellungen rund um den Tätigkeitsbereich der Pflege beantworten. Die Wissensvermittlung in der Pflegeausbildung beschränkt sich auf intramurale Bereiche und beinhaltet keine Themen rund um Beratungskompetenzen oder umfassende sozialrechtliche Kenntnisse. Das Ent-

lassungsmanagement handelt kurativorientiert und wird bei rein pflegerischen Dingen verortet.

Sozialarbeit bietet eine breitgefächerte Ausbildung im sozialrechtlichen Kontext, Kommunikation, Methoden und Beratung. Sozialarbeiter*innen verfügen somit über Wissen im Bereich Sozialrecht, psychosoziale Beratung und Begleitung, wenden diagnostische Instrumente an und arbeiten mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz. Die Abklärung des Umfelds der Patient*innen gehört ebenso zum Leistungsspektrum wie auch die Unterstützung und Aufklärung von An- und Zugehörigen. Professionist*innen arbeiten ressourcenorientiert und zeigen die Möglichkeiten der Betroffenen auf. Dabei bleibt die Entscheidungsfindung schlussendlich bei den (geschäftsfähigen) Patient*innen.

Aufgrund der starken hierarchischen Strukturen im Krankenhaus wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch berufspolitische Interessen beeinträchtigt. Die Unwissenheit der beteiligten Berufsgruppen bezüglich des Berufsbilds Sozialarbeit und des Arbeits- und Tätigkeitsbereichs erschwert es, gleichberechtigt an der Begleitung und Betreuung von Patient*innen mitwirken zu können und sich nicht mit Standortbestimmungen aufhalten zu müssen. Es geht also um eine Überwindung des Gegeneinanders von Berufsgruppen und den Aufbau einer Patient*innen orientierten, fachlichen Kooperation aller Gesundheitsberufe.

Als große Chance für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit und für eine bessere Betreuung der Patient*innen werden mehrmals die Primärversorgungszentren genannt. Es wird erwartet, dass dort eine optimale Koordination der Berufsgruppen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und individuelle Beratung möglich ist.

Parallel zu dieser Entwicklung scheint es zusätzlich notwendig zu sein, Sozialarbeit im extramuralen Bereich anzusiedeln, um nach einer Krankenhausentlassung weiter Beratung in Anspruch nehmen zu können.

Zukunft mitdenken

Die Stärken der Sozialarbeit prädestinieren diese Berufsgruppe, Antworten und Lösungsvorschläge auf zukünftige gesellschaftliche Herausforderungen speziell im Gesundheitswesen gemeinsam mit anderen beteiligten Berufsgruppen und den Betroffenen selbst zu erarbeiten. Diese Kompetenz begründet sich auf ein interdisziplinäres Denken und Arbeiten, auf das vernetzte und vernetzende Handeln und die Fähigkeit zu einer distanzierten und kritischen Reflexion. Das Aufzeigen von Versorgungslücken und das Einfordern der Implementierung angepasster Leistungen bedeuten einen wertvollen Beitrag zur bedarfsgerechten und sozial vertretbaren Entwicklung im Gesundheitswesen.

FH-Prof. Dr. Tom Schmid

Politikwissenschaftler mit Zusatzausbildung Sozialmanagement, Professor für Sozialpolitik an der FH St. Pölten sowie Lektor an der FH Krems, an der Alpe-Adria Universität Klagenfurt/Celovec sowie an der Donau-Universität Krems.

Böhmer Veronika, BA

Sozialarbeiterin und dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin. U.a. Sozialarbeit, AKUT-team NÖ, klinische Sozialarbeit LKH Amstetten; Study Nurse, Urologie AKH/Boltzmann Österr. Vereinigung z.F.; DGKP, Rudolfinerhaus, Beraterin AMS Österreich



Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrie

Text: Kerstin Krottendorfer, MA

Das AKH (Allgemeines Krankenhaus Wien) ist das größte Krankenhaus Österreichs und eines der größten Krankenhäuser in Europa. Es besteht aus über 30 Universitätskliniken und klinischen Instituten der Medizinischen Universität Wien, unter anderem der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Die Kinderklinik unterteilt sich in fünf Bereiche: Klinische Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie; Klinische Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie; Klinische Abteilung für Pädiatrische Nephrologie und Gastroenterologie; Klinische Abteilung für Pädiatrische Kardiologie; Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie (inklusive dem St. Anna Kinderspital) (vgl. Homepage-Medizinische Universität Wien; Homepage-Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde).

Mein Zuständigkeitsbereich als Klinische Sozialarbeiterin an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde unterliegt der Subeinheit Neuroonkologie (Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie). Daher handelt auch dieser Artikel schwerpunktmäßig von dem beruflichen Kontext in diesem speziellen Bereich. In der Abteilung Neuroonkologie werden Kinder und Jugendliche behandelt, die an einem Tumor des zentralen Nervensystems erkrankt

sind. Das Besondere in meiner beruflichen Praxis als Klinische Sozialarbeiterin an der Neuroonkologie, im Vergleich zu anderen Kolleginnen/Kollegen ist, dass ich in mitbehandelnder Profession bei jeder/jedem neu erkrankten Patientin/Patienten von vornherein „dabei bin“. Somit entspricht dies dem klinisch-sozialarbeiterischen Zugang, indem der Handlungsbedarf durch die Klinische Soziale Arbeit selbst erhoben und die Interventionsplanung vorgenommen wird. Viele der Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter im Krankenhaus/Klinik-Kontext sind mit einer Zuweisung von anderen Professionen (Medizin, Pflege, Psychologie, usw.) konfrontiert bzw. davon abhängig. Dadurch wird der sozialarbeiterische Bedarf durch andere Berufsgruppen festgelegt und nicht durch die Soziale Arbeit selbst bestimmt. Dies wirft diskussionswürdige Fragen auf, die es sich lohnen würde, in einem anderen Beitrag näher zu erörtern.

Es ist noch zu erwähnen, dass in diesem Artikel von Klinischer Sozialer Arbeit als Fachdisziplin gesprochen wird. In dieser Betrachtungsweise unterscheidet man die Kliniksozialarbeit klar von der Klinischen Sozialen Arbeit. Klinischer Sozialer Arbeit als Fachdisziplin der Sozialen Arbeit liegen eigene theoretische Grundlagen zugrunde. Als Kernkompetenzen sind psychosoziale Beratung, Behandlung sowie soziale Diagnostik zu nennen

(vgl. Pauls 2013¹; Pauls/Mühlum 2005; Franzkowiak et al. 2011, 174ff).

Biopsychosoziale Perspektive und die soziale Dimension

Ausgehend von einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit fokussiert die Klinische Soziale Arbeit in erster Linie auf die soziale Dimension. Bevor die soziale Dimension näher beschrieben wird, werden zuerst die wichtigsten Aspekte des biopsychosozialen Behandlungsmodells angeführt.

1970 wurde das biopsychosoziale Behandlungsmodell von Engel (1977) erstmals formuliert. In dieser Betrachtungsweise distanziert sich Engel von einem eindimensionalen Denken und spricht sich für eine mehrdimensionale Betrachtungsweise aus. Das heißt, dass nicht nur körperliche Faktoren von Gesundheit und Krankheit beachtet, sondern eben auch psychologische und soziale Faktoren mitberücksichtigt werden müssen. Diese drei Aspekte stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander, sind also nicht statisch, sondern in ständiger Veränderung (vgl. Pauls 2013¹, 97; Pauls 2013², 15ff).

In der WHO-Definition (1948) wird Gesundheit als „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definiert (Homepage-

Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen). Daraus ist zu schließen, dass die WHO die biopsychosoziale Betrachtungsweise von Gesundheit schon länger berücksichtigt. Im World Health Report (2001) wird beschrieben, dass diese drei Ebenen in der Entstehung, Behandlung und Prävention von Krankheit betrachtet werden müssen. Ebenso ist durch gesundheitswissenschaftliche Forschung belegt, dass psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung Protektoren physischer und psychischer Gesundheit sind (vgl. Pauls 2013¹, 33ff).

Dies unterstreichen ebenfalls Cornelia Rüegger (2012) und Peter Sommerfeld et al. (2016). Die Autorinnen/Autoren befassen sich mit Merkmalen der sozialen Dimension in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit. Dabei wird zwischen Merkmalen auf individueller Ebene und Merkmalen auf Ebene von sozialen Systemen unterschieden. Die Merkmale auf Ebene des Individuums beinhalten das Lebensalter und Geschlecht, sozio-ökonomische, sozio-ökologische, sozio-kulturelle und soziale Beziehungen. Die Merkmale aus der Perspektive der einzelnen sozialen Systeme umfassen soziale Integration, Familie und private Lebensgemeinschaften, Freizeit/Kultur, Schule/Arbeit und biographiebezogene Lebensereignisse (vgl. Rüegger 2012, 31ff; Sommerfeld et al. 2016, 102ff).

Obwohl es sich in meinem beruflichen Kontext nicht um einen psychiatrischen Schwerpunkt handelt, sind die oben beschriebenen Merkmale der sozialen Dimension auch für den Arbeitsbereich der Pädiatrie von Relevanz.

Durch das Auftreten einer schweren bzw. chronischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen, sind je nach Fall die unterschiedlichsten Merkmale der sozialen Dimension betroffen. Deshalb ist die Behandlung

der sozialen Dimension eine komplexe und bisweilen sehr herausfordernde Aufgabe. Dienlich dafür ist ein professioneller Zugang mittels Sozialer Diagnostik.

Soziale Diagnostik

Soziale Diagnostik „hat zum Ziel, Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen und deren Veränderung unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu analysieren, Zusammenhänge zu verstehen und psychosoziale Intervention fachlich zu begründen“ (Pauls 2013¹, 198) Im diagnostischen Vorgehen geht es zum einen um Informationsgewinnung bzw. Datensammlung, zum anderen soll die Fallkomplexität erfasst und strukturiert werden, um eine Bearbeitung des Falles zu ermöglichen. Soziale Diagnostik ermöglicht ein besseres Verständnis von Zusammenhängen und begründet klinisch-sozialarbeiterische Interventionen (vgl. Pauls 2013¹). Der diagnostische Prozess trägt zur schrittweisen Diagnose bei und ist zugleich als Intervention anzusehen (vgl. Ritsch 2014, 74). Prinzipiell wird zwischen klassifikatorischen und rekonstruktiven Ansätzen Sozialer Diagnostik unterschieden, wobei die Verbindung beider Ansätze, der integrative Zugang, möglich ist (vgl. Heiner 2014, 18 ff).

Einerseits gibt es aktuell immer noch einen durchaus kontrovers geführten Diskurs innerhalb der Profession Sozialer Arbeit in Bezug auf das Thema Soziale Diagnostik. Andererseits gibt es aber auch eine rege Entwicklung von diagnostischen Verfahren, welche in der Praxis Anwendung finden (vgl. Gahleitner et al. 2013; Hosek 2012; Pantucek 2012).

Im Rahmen meiner Forschungsarbeit (Krottendorfer 2015) wurde ein diagnostisches Vorgehen für die pädiatrische Onkologie (DISAPO) entwickelt, welches folgend genauer dargestellt wird.

Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie (DISAPO)

Der Entwicklung von DISAPO (Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie) liegt ein qualitatives Forschungsvorgehen zu Grunde, in dem Interviews mit allen in Österreich an einer pädiatrischen Onkologie tätigen Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter, geführt wurden. Diese Ergebnisse wurden mit den theoretischen Grundlagen Klinischer Sozialer Arbeit (biopsychosoziales Behandlungsmodell, psychosoziale Beratung und Behandlung, Konzept der sozialen Unterstützung), dem Einbezug klassifikatorischer Diagnostik (ICF, PREDI) und der S3-Leitlinien der PSAPOH (2013) (Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie) verknüpft (vgl. Krottendorfer 2015).

DISAPO wurde explizit für das Erstgespräch in der pädiatrischen Onkologie für die Klinische Soziale Arbeit entwickelt und kann entweder bei Diagnosestellung oder bei einer Rezidiv Erkrankung einer onkologischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter Anwendung finden. Der Einsatz erfolgt zum Großteil im stationären Setting und wird im dialogischen, kooperativen Vorgehen gemeinsam mit der Patientinnen-/Patientenfamilie erarbeitet. Es erfasst die aktuelle Lebenslage der Familien, deren Ressourcen, Belastungen und dem sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarf.

Die Durchführung von DISAPO hat zugleich auch interventionellen Charakter und unterstützt die weitere Interventionsplanung.

DISAPO ist in drei am Papier voneinander abgegrenzten Bereiche gegliedert, die im Fallverstehen jedoch

ineinander überfließen und sich gegenseitig bedingen:

- A) Anamnese
- B) Diagnostizierung der sozialen Dimension
- C) Interventionen

A) Anamnese

Die Anamnese ist dafür vorgesehen, gemeinsam mit einem oder beiden erziehungsberechtigten Personen erarbeitet zu werden. Es werden unterschiedliche Lebensbereiche der Familie, wie etwa die soziale und familiäre Situation, Arbeitssituation, Wohnsituation, usw. erfasst. Ergänzend zu der Informationsgewinnung dient die Anamnese dazu mit den Angehörigen in einen dialogischen Prozess zu gelangen und eine professionelle Beziehung bzw. Vertrauensbasis aufzubauen.

B) Diagnostizierung der sozialen Dimension

Die Diagnostizierung der sozialen Dimension ist ein wesentlicher Bestandteil von DISAPO, um zu einer Interventionsplanung zu gelangen. Dieser Teil von DISAPO wird nach dem Gespräch von der/dem Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter alleine ausgearbeitet. Eine gemeinsame Erarbeitung wäre in der Krisensituation für die Patientinnen-/Patientenfamilie überfordernd, da es um eine sehr detaillierte Auseinandersetzung mit der eigenen sozialen Situation geht. In einem gemeinsamen Setting ist dies eventuell zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

C) Interventionen

Der letzte Teil beschäftigt sich mit den notwendigen Interventionen, welche sich aus der Erhebung der sozialen Di-

mension ergeben. Aufgrund der vorangegangenen beiden Teile können klinisch sozialarbeiterische Interventionen strukturiert eingeleitet, begründet und analysiert werden (vgl. Krotten-dorfer 2017).

Es ist noch wichtig zu erwähnen, dass DISAPO nicht nur beim Erstgespräch herangezogen, sondern im ganzen Betreuungsprozess verwendet wird. Falls sich die Lebenssituation auf der biologischen, psychologischen oder sozialen Ebene verändern sollte, kann mit DISAPO die Lebenssituation neu evaluiert und im Zuge dessen neue Interventionen geplant werden.

DISAPO wird seit rund 2,5 Jahren in der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde-Neuroonkologie angewendet, stetig evaluiert und adaptiert. Insgesamt konnte DISAPO bis dato mit rund 75 Patientinnen-/Patientenfamilie erarbeitet werden.

Gartentherapie

Nutzen Sie Ihr Potenzial und lernen Sie die soziale und therapeutisch heilende Wirkung des Gartens und der Natur kennen. Die Donau-Universität Krems bietet in Kooperation mit der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien eine höchsten Qualitätsmaßstäben entsprechende, berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeit zum/zur Gartentherapeuten/-in an.

Abschluss: Akademische/r ExpertIn der Gartentherapie

Beginn: November 2017

Dauer: 4 Semester berufsbegleitend, 16 Lehrgangswochenenden mit Unterricht von Samstag bis Sonntag

Unterrichtsort: Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien

Donau-Universität Krems

tcm@donau-uni.ac.at

Tel. +43 (0)2732 893-2691

www.donau-uni.ac.at/gartentherapie



Aufgrund meiner bisherigen Erfahrungen mit DISAPO lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Behandlung der sozialen Dimension die Patientinnen-/Patientenfamilie in der Krisensituation stabilisiert und zugleich einen präventiven Charakter hat. So ist zum Beispiel eine arbeitsrechtliche Beratung bezüglich Familienhospizkarenz ein wesentlicher Faktor, der den Familien einerseits enorme Entlastung durch existenzielle Absicherung bringt. Andererseits kann es präventiv wirken und beispielsweise vor einem Jobverlust schützen. Anhand dessen wird deutlich, wie wichtig und sinnvoll ein eigenständiges und frühzeitiges Diagnostizieren der sozialen Situation unter Einbezug der Klinischen Sozialen Arbeit ist. Wird Soziale Arbeit erst zu einem späteren Zeitpunkt hinzugezogen und diese Intervention möglicherweise erst einige Wochen nach Erkrankungsbeginn gesetzt, kann es zu spät und das Dienstverhältnis bereits aufgelöst sein. Dieses Beispiel zeigt, dass der Zeitpunkt des Einbezuges der Klinischen Sozialen Arbeit für den Erfolg klinisch sozialarbeiterischer Beratung und Behandlung entscheidend ist (vgl. Röh 2014).

Die diagnostische Vorgehensweise von DISAPO unterstützt das Führen von professionellen Erstgesprächen in einem oftmals krisenhaften Kontext. Trotz meist vorherrschender Krise, kann ich die oft von Kolleginnen/Kollegen aus der Sozialen Arbeit geäußerten Befürchtungen, dass Personen in einer Krisensituation nicht bereit wären ein soziales Diagnostikverfahren gemeinsam zu erarbeiten, nicht bestätigen. Durch das strukturierte Vorgehen wird den Patientinnen-/Patientenfamilien Sicherheit vermittelt und die Erfassung aller wichtigen Fakten durch DISAPO wesentlich erleichtert. Außerdem dient DISAPO auch zur Dokumentation und Evaluation der täglichen Arbeit.

Darüber hinaus habe ich festgestellt, dass die Anwendung von DISAPO auch Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team hat. Die Beschreibung des klinisch sozialarbeiterischen Tätigkeitsbereichs und der gesetzten bzw. nicht gesetzten Interventionen kann meiner Erfahrung nach gegenüber den mitarbeitenden Berufsgruppen fachlich argumentiert werden.

Fazit

Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrie ist aufgrund der fachlichen und methodischen Herangehensweise unverzichtbar. Gerade bei schweren und chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist die Qualität der Versorgung in einem biologisch-medizinischen und psychologischen Arbeitsfeld nur gewährleistet, wenn die Klinische Soziale Arbeit als mitbehandelnde Profession für die soziale Dimension miteinbezogen wird.

Demzufolge stellt sich einmal mehr die Frage, ob Soziale Arbeit zu den Gesundheitsberufen gezählt werden soll. Aktuell gibt es 38 Gesundheitsberufe in Österreich. Dazu zählen ärztliche Berufe, medizinische Assistenzberufe, Krankenpflege- und Sanitätsberufe und Berufe in Bezug auf Diagnose, Therapie und Behandlung. In der letzten Kategorie sind unter anderem die Klinische- und Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, funktionelle Therapien u.ä. angeführt (Homepage-Öffentliches Gesundheitsportal Österreich). Bis dato ist die rechtliche Situation der Sozialen Arbeit aufgrund des fehlenden Berufsgesetzes unklar. Abschließend ist noch zu sagen, dass durch Entwicklung diagnostischer Verfahren der wissenschaftliche Diskurs vorangebracht werden kann und durch deren Etablierung die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrie die Möglichkeit hat, ihre Profession zu stärken. Erstrebenswert ist, dass

der soziale Aspekt, neben dem medizinisch und psychologisch akzeptierten, nicht mehr als der vernachlässigte Bereich angesehen wird (vgl. Pauls 2013¹, 32 zit. nach Ortmann und Schaub 2001).

Literatur

- Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (2013): Psychosoziale Diagnostik. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Krottendorfer, Kerstin (2017): DISAPO - Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie. <https://kinderklinik.meduniwien.ac.at/psychosoziales-team-der-neuroonkologie/klinik-projekte/weitere-projekte/psychosoziales-diagnostik-instrument-fuer-die-soziale-arbeit/> [Stand 04.09.2017]
- Pauls, Helmut (2013)¹: Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut (2013)²: Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. In: E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. 1/2013. 15-31.
- Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rüegger, Cornelia; Hollenstein, Lea (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie-Entwicklungsleitlinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Kerstin Krottendorfer, MA

Seit 2012 Klinische Sozialarbeiterin an der Medizinischen Universität Wien, Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde; Studium Klinische Soziale Arbeit an der FH Campus Wien.

Download von DISAPO & dem Anwendungsmanual unter: www.meduniwien.ac.at/psychosozialesteam-neuroonkologie



Case Management in der Gesundheitsversorgung in Theorie und Praxis

Text: Mag.ª Brigitte Sailer, BA

Case Management

Bei der Beschäftigung mit vorhandenen Case-Management-Konzepten in Theorie und Praxis fällt auf, dass es an einem einheitlichen Verständnis fehlt. Der vorliegende Artikel soll dazu beitragen, ein besseres Verständnis für Case Management zu entwickeln und beschreibt dessen Aufgaben. Im Anschluss wird die Case-Management-Praxis am Beispiel einer Spezialereinrichtung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen an einer Klinik beschrieben.

Ausgangssituation

Ein Neugeborenes stellt zunächst einmal das Familienleben „auf den Kopf“; wenn es dann eine schwere Krankheit bzw. Behinderung hat, ist es für die Eltern besonders schwierig, mit der neuen Situation zurecht zu kommen. Sie fühlen sich am Anfang oft hilflos und alleingelassen. Häufig findet die Diagnose-Übermittlung im klinischen Kontext statt; dem Fachpersonal an der Klinik kommt dabei eine bedeutende Rolle zu.

Diagnose

Mit der Diagnose „chronisch krank“ bzw. „Behinderung“ sind sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie Veränderungen verbunden. Während innerhalb der Familie in der Regel eine Neudefinition der Rollen

und Anpassungsprobleme erfolgen, gibt es hinsichtlich der Beziehungen außerhalb der Familie, im Freundes- und Bekanntenkreis, unterschiedliche Reaktionen. Familien mit einem behinderten Kind müssen sich erhöhten Anforderungen stellen, sie sind aber grundsätzlich nicht in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdet. Darauf verweisen Mütter und Väter in Erfahrungsberichten und auch die empirische Sozialforschung hat gezeigt, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein für alle Familienmitglieder befriedigendes Alltagsleben möglich ist (vgl. Engelbert 2003, S. 209). Bezüglich Partnerschaft kann ein behindertes Kind eine stabilisierende Kraft sein oder auch einen Partner emotional ausschließen (vgl. Hensle/Vernooj 2000, S. 278). Darin unterscheiden sich die Beziehungen nicht von Familien mit nicht-behinderten Kindern. Eltern chronisch kranker bzw. behinderter Kinder sind mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert. Obwohl die Bewältigung des Alltags die Regel und nicht die Ausnahme ist, sind doch zahlreiche Belastungsfaktoren (Stressoren) bekannt:

• Auf der individuellen Ebene:

Nachdenken über die Behinderung (z.B. Ambivalenz von Akzeptanz und Ablehnung, Schuldfragen, Sinnfragen), Sorge um die Zukunft des Kindes, Zweifel an den eigenen Kompetenzen, Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und Interessen

• Auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung:

Beziehungsaufbau und -pflege unter erschwerten Bedingungen (z.B. fehlende Sprache) besonderer Betreuungs- und Pflegebedarf des Kindes Umgang mit Verhaltensbesonderheiten des Kindes (z.B. Schlafstörungen, Unruhe, Ängstlichkeit)

• Auf der Ebene der familiären Alltags- und Beziehungsgestaltung:

hohe Anforderungen an das Zeitmanagement, reduzierte Freiräume hohe Anforderung hinsichtlich der Kommunikation und Interaktion in der Familie

• Auf der Ebene außerfamiliärer Konflikte:

Konfrontation mit öffentlichen Reaktionen auf die Behinderung des Kindes, eventuelle Abnahme sozialer Kontakte, Zugang zu benötigten institutionellen Hilfeangeboten und Kontakt zu Fachleuten (nicht) zufriedenstellend (Büker 2010, S. 13; Eckert 2008, S. 17f)

Gemeinsam die besten Wege finden

Der Prozess der Auseinandersetzung mit Behinderung ist kein „ein für alle Mal“ abgeschlossener und bewältigter Vorgang, sondern ein offener, dynamischer Prozess. Wenn Erziehung von nicht-behinderten Kindern in unserer Gesellschaft für immer mehr Eltern

eine schwierige Aufgabe bedeutet, ist es nur allzu verständlich, dass unter den erschwerten Auswirkungen der Bewältigung einer Behinderung ein erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Dies sollte vom Bewusstsein geleitet sein, dass es zum Menschsein gehört, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Denn das prinzipielle Aufeinander-Angewiesensein ist ein Faktum menschlicher Existenz (Wilken 2003, S. 157). Auch wenn Eltern behinderter Kinder die Herausforderungen annehmen, benötigen sie zur Aufrechterhaltung ihres psychischen Gleichgewichts und zur Organisation des Alltagslebens angemessene Entlastungs- und Unterstützungsangebote. Hier setzt das Angebot der Sozialen Arbeit in Form von Beratung und Case Management an, gestützt von Empowerment.

Mit *Empowerment* wird in der Sozialen Arbeit allgemein eine Haltung beschrieben, die auf eine Orientierung an den Stärken und Kompetenzen der Betroffenen ansetzt, im Gegensatz zu einer Defizitorientierung (vgl. Galuske 2009, S. 262). Dieser Sichtweise folgt auch Deck (2009, S. 417), wenn sie entgegen dem früheren Defizitbild schreibt, dass „Kompetenz als ein ressourcenorganisierendes Konstrukt aufgefasst wird, das der Regulation von Person und Umweltfaktoren dient“. Kompetenz wird in diesem Sinne als in engem Zusammenhang mit der Biographie, dem sozialen Umfeld und den sozialen Ressourcen der Person verstanden. Soziale Angebote sollten dem Erhalten und Fördern von Kompetenzen dienen, insbesondere den Alltagskompetenzen. Unter dieser Perspektive kann Empowerment als ein Grundkonzept für die Arbeit mit Menschen dienen. Grundsätzlich gilt, dass an einem Defizitbild orientierte Versorgungsmodelle tendenziell zu Unselbständigkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung führen, während eine kompetenzorientierte und personenzentrierte Arbeitsweise, die

dem Hilfesuchenden auf Augenhöhe begegnet, nachhaltigere Erfolge verzeichnet (Deck 2009, S. 417).

Die Aufgabe der Sozialarbeit besteht in der Unterstützung der Angehörigen und der Patientinnen/Patienten bei der Lösung sozialer Probleme. Dies geschieht durch Information und Beratung in sozialen, sozialrechtlichen und finanziellen Fragen.

„Dschungel“ Sozialrecht

Das österreichische System der sozialen Sicherung ist zwischen Bund, Ländern und Gemeinden aufgeteilt. Die sozialversicherungsrechtlichen und allgemeinen Leistungen fallen ins Aufgabengebiet des Bundes, während Bundesländer, Gemeinden und Städte für einen großen Teil des Gesundheitswesens, des Wohnungswesens, der sozialen Dienste sowie für die Kinderbetreuungseinrichtungen und die bedarfsorientierte Mindestsicherung zuständig sind. Durch die teilweise Zuständigkeit bei den Bundesländern sind die sozialen Unterstützungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gestaltet und benannt. Zudem unterliegen sozialrechtliche Themen einem ständigen Wandel. Ähnlich ist die Situation in Deutschland.

Soziale Arbeit

Durch diesen „Dschungel“ seinen Weg zu finden zählt zu den Aufgaben Sozialer Arbeit.

Ähnlich wie es keine einheitlich vorherrschende Definition *Sozialer Arbeit* gibt, verhält es sich mit der Diskussion zur Theorie der Sozialen Arbeit. Stattdessen existieren eine Vielzahl an theoretischen Ansätzen mit unterschiedlichen Ausgangspunkten, Hintergründen und Zielsetzungen. Das Ziel Sozialer Arbeit besteht darin, die Menschen dabei zu unterstützen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihnen die hierfür notwendigen Ressourcen

zu erschließen. Soziale Arbeit tritt dabei zwischen den Systemen und den Menschen als Vermittlerin auf. Vor dem Hintergrund, dass es *die* Theorie der Sozialen Arbeit nicht gibt und die Soziale Arbeit mit unterschiedlichen Problemlagen und Menschen zu tun hat, scheint es sinnvoll, Aspekte zweier Theorien in das vorliegende Thema einzubeziehen. Dies betrifft zum einen die Lebensweltorientierung und zum anderen die Systemorientierung.

Lebensweltorientierung

Das Konzept der *Lebensweltorientierung* nach Thiersch geht auf die 1970er Jahre zurück und wurde seit den 1990er Jahren wieder verstärkt aufgegriffen. Die Grundüberlegung besteht darin, den Fokus auf den Alltag der Klienten, also deren Lebensumgebung – dort wo ihre Probleme entstehen bzw. sind – in das Blickfeld für ihr Handeln zu richten. Für Sozialarbeiter/innen, die nach diesem Konzept arbeiten, bedeutet das, sich in die Lebenswelt ihrer Klientinnen/Klienten einfügen zu müssen; sich also mit den Strukturen, Spielregeln und Themen der Klientinnen/Klienten auseinanderzusetzen. Die Zielsetzung lautet einen „gelingenden Alltag“ zu ermöglichen. Dies soll erreicht werden, indem der Blick auf die alltäglichen Risiken der Lebensbewältigung gerichtet und Hilfestellung zur Lebensführung gegeben wird. Damit dies gelingen kann werden Ressourcen und Probleme im sozialen Umfeld betrachtet. In der gegebenen Realsituation wird gemeinsam nach Möglichkeiten gesucht, um die Gestaltungsräume im Sinne einer zukünftigen Verbesserung zu nutzen. Dadurch sollen die Menschen mit ihrer Situation gekonnter zurechtkommen und sie gegebenenfalls verändern können. Seitens der Sozialarbeiter/des Sozialarbeiters braucht es zur Verwirklichung dieses Ansatzes den Respekt vor dem Gegebenen verbunden mit dem Vertrauen in Potenziale, und Ent-

wicklungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld. (vgl. Thiersch/Grundwald/Köngeter 2004, S. 161ff). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit folgt den Prinzipien:

- Alltagsnähe
- Prävention
- Integration
- Partizipation und
- Dezentralisierung.

Unter Alltagsnähe versteht die Soziale Arbeit die Niedrigschwelligkeit und die Erreichbarkeit von Hilfsangeboten. Die Prävention versucht vorausschauend zu unterstützen. Unter Integration wird die Anerkennung von Unterschiedlichkeiten auf Basis elementarer Gleichheit verstanden, also eine Lebenswelt ohne Ausgrenzung. Mit dem Aspekt der Partizipation sollen vielfältige Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten gegeben sein. Die Dezentralisierung zielt auf die Vernetzung ab und meint sowohl die Präsenz vor Ort als auch die Einfügung in regionale Angebote (vgl. Thiersch/Grundwald/Köngeter 2004, S. 174f).

Systemorientierung

Eine weitere Überlegung betrifft die *Systemorientierung*. Die Entwicklung hin zu verstärkter Systemorientierung lässt sich in der Sozialen Arbeit etwa seit den 1980er Jahren beobachten. Die Systemtheorie gibt es nicht. Eine Gemeinsamkeit aller systemtheoretischen Ansätze ist die Ansicht, dass soziale Probleme nicht eindimensional zu betrachten sind, sondern in ihrer wechselseitigen Verflechtung. Soziale Probleme werden als Teil von individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Ursachen gesehen und sozialarbeiterisches Handeln setzt auf allen drei Systemebenen, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung, an. Die Kombination aus systemischer Sicht, Lebensweltorientierung und Empowerment liefert eine gute Grundlage für den Case Management-Ansatz in der klinischen Praxis.

Case Management

Historisch hat sich das Case Management Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre aus dem Konzept des professionellen Fallmanagements in den USA im Zuge der De-Institutionalisierung psychosozialer Dienste entwickelt. Die De-Institutionalisierung, die damals in Psychiatrien durchgeführt wurde, um ambulante Hilfen den stationären vorzuziehen, führte jedoch nicht zu einem koordinierten Netzwerk an Hilfsangeboten. Vielmehr stellte sich heraus, dass die stationäre professionelle Versorgung zu Unselbständigkeit und Inaktivität bei Patienten führen.

Der Hintergrund für die Abkehr von der stationären und Hinwendung zu verstärkter ambulanter Versorgung war eine ökonomische Überlegung. Die Leistungen der stationären Versorgung kosteten den Staat sehr viel Geld. Aus diesem Grund wollte man stationäre Angebote abbauen und die Menschen wieder in ihre Lebenswelten entlassen. Einige Klienten und Angehörige waren damit jedoch überfordert. So entwickelte sich das Case Management, um eine lebensweltorientierte soziale Unterstützung zu bieten und Menschen bei der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu begleiten. Case Management versucht durch notwendige informelle und professionelle Hilfeleistungen zu unterstützen und koordinierend tätig zu sein. Dabei wird der Hilfeprozess gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten gestaltet (vgl. Neuffer 2002, S. 38ff; Kleve 2006, S. 14f).

Case Management wurde als Methode entwickelt, die bedarfsorientiert und flexibel Hilfe anbietet, die die Abhängigkeit der Klientinnen und Klienten vom Hilfesystem durch Ressourcenaktivierung mindern und die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten fördern soll (vgl. Kleve 2008, S. 7f).

Ziel des Case Management ist es, den

Klientinnen und Klienten die individuell und aktuell benötigte Leistung zu vermitteln und gleichzeitig Bedacht auf (messbare) Effektivität, also Zielwirksamkeit, und Effizienz, also Kostengünstigkeit, zu nehmen (vgl. Kleve 2008, S. 7f).

Die Definition von Case Management der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) wird folgendermaßen formuliert: *„Ein Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes eines Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und –sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.“* (vgl. Grundlagenpapier, ÖGCC, S.1)

In den verschiedenen Konzepten von Case Management werden unterschiedliche Begriffe für die Phasen verwendet. Häufig orientieren sie sich an denen von Moxley (vgl. 1989, S. 18): *assessment* (Einschätzung), *planning* (Planung), *intervention* (Durchführung), *monitoring* (Überwachung) und *evaluation* (Be- und Auswertung).

Aufgaben im Case Management

- Einschätzung des Status quo
- Einschätzungsprofil (Assessment)
- derzeitige Problembewältigungsstrategien (Coping Strategien)
- Ermittlung der Leistungsreserven (Ressourcen)
- Beratung des/der Betroffenen und dessen/deren Angehörigen
- Kontaktaufnahme mit Institutionen, Behörden, behandelnden Ärzten
- Koordination aller in Anspruch genommenen Leistungen
- Administrative Unterstützung (z.B. Antragstellung Pflegegeld, Kostenzuschüsse)

- Angehörigenarbeit (Schulung, Anleitung und Begleitung)
- Erreichbarkeit (einfach und „schnell“)
- Laufende Qualitätskontrolle, Evaluation und Dokumentation

Der ergänzende Teil zum individuellen Case Management ist das umfassendere *Care Management*. Dies beinhaltet in erster Linie die Netzwerkarbeit im Gesundheitssystem. Um ein individuelles Case Management anbieten zu können, ist es nötig, auf der Systemebene mit den nötigen Dienstleistern wie z.B. Ärzten, ambulanten Einrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenkassen und Behörden in Kontakt zu treten und in Zusammenarbeit mit diesen die Versorgung sicherzustellen.

Aufgaben im Care Management

- Netzwerkarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit
- Gesprächsführung mit Institutionen und Berufsgruppen
- Kooperationen mit stationären und ambulanten Einrichtungen
- Organisation und Durchführung von Besprechungen

Im Allgemeinen findet Case Management auf Fallebene und Care Management übergeordnet auf der Systemebene statt.

Praxis: Chronisch krank

Die hier beschriebene Einrichtung wird seit über 10 Jahren als Spezialambulanz an einem öffentlichen Klinikum geführt. Sie ist nach Terminvereinbarung für jeden frei zugänglich. Die Spezialambulanz hat zum Ziel, Menschen einer seltenen, genetisch bedingten Erkrankung eine medizinisch-pflegerische und psycho-soziale Versorgung anzubieten; dazu bedient sie sich des Case und Care Management-Ansatzes.

Organisatorisch gibt es zwei Teilzeit-

Ärztinnen und zwei diplomierte Krankenschwestern, denen bestimmte Aufgabenbereiche zugeteilt sind. Durch die Doppelbesetzung ist die gegenseitige Vertretung im Normalfall gut möglich. Für Notfälle kann außerhalb der Öffnungszeiten der Spezialambulanz auf die allgemeine Notfallambulanz des Klinikums zurückgegriffen werden. Zusätzlich beraten und unterstützen im Bedarfsfall Fachleute aus den Gebieten der Psychologie und der Sozialen Arbeit. Unterstützend für administrative Aufgaben gibt es eine weitere Mitarbeiterin.

Manche Familien lernen wir bereits kurz nach der Geburt während des Klinikaufenthaltes oder kurz nachher kennen, wenn die Krankheit gerade erst diagnostiziert wurde. Andere kommen später.

In der ersten Phase unterstützen wir die Familie hauptsächlich darin, mit dem Schock der Diagnose fertig zu werden.

Die oftmals sehr spezifische Situation erfordert eine individuelle Betreuung und Unterstützung, die wir mit der Einzelfallhilfe leisten.

Für die Durchführung des Case und Care Management Prozesses, der im Folgenden beschrieben wird, sind alle Beteiligten verantwortlich. Für die Einhaltung der laufenden Qualitätssicherung ist die Leitung der Einrichtung zuständig.

Ablauf

1. Kontaktaufnahme

Wird von Patienten, Angehörigen oder (Personen von) Institutionen Kontakt mit der Spezialambulanz (Administration) aufgenommen, sollte diese(r) folgendermaßen reagieren:

- Information (Leistungen, Versicherung, Dolmetsch), Termin für Erstgespräch vereinbaren
- Information, Weiterleiten an die Ärztin und die Pflegekraft

2. Erstgespräch

Das Erstgespräch führt eine Ärztin durch. Zusätzlich findet eine Pflegeberatung durch eine Pflegefachkraft statt. Angehörige sind auf Wunsch des/der Patienten/in stets von Beginn an einzubinden.

3. Assessment (vgl. Anhang)

Dieser Schritt besteht darin, die besondere Problem- bzw. Bedürfnislage des Patienten (und der Angehörigen) inklusive seines Gesundheitszustandes sowie seiner psycho-sozialen Situation einzuschätzen. Dafür werden in einem persönlichen Gespräch zwischen Case Manager/in (Sozialarbeiter/in) und der Patientin/dem Patienten selbst als auch mit den nächsten Angehörigen bestimmte Versorgungsbedürfnisse, Selbstversorgungsdefizite, und eventuelle formelle und informelle Ressourcen erhoben. Dieser Prozess ist für das Case und Care Management von großer Bedeutung da sich nur mithilfe der gesammelten Daten und Informationen im Assessment ein bedarfsorientiertes Hilfspaket erstellen lässt.

Eine Informationssammlung über die Familie und das Umfeld sowie ihr soziales Netzwerk werden erhoben, mit dem Ziel alle Beteiligten in die Versorgung mit einzubeziehen, um die Lebensqualität der Familie zu erhöhen.

4. Planung und Koordination

In diesem Schritt sind die benötigten Dienstleistungen für die Patientin/den Patienten zu planen und organisieren. Dabei übernimmt die/der Case Manager/in die Koordination aller Leistungen unter verschiedenen Berufsgruppen oder Einrichtungen.

5. Durchführung

Die Untersuchungen und Beratungen werden auf Wunsch durchgeführt, wobei die Häufigkeit der Besuche der medizinischen Notwendigkeit sowie der Entscheidung der Patientin/des Patienten obliegt.

Durch die Krankheit (des Kindes) ergeben sich beispielsweise folgende Fragen:

- Wie kommen das Kind und die anderen Familienmitglieder mit der Krankheit klar?
- Welche familienunterstützenden Angebote gibt es?
- Wie kann auf lange Sicht Unterstützung in der Pflege organisiert werden?
- Welche Möglichkeiten der Förderung gibt es?

Hier suchen wir gemeinsam nach Antworten, unterstützen bei der Beantragung von notwendigen sozialrechtlichen Leistungen, organisieren und koordinieren Hilfe und vernetzen – soweit erforderlich – mit anderen Diensten. Das wesentliche Anliegen unserer Arbeit ist es, Familien durch unsere Unterstützung soweit wie möglich in die Lage zu versetzen, mit ihrem kranken Kind ein möglichst selbstständiges Leben zu führen.

6. Monitoring

Die/der Patient/in hält - nach seinem/ihrem Ermessen - Kontakt mit der Spezialambulanz. Die gesamte Lebenssituation wird – soweit möglich – im Zeitablauf beobachtet um Veränderungen frühzeitig wahrzunehmen und an entsprechende Angebote vermitteln zu können.

7. Evaluation & Dokumentation

Die gesamten Informationen müssen laufend dokumentiert und evaluiert werden. Dies geschieht z.B. in Form von Arztbriefen, Pflegedokumentation, Gesprächsnotizen aus der Sozialberatung, Patientenzufriedenheits-Erhebungen, etc.

Schlussbemerkung

Mit Case Management ist einerseits die Hoffnung verbunden eine optimale Patientenversorgung zu erzielen.

Andererseits besteht die Erwartung ökonomischer Effekte. Die Erfahrung in unserer Spezialambulanz zeigt, dass durch eine respektvolle, an den individuellen Bedürfnissen betroffener Familien orientierte Kommunikation eine bessere Abstimmung von Maßnahmen und eine effektive Kooperation möglich sind. Ergänzt wird diese um eine strukturierte, institutionelle Vernetzung und eine aufeinander abgestimmte Planung und Weiterentwicklung der Versorgung.

Im Idealfall werden alle Beteiligten über die gesamte Versorgung informiert und eingebunden. Dies ist in der Realität nur selten der Fall, häufig aus zeitlich-organisatorischen Gründen. Zudem verlangt die Situation von Krankheit auch, Hilfe annehmen zu können. Die Angehörigen- bzw. Patientenedukation stellt eine wichtige ergänzende Säule in der Versorgung von chronisch kranken bzw. behinderten Menschen dar. In der beschriebenen Spezialambulanz befindet sich diese derzeit im Aufbau; ebenso wird an einer verstärkten Berücksichtigung der Geschwister gearbeitet.

Für das Qualitätsmanagement sind Maßnahmen wie Befragungen bei Familien und den Kooperationspartnern ein wichtiges Feedback-Instrument, ebenso laufende Teambesprechungen. In Zukunft werden zur Beurteilung der Effizienz und Wirksamkeit auch Audits durch externe Gutachter/innen, durchgeführt werden.

Literatur

Büker, Christa: Leben mit einem behinderten Kind. Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf. Bern: Hans Huber 2010, S. 13-14, 22, 25, 36-37, 51-57.

Eckert, Andreas: Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten

Kind. Hamburg: Verlag Dr. Kovac 2008. S. 6, 10-11, 17-18, 50-54.

Engelbert, Angelika: Behinderung im Hilfesystem: Zur Situation von Familien mit behinderten Kindern. In: Cloerkes, Günther (Hg.): Wie man behindert wird. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 2003. S. 209, 212, 214.

Hensle, Ulrich/Vernooij, Monika A.: Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. Wiebelsheim: Quelle & Meyer 2006. S. 268-269, 271-273, 276, 278-291.

Neuffer, Manfred: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. München, Weinheim: Juventa 2002. S. 38-108.

Wilken, Udo: Der Beratungsbedarf von Eltern bei der Beileitung und Betreuung ihrer volljährigen behinderten Kinder. In: Jeltsch-Schudel, Barbara/Wilken, Udo (Hg.): Eltern behinderter Kinder. Empowerment – Kooperation – Beratung. Stuttgart: Kohlhammer 2003. S. 156-172.

Mag.^a Brigitte Sailer, BA

Sozialberatung und Projektarbeit am Universitätsklinikum Salzburg, nebenberufliche Lehrtätigkeit an der Pädagogischen Hochschule, Buchautorin „Mein Kind ist etwas Besonderes“ (2013)

Frühe Hilfen - Fakten und Daten des Jahres 2016

www.fruehehilfen.at

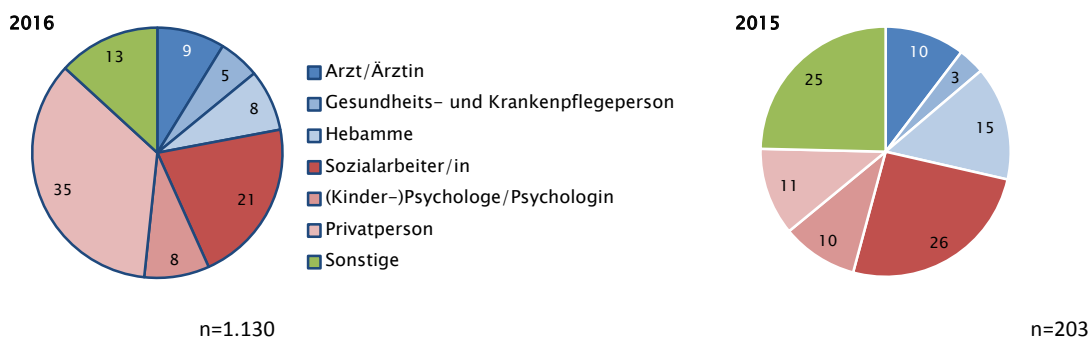
Die Umsetzung Früher Hilfen in Österreich ist – im Sinne der Gesundheitsreform – eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern und Sozialversicherung und u. a. in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, in den Rahmen-Gesundheitszielen, in der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und im Regierungsprogramm verankert.

Mit Ende 2016 waren 85 Familienbegleiterinnen aus unterschiedlichsten Professionen in Österreich tätig. Die häufigsten Grundprofessionen der Familienbegleiterinnen umfassen pädagogische Ausbildungen mit spezifischen Fachrichtungen wie beispielsweise Sozialpädagogik, gefolgt von Sozialarbeit und Hebammen.

30 Prozent der Familien melden sich meist selbst bei einem regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerk (=Selbst-meldende), 21 Prozent werden vom Krankenhaus zugewiesen. Weitere wichtige Zuweisende waren im Jahr 2016 Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstellen (8 %), Kinder- und Jugendhilfeträger (7 %), soziale Vereine (6 %) sowie Freunde, Bekannte und Verwandte der Familie (5 %).

Die mit Abstand am häufigsten vermittelnde Profession war mit einem Anteil von 21 Prozent ähnlich dem Jahr 2015 die Gruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Diese Berufsgruppe weist besonders häufig bei Familien, in denen die Hauptbezugspersonen maximal Pflichtschulabschluss (40 %) haben sowie bei Familien, in denen die Hauptbezugspersonen Migrationshintergrund haben (29 %), zu.

Abbildung: Häufigste Profession der Zuweisenden im Jahresvergleich, in Prozent



Anmerkung: Selbstmeldende fällt unter die Kategorie Privatperson. Diese Zuordnung wurde im Jahr 2016 nachgeschärft.

Quelle: FRÜDOK, Stand 8. März 2017

Die Vermittlungsgründe waren sehr vielfältig. Am häufigsten wurden folgende Punkte dokumentiert:

1. Überforderung/Ängste bei Eltern – 21 %
2. Belastungen in der Familie (medizinisch/sozial) – 17%
3. Administrative/rechtliche/organisatorische Unterstützung nötig – 13 %

Die Familienbegleiterinnen nehmen für die Familien eine Lotsen-Funktion im Gesundheits- und Sozialsystem ein. 60 Prozent der Familien mit 2016 abgeschlossener Begleitung wurden an zumindest einen weiteren Anbieter weiter vermittelt (Mehrfachantworten):

- » fast 90 Prozent in den (psycho-)sozialen und pädagogischen Bereich (Anzahl Vermittlungen: 385 in Eltern-Kind-Zentren, Mutter-/Elternberatungsstellen; Familien- und Haushaltshilfe; Kinderbetreuungsangebote oder Spielgruppen; Psychotherapie)
- » mehr als der Hälfte wurde in den Gesundheitsbereich vermittelt (Anzahl Vermittlungen: 196)
- » knapp 40 Prozent erhielten die Empfehlung Leistungen von Ämtern und Behörden in Anspruch zu nehmen (Anzahl Vermittlungen: 112), am häufigsten wurde zu Sozialversicherungsträgern, dem Amt für Jugend und Familie sowie zu Kinder- und Jugendhilfeträgern vermittelt.



Auswirkungen der Angebotsvielfalt auf KlientInnen und Strukturierungsprozesse

Das Beispiel psychosozialer Helplines

Text: Florian Zahorka, MA

Geschätztes Kollegium Sozialer Arbeit, liebe LeserInnen! Irgendwie bin ich verwirrt.

Nach fünf Jahren Studium der Sozialen Arbeit an zwei verschiedenen Fachhochschulen, lernte ich ein theoretisches Verständnis, verschiedene Arbeitszugänge, aber auch die praktische Anwendbarkeit unserer Profession kennen. Im Zuge der Ausbildung lernte ich allerdings auch das scheinbar omnipräsente Dogma des „schlanken Sozialstaats“ im Zeitalter des Neoliberalismus kennen. Für innovative und ambitionierte StudentInnen und PraktikerInnen, so entstand mein Eindruck, erzeugt dieser Umstand ein äußerst beklemmendes Gefühl. Ich hörte im Laufe meines Studiums von unzähligen sinnstiftenden Projekten, wo mangelnde Ressourcenausstattung deren Einstellung bedingten.

Doch soll man sich tatsächlich mit der Aussage begnügen, dass nichts gegen diesen Gegenspieler sozialer Innovationen zu helfen vermag? Ist die einzige Option letztlich demoralisiert und machtlos Dienst nach Vorschrift zu machen? Oder ist es vielleicht auch an der Zeit, über diese selbsthemmende Einstellung hinauszugehen und auch das eigene Tun selbstkritisch zu betrachten?

Was scheint schief zu laufen?

Lassen Sie mich erklären, was ich meine und wie ich zu meinen Er-

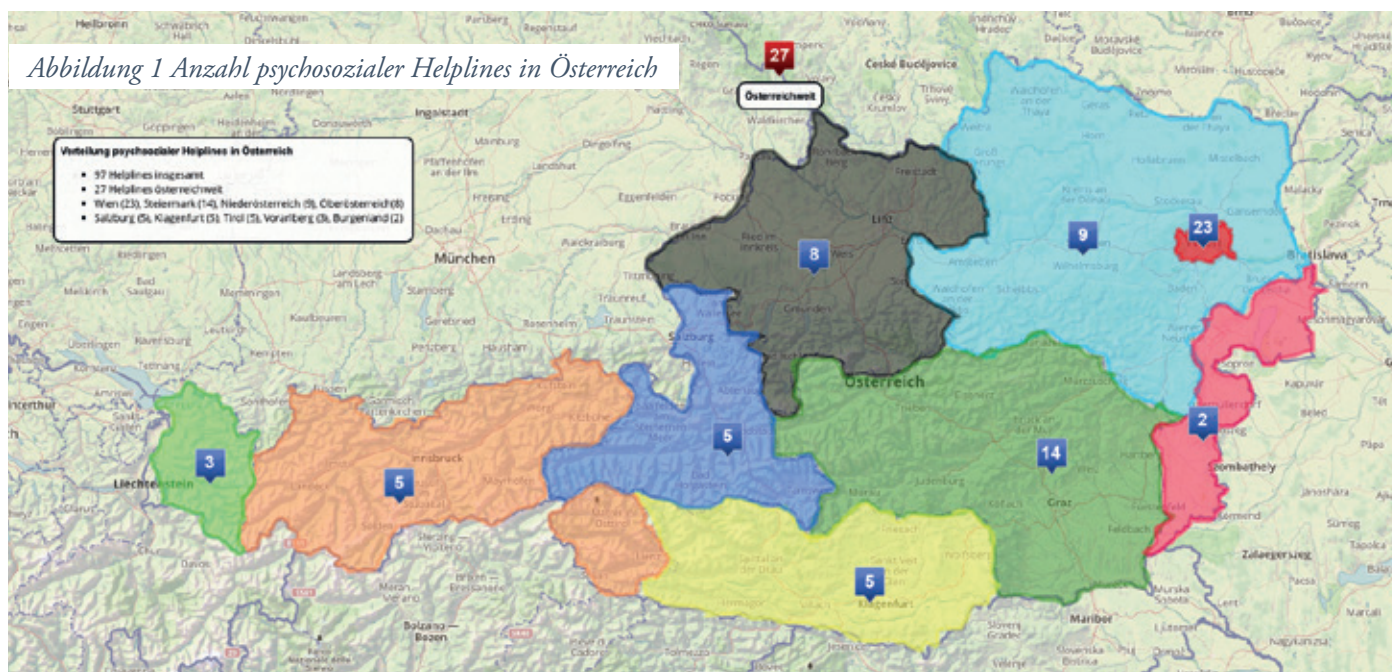
kenntnissen komme. Seit über sechs Jahren verbringe ich einen guten Teil meiner Freizeit als Rettungssanitäter. Ich versuche, Menschen in Not zu unterstützen, sei es bei Unfällen, bei Erkrankungen oder bei Katastrophen. In der präklinischen Notfallmedizin wird man auf eine Vielzahl von Algorithmen trainiert. SanitäterInnen wissen, wie bei einem Atem-Kreislaufstillstand zu reagieren ist, wie eine zügige Trauma-Versorgung auszusehen hat, welche Aufgaben man im Team hat. Doch etwas, das nicht gelehrt und gelernt wird, ist der konstruktive Umgang mit dem Leid der PatientInnen, das sich vielfach in sozialer als auch psychischer Gestalt ausdrückt. Es widerstrebt aus meiner Sicht fast der Eigenheit eines Notfalldienstes, sich einer umfangreichen sozialen Anamnese, gar einer Beratung zu widmen. Dabei zeigen Analysen, dass ein erheblicher Teil der PatientInnen mit psychosozialen Problemen im System der präklinischen Notfallmedizin landet, obwohl es doch adäquatere Ressourcen in der psychosozialen Versorgungslandschaft gibt (vgl. Redelsteiner 2013, 2015; Redelsteiner, Pfleger 2015; Völker, Jahn, Kaisers et. al 2016; Zahorka 2016). Gerade zu Randzeiten entwickeln sich Notaufnahmen oftmals zu „socio-shelters“, einer Art umfassenden Anlaufstelle für psychische, oder soziale Problemlagen (vgl. Luiz 2013, 210). Doch wer erklärt sich dafür zuständig, PatientInnen dorthin zu navigieren, wo ihre

Problemstellungen adressiert werden? Wer verfügt über die Kompetenz der Identifikation, der Vernetzung und die notwendigen Ressourcen für eine Fallarbeit? Was passiert an Randzeiten, wenn sich das Versorgungssystem ausgedünnt darstellt?

Wer macht was?

Meine Masterarbeit geht der Fragestellung nach, welche Angebote im psychosozialen Bereich existieren, um jenen KlientInnen mit psychischen oder sozialen Problemlagen eine Alternative zum Gesundheitssystem anzubieten. Ziel war eine Gesamterhebung anhand des mir bekannten Notfall-Algorithmus (Anruf – Assessment – Intervention). Die etwa einjährige On- und Offlinerecherche erforderte schnell den Einsatz klarer Strukturierungsmaßnahmen. Alleine der Mix aus abstrakten Eigennamen sowie konkreten Bezeichnungen (Sorgetelefon, Hot-, Service-, Helpline, Notdienst, -ruf) erforderte zunächst eine nach klaren Kriterien durchgeführte Zuordnung. Im Zuge der Recherche fanden sich zusätzliche Unterscheidungsmerkmale wie Zielgruppe, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, MitarbeiterInnenstruktur, Multilingualität und die Verwendung weiterführender Technologien (Chat, Forum, E-Mail, App).

Im Ergebnis zeigte die Auseinandersetzung folgende Angebotslage mit Stand Mitte 2016:



Quelle: Zahorka, Florian (2016): *Psychosoziale Helplines. Analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin*. Masterarbeit Soziale Arbeit, Sozialpolitik und Management, Management Center Innsbruck

- 97 psychosoziale Helplines insgesamt
- 27 österreichweite Angebote
- 68 verschiedene TrägerInnenvereine
- 30 Angebote sind „24/7“ verfügbar
- 89 beschäftigen hauptamtliche MitarbeiterInnen
- 55/28/11 bieten teilstationäre/ ambulante/stationäre Betreuung an

Welche Auswirkungen hat diese Ausdifferenzierung?

Angebotspluralität muss zunächst keine rein negativen Auswirkungen bedeuten. Mehr Wahlmöglichkeiten bedeutet für KlientInnen, sich das subjektiv passende Angebot aussuchen zu können und selbst tätig zu werden. Gleichzeitig kann Konkurrenz auch als Innovationsmotor betrachtet werden, indem Organisationen Alleinstellungsmerkmale entwickeln. Eine Spezialisierung kann auch aufgrund sozialräumlicher Ge-

gebenheiten oder Entwicklungen passieren. Letztlich könnte Angebotsvielfalt auch im Interesse eines aktivierenden Sozialstaats liegen. Der erste aktivierende Schritt in der Hilfe zur Selbsthilfe bestünde in der Auswahl einer passenden Anlaufstelle. Diese Argumentation erfährt jedoch durch die sogenannte Consumer Confusion Theory eine substantielle Kritik. Dieser Theorie nach führen Informationsüberfluss, eine hohe Ähnlichkeit und sich häufig ändernde, unklare oder mehrdeutige Informationen dazu, dass Kundenentscheidungen zu Produkten negativ beeinflusst werden. Unübersichtlichkeit führt zu Verwirrung, welche in Zurückhaltung und schlechtesten falls in Nichtanspruchnahme resultiert (Wobker, Eberhardt, Kenning 2015, 754). Gemäß eines in der Masterthesis verwendeten deduktiv-normologischen Erklärungsmodell wurden aus der Theorie abgeleitete prüfbare Hypothesen gebildet, welche mittels eines explanativen Experiments an drei Tagen mit Zufallskandidaten am Cam-

pusgelände des MCI Innsbruck geprüft wurden (Borth, Döring 2016, 48, 192). Dabei bestätigte sich, dass bei zunehmender Anzahl an Helpline Angeboten, die zuvor beschriebenen Umstände auch im Helplines Bereich mit statistischer Signifikanz eintreten (Zahorka 2016, 62 - 63).

Wie könnte es anders gestaltet sein?

Der Bedarf an niederschweligen Zugangsmöglichkeiten in der Bearbeitung komplexer individueller mit psychosozialen Unterstützungsbedarf scheint also ein immanenter zu sein. Hüttemann und Parpan-Plaser schreiben „Eine Innovation in der Sozialen Arbeit liegt dann vor, wenn ein neuartiges Angebot einen Bedarf deckt, der auch durch gesellschaftliche, sozialethisch fundierte Zentralwerte (soziale Gerechtigkeit, Integration, Partizipation usw.) begründet ist.“ (2014, 47) Die Herausforderung besteht dabei nicht in der Schaffung eines völlig neuen Angebots, welches

abseits der vorhandenen Strukturen agiert. Vielmehr liegt sie darin, die bestehenden Angebote bestmöglich zu vernetzen, diese bestenfalls sogar ineinander zu integrieren. Wie diese Strukturierung funktionieren kann, zeigt sich pragmatisch am Beispiel von Geoinformationssystemen. Auf Portalen wie werhilftwie-tirol.at, pflegesuche.at, soziale-landschaft.at werden auf digitalen Landkarten mit Marker Angebote visuell dargestellt. Dieser wohlgeordnet erste Schritt birgt aus meiner Sicht ein großes Potential für Organisationen, um beispielsweise in Echtzeit auf Ressourcenverfügbarkeit, Erreichbarkeiten, Mobilität, Auslastung etc. zuzugreifen.

Um bei den psychosozialen Helplines zu bleiben, vielfach bildet der telefonische Kontakt ein erstes niederschwelliges Kontaktangebot. Gerade für eine reibungslose Verweisung kann es sich als gewinnbringend darstellen stets zu wissen, welche geeignete Ressource im Umfeld des/der AnruferIn gerade verfügbar ist. Aber auch für Sozial-einrichtungen, und insbesondere für fachfremde Organisationen wie der Polizei oder dem Rettungsdienst stellt Strukturierung eine großes Potential der klaren Zusammenarbeit dar. Die Soziale Arbeit könnte dabei mit ihren Vertretungen ein Zeichen nach außen setzen und das vielfach sehr unklare Berufsbild deutlicher positionieren.

Ausblick

Liebe LeserInnen, am Anfang dieses Artikels schrieb ich von Verwirrung. Als ich mit der Forschungsarbeit begann, war es noch die klare Annahme, dass das behauptete Dogma „Neoliberalismus“ ein Innovations-Hemmer sein würde. Nach zweijähriger, intensiver Auseinandersetzung mit zahlreichen Organisationen bin ich zur Überzeugung gelangt, dass es offenbar auch einer Mischung aus Loyalität der eigenen Organisation gegenüber und mangelnder echter Kooperationsbe-

reitschaft geschuldet ist, dass Vernetzung, Kooperation oder Integration vielfach nicht über die Erwähnung in den Manualen der Organisation hinausgeht. Keinesfalls ist es die Absicht, hier den Vorwurf an die handelnden AkteurInnen zu richten.

„Die MitarbeiterInnen der involvierten Berufsgruppen arbeiten engagiert und oft bis zur Selbstausbeutung und zum Burn-Out. Der Verfasser hat dabei das Bild eines Drachenbootes [...] vor Augen – alle Beteiligten rudern nach Leibeskräften. Es besteht aber keine Synchronisation, niemand bestimmt die Richtung und das Boot dreht sich im Kreis.“ (Redelsteiner 2013, 13)

Daraus reflexartig den Ruf nach zentralistischer Steuerung zu sehen, kann der Problematik nur wenig zuträglich sein. Vielmehr scheint jedoch eine legitime Forderung zu lauten, echte Kooperation zu fördern, gemeinsam erarbeitete und überwachte Qualitätskriterien aufzubauen und laufende Evaluation der Ergebnisse durchzuführen. Dies ist, um der KlientInnen willen, allerdings auch um einer starken Profession willen, aus meiner Sicht längst überfällig.

Literatur

Döring, Nicola; Borth, Jürgen: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Mit 194 Abbildungen und 167 Tabellen. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl. 5., vollst. überarb., akt. u. erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2016

Luiz, Thomas: Psychosoziale Notfälle - Einsatz für den Notarzt? 2013. In: Notfallmedizin up2date 8 (03), 205–216.

Parpan-Blaser, Anne: Innovation in der Sozialen Arbeit – Zur theoretischen und empirischen Grundlegung eines Konzepts 2011. VS Verlag für Sozialwissenschaften

Redelsteiner, Christoph: Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit 2013. In: soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit (9). URL: <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/256/412.pdf>, Abruf 07.11.2015.

Redelsteiner, Christoph; Pflegerl, Johannes: Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen 2015. In: Pantucek, Peter Vyslouzil, Monika; Pflegerl, Johannes (Hg.): Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten: Verlag des ÖBG Wien, 233–243.

Völker, Maria Theresa; Jahn, Nora; Kaisers, Udo; Laudi, Sven; Knebel, Lars; Bercker, Sven: Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten 2016. In: ProCare 21 (14), 14–23

Wobker, Inga; Eberhardt, Tim; Kenning, Peter: Consumer confusion in German food retailing. The moderating role of trust 2015. In: Intl J of Retail & Distrib Mgt 43 (8), 752–774.

Zahorka, Florian (2016): Psychosoziale Helplines. Analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin. Masterarbeit Soziale Arbeit, Sozialpolitik und Management, Management Center Innsbruck

Florian Zahorka, MA

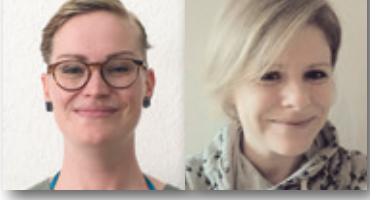
Bachelor in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule Oberösterreich, Campus Linz.
Master in Sozialarbeit, Sozialpolitik und Management am Management Center Innsbruck
Ehrenamtlicher Sanitäter seit 2010.

Tätigkeit als Projektmitarbeiter (SAT144, PC3 Orth, CRT) im Department Soziales und Lehrgangsassistent im Department Gesundheit an der Fachhochschule St. Pölten

Forschungsschwerpunkt:

Schnittstelle Gesundheit & Soziales, Präklinische Notfallmedizin und Versorgung, Psychosoziale Aspekte der Präklinischen Versorgung, Digitalisierung Sozialer Arbeit

E-Mail: florian@zahorka.at
Web: <http://zahorka.at>



Chancengleichheit für vulnerable Personengruppen in der medizinischen Versorgung

Zur Bedeutung von Niederschwelligkeit und einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Medizin

Text: Mag.^a (FH) Barbara Berner und Mag.^a Simone Floh

Eine umfassende Sicht auf die Gesundheit wohnungsloser Menschen

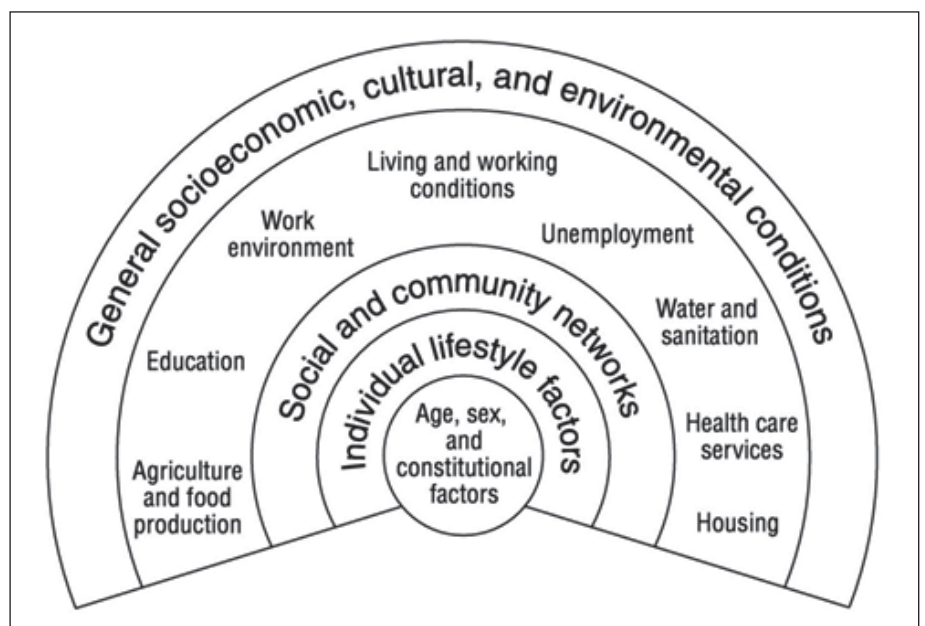
Obdach- und wohnungslose Menschen sind, ähnlich wie andere vulnerable Personengruppen, gesundheitlich stärker beeinträchtigt als die Durchschnittsbevölkerung. Sie weisen beispielsweise eine signifikant höhere Rate an Sterblichkeit, Behinderung und chronischen Krankheiten auf. Nach den Ergebnissen einer umfassenden Studie zur Wiener Wohnungslosenhilfe sehen sich rund drei Viertel aller befragten wohnungslosen Menschen mit einem oder mehreren gesundheitlichen Problemen konfrontiert, in 57% der Fälle betrifft dies körperliche Probleme, in 39% psychische und seelische Beschwerden. 20% der Befragten nennen den Konsum von Alkohol und Drogen als gesundheitliches Thema und jede/r Zehnte lebt mit einem nicht-substanzgebundenen Suchtverhalten (vgl. L&R Sozialforschung 2012: S.51ff.). Legt man den Fokus auf die Biographien von wohnungslosen Menschen, so wird deutlich, dass beinahe alle Personen auf eine Reihe belastender Erfahrungen zurückblicken, darunter auch manifeste Armut und fehlende Erwerbsintegration. (vgl. L&R Sozialforschung 2012: S. 23).

Dies legt die Einsicht nahe, dass individuelle Gesundheit von Wechselwir-

kungen zwischen unterschiedlichen Bereichen beeinflusst ist, die weit über Alter, biologisches Geschlecht und körperliche Konstitution hinausweisen. Vielmehr ist die Gesundheit einzelner Menschen Ergebnis struktureller Faktoren, die an die sozioökonomische Positionierung im gesellschaftlichen System geknüpft sind.

Schon 1991 haben Dahlgren/White an einer derart umfassenden Sicht zu Gesundheit und ihrer Determinanten gearbeitet, wobei sie den Fokus insbesondere auf die Wechselwirkung zwischen einzelnen Faktoren gelegt haben.

Abbildung 1:



Vielfache Barrieren in der Nutzung des Gesundheitswesens für vulnerable Personengruppen

Obdach- und wohnungslose Menschen teilen mit anderen Personengruppen, z.B. bezogen auf ihre gesundheitliche Situation und Versorgungslage eine besondere Verletzlichkeit, die sich zwar individuell ausdrückt, aber aus einer strukturell und gesellschaftlich produzierten Lage heraus zu verstehen ist. Die damit verbundenen Schwierigkeiten „resultieren nicht nur aus Mangel an materiellen Ressourcen, sondern weil den Betroffenen die gleichberechtigte Teilhabe und Teilnahme an Wohlstand und Glück verwehrt wird, weil ihnen

Unterstützung vorenthalten wird oder weil sie nicht ausreichend in soziale Netzwerke eingebunden sind. Vulnerabilität besitzt folglich nicht nur eine ökonomische bzw. materielle Dimension (Armut), sondern auch eine politische und soziale.“ (vgl. Chambers 1989)

Ein wesentliches Merkmal der Vulnerabilität obdach- und wohnungsloser Menschen betrifft ihre Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem. Das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment hat im Jahr 2012 einen Überblick u.a. zu (Zugangs-)Barrieren zum Gesundheitssystem von wohnungslosen Menschen in Europa und dem anglo-amerikanischen Raum vorgelegt (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012). Für Österreich respektive Wien ist in diesem Kontext das Zusammenspiel formeller und informeller Barrieren bedeutsam. So ist der Zugang zur Versorgung durch das Krankenversicherungssystem gerade für diese Zielgruppe zu hochschwierig und Möglichkeiten einer Versicherung werden, so sie überhaupt bestehen, nur unzureichend genutzt. Doch ohne Versicherung können diese Menschen nur in eng umgrenzten Fällen kostenlos ärztliche Versorgung durch das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Zusätzlich prägen negative und stigmatisierende Erfahrungen mit Arztpraxen und Spitälern, wie etwa Abweisungen aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes, das Gesundheitsverhalten wohnungsloser Menschen. Sie möchten diese negativen Erfahrungen nicht wiederholen und meiden den Kontakt zu niedergelassenen ÄrztInnen.

Chancengleichheit für vulnerable Personengruppen als wesentlicher Fokus der österreichischen Gesundheitsziele

Angeichts dieser benachteiligten Ausgangslage für wohnungslose Menschen kommt dem Fokus auf Chancengleichheit eine wesentliche

Bedeutung in gesundheits- und sozialpolitischen Strategien wie auch in den Bedingungen für die Nutzung einzelner Versorgungsangebote im Gesundheitsbereich zu.

Im Jahr 2012 hat Österreich zehn Gesundheitsziele beschlossen, die den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik der nächsten 20 Jahre abbilden und als Ziel „die Verbesserung der Gesundheit in Österreich lebender Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen“ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2012) definieren.

Die Inhalte der jeweiligen Ziele fokussieren grundlegende Themen von vulnerablen Personengruppen und ihren Zugängen sowie Barrieren im Gesundheits- und Sozialsystem, wie an folgenden Beispielen exemplarisch deutlich wird:

- Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen (Ziel 2)
- Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken (Ziel 5)
- Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen (Ziel 6)
- Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern (Ziel 9)
- Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen (Ziel 9)

Bei der Umsetzung der Gesundheitsziele sind darüber hinaus wesentliche Prinzipien zu berücksichtigen: So gilt es beispielsweise im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, alle politischen Bereiche aktiv in die Bearbeitung von Themen einzubinden, die für Gesundheit und Wohlbefinden relevant sind („Health in

all Policies“). Desweiteren sind beim Abbau gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten wichtige persönliche, soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen notwendigerweise zu beachten („Determinantenorientierung“). Angebote und Maßnahmen sind ressourcenorientiert zu konzipieren und ihre Verständlichkeit durch alltagssprachliche Formulierungen zu gewährleisten.

Für Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind das oben skizzierte Verständnis von Vulnerabilität und die Kenntnis von strukturellen Faktoren, die die Gesundheit vulnerabler Personengruppen determinieren, von hoher Relevanz, um Zielperspektiven und Handlungsmöglichkeiten fachlicher Arbeit auszuloten. Die im Folgenden dargelegten fachlichen Standards nehmen spezifisch auf die Ausgangslage vulnerabler Personengruppen Rücksicht und legen für sozialarbeiterisches Handeln mit der Zielorientierung der Umsetzung der o.a. Gesundheitsziele den Fokus auf die Faktoren Niederschwelligkeit und Interdisziplinarität. Sie reflektieren konkrete sozialarbeiterische Praxis im Kontext der medizinischen Versorgung vulnerabler Gruppen.

Fachliche Standards im Kontext Niederschwelligkeit und Interdisziplinarität

1. Zugänge sichtbar und nutzbar machen – unabhängig von der sozioökonomischen Positionierung

Vulnerable Personengruppen erleben ihre eigene Situation häufig als unübersichtlich und die Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems als spezialisiert, hochschwierig und überformell wie informelle Barrieren exkludierend. In diesem Sinne wird deutlich, dass Hilfesysteme sehr viel fordern, und ggf. auch überfordern können. Um Hilfen in Anspruch zu nehmen und auch nutzen zu können, spielen somit viele unterschiedliche Faktoren wie Zeit, Transparenz, Frei-

willigkeit oder Zwang, psychische Belastungen sowie individuelle und strukturelle Barrieren eine bedeutsame Rolle.

Die Niederschwelligkeit von Angeboten zeichnet sich im Gegensatz dazu dadurch aus, dass Menschen unabhängig von ihrer gegenwärtigen Verortung im Hilfesystem jedenfalls Orientierung und bedürfnisorientierte Weitervermittlung erhalten können. Für den Zugang zu den Angeboten ist es damit nicht relevant, aus welchen Gründen die Hilfesuchenden z.B. wohnungslos geworden sind bzw. den Versicherungsanspruch verloren haben oder über keine sichtbaren Anknüpfungsmöglichkeiten mehr verfügen.

Eine niederschwellige Ausrichtung von Medizinischen Angeboten für vulnerable Personengruppen ist darüber hinaus aktiv und handlungsorientiert zu verstehen. Soziale Arbeit hat hierbei eine besondere Aufgabe: Sie ist ein bedürfnisorientierter, proaktiver Dreh- und Angelpunkt sowohl im Gesundheits- und Sozialsystem, als auch in der/den individuellen Lebenswelt(en) der KlientInnen, die mit ihren unmittelbaren Erfahrungen und Lebenszusammenhängen sowie mit Fokus auf den momentanen Alltag wahrzunehmen sind.

Es gilt dabei tragfähige Beziehungen zu bieten und von diesen ausgehend immer wieder mögliche Anknüpfungsmöglichkeiten zu Zugängen ins Hilfesystem im Fokus zu behalten. Dabei spielen z.B. gesetzliche Regelungen von Ansprüchen im Sozialsystem eine entscheidende Rolle: Sind keine Ansprüche gegeben und gibt es ungeachtet des Engagements der KlientInnen keine zu aktivierenden Ressourcen, so bleibt niederschwellige Soziale Arbeit nichtsdestotrotz weiterhin der Dreh- und Angelpunkt im Hilfesystem, auch mit einer Stabilisierung der persönlichen Lebensumstände weiterhin im Fokus.

Die Frage nach einem gelingenden Alltag sowie den passenden Anknüpfungsmöglichkeiten im Hilfesystem sind im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmtheit und gemeinsamer Gestaltung mit dem/der Klientin auszuverhandeln, wobei KlientInnen als ExpertInnen ihrer eigenen Lebenswelt wahrzunehmen sind und ihrem Wissen mit Wertschätzung und Offenheit zu begegnen ist. Die individuellen Lebensumstände und Erfahrungen der Abweichungen von der gängigen Praxis müssen ernst genommen werden. Auch dadurch entsteht im professionellen Hilfesystem Bewusstsein für vorhandene Ungleichheiten sowie immanente Lücken und Barrieren im Gesundheits- und Sozialsystem.

2. Medizinische Behandlung und psychosoziale Unterstützung in einer interdisziplinären Verschränkung auf Augenhöhe

Umfassende und ganzheitliche medizinische sowie psychosoziale Versorgung bedarf einer multiprofessionellen Ausrichtung der Angebote. Für professionelle Versorgung von vulnerablen Personengruppen ist das Zusammenspiel zwischen allgemeinmedizinischen und sozialarbeiterischen Angeboten wesentlich sowie ggf. auch fachärztliche Abklärung und Behandlung durch weitere Gesundheitsberufe.

Interdisziplinarität vertieft Multiprofessionalität im Sinne einer Verschränkung der vielfältigen Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen, um weiterführende Möglichkeiten im Umgang mit hemmenden Faktoren im sozioökonomischen Bereich zugänglich zu machen. Im Falle von z.B. Kriseninterventionen ist es oftmals sehr entscheidend, sowohl der psychischen, aber auch der physischen Gesundheit ausreichend Aufmerksamkeit zu geben, wobei durch eine Verknüpfung von medizinischem und psychosozialen Unterstützungsangebot eine umfassende Stabilisierung fokussiert werden kann.

Das gegenseitige Verständnis um die Kernkompetenzen der unterschied-

lichen Berufsgruppen ist hierbei ein wesentlicher Erfolgsfaktor. In diesem Sinne bezieht sich die Behandlung auf Augenhöhe nicht nur auf die Arbeit mit den PatientInnen oder KlientInnen, sondern beginnt vielmehr bei der interdisziplinären Zusammenarbeit. Erst wenn Interdisziplinarität gelebt wird, wird es möglich, eine nachvollziehbare Balance und Klarheit auch gegenüber den PatientInnen und KlientInnen zu vermitteln. Alle Berufsgruppen haben die Zielsetzung, die notwendigen Informationen zu Unterstützungs- und Behandlungsangeboten detailliert und nachhaltig bei den PatientInnen und KlientInnen zu platzieren. Dafür braucht es intensive Zusammenarbeit und vertieftes Wissen über die Arbeit der KollegInnen aus den anderen Berufsgruppen. Der Mehrwert von interdisziplinären Selbstverständnis muss somit zwischen Arzt/Ärztin, Sozialer Arbeit und weiteren medizinischen Berufsgruppen sowohl innerhalb des Teams, als auch für die PatientInnen und KlientInnen transparent sein. Dadurch wird auch deutlich, dass es nicht nur um eine Weitervermittlung zwischen den Berufsgruppen geht, sondern eine kontinuierliche Verschränkung und Übersetzungsarbeit geleistet wird.

3. Interdisziplinäre Beratungen für passgenaue Unterstützung und Erfahrung von Selbstwirksamkeit

Die oben genannten Faktoren spielen eine besondere Rolle, wenn multifaktorielle Problemlagen auftreten, welche sich gegenseitig bedingen und verstärken. Akute und chronische Erkrankungen können beispielsweise die individuelle Handlungsfähigkeit in Bezug auf psychosoziale, sowie sozioökonomische Faktoren wie Arbeit, Ausbildung, Wohnen, zwischenmenschliche Beziehungen, Umgang mit Behörden, etc. vermindern. In Wechselwirkung bindet der Fokus auf die individuelle Klärung von möglichen Problemlagen der genannten Bereiche viel Energie, welche wiederum

die Fokussierung auf die Stabilisierung bzw. Verbesserung des gesundheitlichen Zustands vermindern kann. Durch eine interdisziplinäre Ausrichtung ist es möglich, gemeinsam die notwendigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, sowie psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten und daraus resultierende Arbeitsaufträge eng aufeinander abzustimmen. Sichtbar und erlebbar gemacht werden diese Dynamiken für PatientInnen und KlientInnen in einem interdisziplinären Beratungsgespräch. Es wird dadurch eine unmittelbare, gleichzeitige Wahrnehmung der Professionen ermöglicht, sowie das Zusammenwirken dieser gestärkt. Interpretationsräume werden verringert, gemeinsame Bilder der aktuellen Lebenssituation des Menschen geschaffen und auf unterschiedliche Lebensbereiche sowie dazugehörige Bedürfnisse Bezug genommen.

Dabei wird nicht nur eine unmittelbare Transparenz des Zusammenspiels der Unterstützungsangebote deutlich, sondern vielmehr auch ein umfassenderes Verständnis für die Vielschichtigkeit der eigenen Fragestellungen und Problemlagen geschärft. Dieses Verständnis ermöglicht eine tiefergehende Übernahme von Eigenverantwortung mit Möglichkeit der Erfahrung von Selbstwirksamkeit: sei es durch Erhöhung der eigenen Orientierungskompetenz innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems, der Förderung der individuellen Adhärenz bei der medizinischen Behandlung oder die Möglichkeit zur selbstbestimmten Priorisierung von Problemlagen. Mögliche Überforderungsmomente selbstständig die unterschiedlichen Informationen mehrerer Berufsgruppen zusammen zuführen, werden somit vermindert und vernetztes Denken bzw. Verständnis gefördert.

4. Professioneller Umgang mit Sprachbarrieren für einfache Verständigung und Nachvollziehbarkeit
Bei allen Angeboten der medizini-

schen Behandlung und psychosozialen Unterstützung müssen eine einfache Verständigung und Nachvollziehbarkeit der besprochenen Inhalte eine hohe Priorität haben – dies entspricht auch der Zielorientierung in der Umsetzung der österreichischen Gesundheitsziele. Sprache hat eine Funktion sowohl als diagnostisches, aber auch als therapeutisches Mittel, woraus eine besonders hohe Anforderung an die Sprachvermittlung entsteht: So ist nicht nur wichtig, was gesprochen wird, sondern auch wie gesprochen wird. In diesem Sinne widerspricht die Einbeziehung von Verwandten und Bekannten von PatientInnen bzw. KlientInnen im Grunde professioneller Behandlung, Beratung und Begleitung.

DolmetscherInnen agieren in diesem Kontext weitgehend entpersonalisiert und benötigen abseits ihrer Grundausbildung ggf. auch fachspezifische Weiterbildungen, um in medizinischen und psychosozialen Bereichen angemessen zu übersetzen. ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe haben bei Anwesenheit von DolmetscherInnen die Aufgabe, auch schwierige Inhalte so zu kommunizieren, dass sie einfach nachvollziehbar in die jeweilige Sprache übersetzt werden können.

Für einen professionellen Umgang mit Sprachbarrieren arbeitet beispielsweise das neuerhaus Gesundheitszentrum mit einem Videodolmetschsystem des Anbieters SAVD. Mehr als 50 verschiedene Sprachen stehen durch ausgebildete DolmetscherInnen per Abruf und zur Bestellung über Videotelefonie zur Verfügung. Dadurch wird eine unkomplizierte, unmittelbare Übersetzungsmöglichkeit angeboten, das dem/der ÄrztIn und oder dem/der SozialarbeiterIn ermöglicht, sich weiterhin auf die Behandlung, Beratung, sowie Gestik und Mimik des/der PatientIn oder KlientIn zu fokussieren. Aus Sicht der PatientInnen und KlientInnen wird mit dieser

Unterstützung die Unsicherheit aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen falsch, ungenügend oder gar nicht verstanden zu werden, ausgeschlossen.

5. Gelingende Anknüpfung durch Orientierungs- und Wegweiserfunktion von Sozialer Arbeit

Eine der Kernkompetenzen von niederschwelliger Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich ist es, einen Überblick über die vielfältigen Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems zu geben und allgemeine sowie spezifische Informationen zu diesen verständlich zu vermitteln.

Es gilt dabei Abläufe und Prozesse im System erfassbar und nachvollziehbar zu machen, um Ängste zu minimieren, sei es z.B. bei der durchschnittlichen Dauer der Bearbeitung von Anträgen, alternativen Optionen und Beschleunigungsmöglichkeiten u.ä.m. Damit einhergehend werden Unsicherheiten und Fragen aufgeklärt sowie Transparenz über die Funktionen und Abläufe von Ämtern, Behörden, Gesundheits- und Beratungseinrichtungen geschaffen. Ziel ist es mit den KlientInnen und PatientInnen gemeinsam Zuversicht in die eigene Stabilisierung sowie Vertrauen in das Hilfesystem an sich und eine selbständige Orientierung in diesem (wieder) aufzubauen.

Gleichzeitig kann damit vermieden werden, dass ein hilfesuchender Mensch mehrere Beratungs- und/oder Gesundheitseinrichtungen aufsuchen muss, um die für ihn/sie notwendigen Informationen zu erhalten. Die präzise und bedürfnisorientierte Weitervermittlung macht Anknüpfungsmöglichkeiten im Hilfesystem nicht nur sichtbar, sondern auch nutzbar – erst dann ist es ein gelingender Prozess. Selbstsichere und eigenverantwortliche Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem ermöglicht dann die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, welche wiederum individuelle Stärkung und Wohlbefinden fördert.

Fazit

Um Chancengleichheit für vulnerable Personengruppen in der medizinischen Versorgung im Sinne einer Umsetzung der Gesundheitsziele zu ermöglichen, muss das Gesundheits- und Sozialsystem vernetzt gedacht werden. In diesem Sinne müssen Niederschwelligkeit und Interdisziplinarität die Basis der Angebote darstellen, um eine ganzheitliche und vor allem nachhaltige Versorgung zu ermöglichen.

Eine gelingende und nachhaltige Anknüpfung an Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems baut deshalb in einem ersten Schritt auf dem Erleben von Selbstwirksamkeit und positiven Beziehungserfahrungen auf, die Systemvertrauen wiedergewinnen helfen. Dazu tragen alle Berufsgruppen sowohl mit ihren Kernkompetenzen, als auch mit immer wieder neu erarbeiteten Schnittstellen in der Zusammenarbeit, einen Teil bei. Ebenso haben PatientInnen und KlientInnen einen proaktiven, gestaltenden Einfluss auf die Unterstützungsangebote. Gute Erlebnisse in alltagsorientierten Settings stärken das Selbstvertrauen ganz allgemein und im speziellen auch in der Vertretung der eigenen Anliegen, sei es bei Behörden, Gesundheitseinrichtungen, Beratungsstellen.

Niederschwelligkeit und Interdisziplinarität konkret: neunerhaus Gesundheitszentrum und neunerhaus Café

Seit 2006 bietet neunerhaus niederschwellige Gesundheitsversorgung (aufsuchend und ambulant) mit sozialarbeiterischer Beratung für wohnungslose Menschen. Mit einem Leistungsverrechnungsvertrag der WGKK und einer direkten Förderung des FSW werden Angebote an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitssystem gesetzt, die im Jahr 2016 von rund 4000 PatientIn-

nen und KlientInnen in Anspruch genommen wurden. Ab Herbst 2017 erweitert neunerhaus diese Angebote in räumlicher und inhaltlicher Hinsicht – mittelfristig sollen rund 6000 Personen erreicht werden.

Das neunerhaus Gesundheitszentrum stellt zukünftig auf rund 800 m² niederschwellige primäre Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung für vulnerable Personengruppen zur Verfügung. Hierzu zählen:

- wohnungs- und obdachlose Menschen
- Menschen mit psychiatrischem und psychosozialen Unterstützungsbedarf
- Menschen auf der Flucht
- Menschen in akuten Krisensituationen
- Menschen mit Sprachbarrieren

Die Angebote richten sich an Menschen unabhängig von ihrer gegenwärtigen Verortung im Hilfesystem in Wien. Für den Zugang zu den Angeboten ist es nicht relevant, aus welchen Gründen die Hilfesuchenden wohnungslos geworden sind bzw. den Versicherungsanspruch verloren haben.

Im neunerhaus Gesundheitszentrum finden – und das ist einzigartig in Wien – interdisziplinäre Beratungen mit Angehörigen verschiedener Berufsgruppen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegekräfte) und PatientInnen statt. Zur Überwindung von Sprachbarrieren wird Videodolmetsch in den Beratungsgesprächen verwendet.

Das neunerhaus Café öffnet sich auch für BesucherInnen aus dem Grätzl und der Zivilgesellschaft, ist räumlich mit dem Gesundheitszentrum verbunden und setzt Angebote im Kontext Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe, unabhängig von der sozioökonomischen Position der Hilfesuchenden in der Gesellschaft.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): Gesundheitsziele Österreich.

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesundes Österreich – Langfassung. Wien. Online unter: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf

Chambers, R. (1989): Editorial Introduction: Vulnerability, Coping, and Policy. In: IDS Bulletin 20.2, S. 1-7.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, Oxford: Oxford University Press. Online unter: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/318.full>

L&R Sozialforschung (2012): Evaluierung der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien. Online unter: <http://www.lrsocialresearch.at/sozialforschung/archiv-de/547-Evaluierung+der+Wien+er+Wohnungslosenhilfe>

Zechmeister-Koss, I./Reichel, M. (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren (Zugangs-)Barrieren zum Gesundheitssystem. Eine Literaturübersicht. Wien. Online unter: <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/publikationen/>

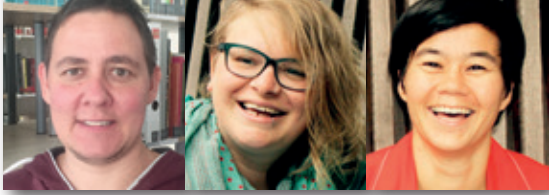
Abbildung 1: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2002%2f11&Lang=en

Mag.^a (FH) Barbara Berner,

Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin;
Leitung Niederschwellige Soziale Arbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum und Café

Mag.^a Simone Floh,

Studium der Politikwissenschaft und ausgebildete Mediatorin; Gesundheitsreferentin der Abteilung Grundlagen & Entwicklung neunerhaus.



Sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Text: Anton Wittmann, Elisabeth Laister BA BA, Mag.^a Maria Seisenbacher
Illustrationen: © Barbara Hoffmann, BA

Die Broschüre „Frau. Mann. Und noch viel mehr.“ in leichter Sprache verbindet die Empowermentbewegung von Menschen mit Lernschwierigkeiten mit der Selbstbestimmungs-Bewegung von LGBTIQ-Personen. Die Broschüre erklärt in leichter Sprache und mit eigens angefertigten Illustrationen (Barbara Hoffmann) das komplexe und facettenreiche Thema sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt. Gemeinsam mit der HOSI Salzburg hat der Verein Leicht Lesen mit Expert*innen in eigener Sache die erste Broschüre in Leichter Sprache zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum gestaltet.*

Sexualität von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist nach wie vor stark tabuisiert. Richtet sich das Begehren dabei nicht (ausschließlich) auf „das andere Geschlecht“ oder wird das eigene Geschlecht abweichend von dichotomen Vorstellungen erlebt – also, abseits von Mann und Frau –, potenziert sich die Erfahrung von Ausgrenzung und des Nichtverstanden-Werdens. Gleichzeitig werden Menschen mit Lernschwierigkeiten aufgrund ihrer Behinderung auch in der LGBTIQ*-Community ausgegrenzt und finden hier nur selten geeignete Unterstützung oder verständliche Informationen (vgl. Arnade 2013: 41).

Kommen in der Sozialen Arbeit LGBTIQ*-Themen auf, herrscht oftmals Ratlosigkeit und Verunsicherung. Das Vorherrschen von heteronormativen Vorstellungen ist so wirkmächtig, dass die Relevanz von

LGBTIQ*-Themen für das eigene Handlungsfeld vielfach unreflektiert und somit unsichtbar bleibt.

Empowerment, was ist das eigentlich?

Norbert Herringer (2006), der sich mit Empowermentbewegungen in sozialer Arbeit beschäftigte, unterteilt diese in vier Gruppen:

- **politisch:** Der Begriff „power“ wird mit den Worten „politische Macht“ übersetzt und bedeutet in diesem Zusammenhang „strukturell ungleiche Verteilung von politischer Macht und Einflußnahme [sic!]“ (ebd.: 2006: 14).
- **lebensweltlich:** Der Begriff „power“ wird mit dem Wort „Stärke“ übersetzt und darüber hinaus mit „Kompetenz“, „Durchsetzungskraft“ und „Alltagsvermögen“. Herring versteht Empowerment als „das Vermögen von Menschen, die Unüberschaubarkeiten, Komplikationen und Belastungen ihres Alltags in eigener Kraft zu bewältigen, eine eigenbestimmte Lebensregie zu führen und ein nach eigenen Maßstäben gelingendes Lebensmanagement zu realisieren“ (ebd.: 15).
- **reflexiv:** Darunter versteht Herring die „aktive Aneignung von Macht, Kraft und Gestaltungsvermögen durch die von Machtlosigkeit [...] von Betroffenen selbst“ (ebd.: 16). Er spricht auch von

Selbstbemächtigung und Selbstaneignung von Lebenskräften, indem Betroffene ihr bekanntes Terrain verlassen und sich auf ihre eigenen Kräfte stützen.

- **transitiv:** Hier erhält die Selbstbestimmung durch Förderung von außen Unterstützung. Vor allem Sozialarbeiter*innen, die den Selbstbestimmungsprozess unterstützend begleiten, spielen hier eine wichtige Rolle. Das Handlungsziel ist folgendermaßen definiert: „Menschen vielfältige Vorräte von Ressourcen für ein gelingendes Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen, auf die diese ‚bei Bedarf‘ zurückgreifen können, um Lebensstärke und Kompetenz zur Selbstgestaltung der Lebenswelt zu gewinnen“ (ebd.: 17).

Empowerment + Menschen mit Lernschwierigkeiten = Selbstvertretung

Ausgehend von der lebensweltlichen Definition von Empowerment von Herringer fordern Selbstvertreter*innen ihre Rechte und ihre Stellung in der Gesellschaft. Unter Selbstvertretung verstehen wir nach Michael Kennedy und Patricia Killius (2004):

„[...] dass Menschen mit Lernschwierigkeiten für ihre Rechte sprechen. Für Leute, die nicht sprechen können, kann das heißen, dass jemand anderer sie darin unterstützt,

was sie sagen wollen. Menschen mit Lernschwierigkeiten sollten das Recht haben, für sich selbst zu sprechen und andere Menschen über ihre Rechte zu unterrichten. Wir werden nicht immer jemanden haben, der sich um uns kümmert. Die Leute müssen hören, was wir wollen, auch wenn sie es nicht wissen wollen. Für sich selbst zu sprechen, kann auch heißen, ein Risiko einzugehen. Manchmal hat man Angst, dass BetreuerInnen nein sagen könnten“ (Kennedy/Killius 2004)².

Recht auf sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung

Zur Selbstbestimmung gehört unter anderem die selbstbestimmte Sexualität. Noch heute fällt es vielen Menschen schwer, Menschen mit Lernschwierigkeiten Sexualität zuzugestehen, geschweige denn anzuerkennen, dass diese auch ein Recht auf sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung haben (vgl. Herrath 2013: 31). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verweist in der Präambel unter Punkt p) auf die „*schwierigen*



Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt, des Alters oder des sonstigen Status *ausgesetzt sind*“ (UN BRK 2016: 5).

Während in vergleichbaren Rechtsübereinkommen auch auf Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung verwiesen wird, fehlt diese jedoch in der UN-Behindertenrechtskonvention, da eine Einigung sonst nicht zustande gekommen wäre (vgl. Arnade 2013: 41). Auch zu geschlechtlicher Vielfalt gibt es hier keine expliziten Hinweise. Allerdings wird in mehreren Artikeln Geschlecht als Kategorie besondere Beachtung geschenkt. So wird z.B. in Artikel 8 (1b) auf Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung hingewiesen, um

„Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, **einschließlich aufgrund des Geschlechts** oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen“ (UN BRK 2016: 10, Hervorhebung der Verfasser*innen).

Das Recht auf Selbstbestimmung in allen Lebenslagen, das dem Rechtsübereinkommen zugrunde liegt, beinhaltet selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht, auch wenn diese keine wörtliche Erwähnung findet (vgl. Arnade 2013:39; Herrath 2013:29). So sieht Arnade insbesondere in Artikel 22 (Achtung der Privatsphäre) und Artikel 23 (Achtung der Wohnung und der Familie) die sexuelle Selbstbestimmung verankert (vgl. Arnade 2013:40).

Wenn also die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behin-



derungen sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung auch nicht explizit erwähnen, so können daraus doch implizite Konsequenzen abgeleitet werden, die für die Soziale Arbeit relevant sind.

Soziale Arbeit und sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung

Soziale Arbeit sieht sich nicht zuletzt seit Staub-Bernasconi als Menschenrechtsprofession und stellt an sich die Forderung, das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen zu achten und gegen Diskriminierungen vorzugehen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass Soziale Arbeit sich und ihr Umfeld für das Thema LGBTIQ*-Menschen mit Lernschwierigkeiten sensibilisiert und damit Diskriminierungen verringert. Um hier für Veränderung zu sorgen, sollen Ziele und Lösungen auf institutioneller und struktureller Ebene formuliert werden. Denkbar wären etwa Teamfortbildungen oder Konzepttage zu Themen der sexuellen und geschlechtlichen Selbstbestimmung

oder zur Prävention von sexualitäts- und geschlechtsbezogener Diskriminierung. Das gemeinsame Erarbeiten einer positiven Haltung gegenüber vielfältigen Formen von Geschlecht und Sexualität soll sich im Leitbild oder daraus abgeleiteten Qualitätsstandards widerspiegeln.

Zum anderen ist die Soziale Arbeit wichtige Partnerin, wenn es darum geht, die sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung zu stärken. Hierfür ist der Erwerb geeigneter Kompetenzen notwendig, um Klient*innen mit Lernschwierigkeiten professionell und diskriminierungsfrei unterstützen zu können. Ulrike Schmauch spricht in diesem Zusammenhang in Anlehnung an die Gender- und die Interkulturellen Kompetenzen vom Konzept der Regenbogenkompetenzen (vgl. Schmauch 2015: 176f).

In der direkten Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten beinhaltet ein professioneller und diskriminierungsfreier Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt die Fähigkeit von Sozialarbeiter*innen, Informationen möglichst barrierefrei und in ge-

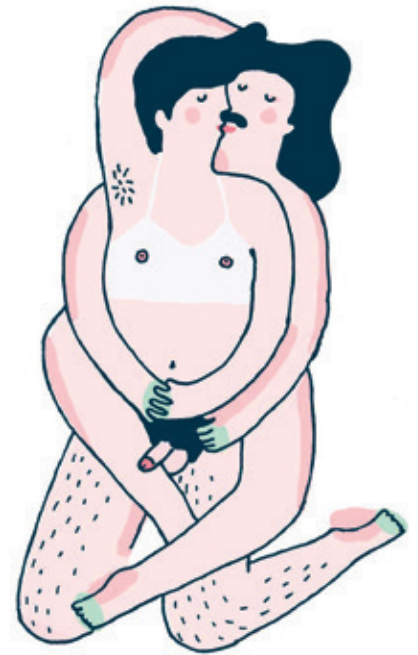
eigneter Sprache zur Verfügung stellen zu können.

Leichte Sprache und Selbstbestimmung

Die Leichte Sprache ist ein Tool der Selbstvertretungs- und Selbstbestimmungsbewegung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Denn nur durch diese Sprache können sie Informationen lesen, verstehen und selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

Der Verein „Leicht Lesen – Texte besser verstehen“ (Mag^a. Maria Seisenbacher und Elisabeth Laister, BA BA) arbeitet mit Leichter und Einfacher Sprache. Texte in Standardsprache werden in eine dieser beiden Sprachen übertragen und von einer Prüfgruppe, die aus der Zielgruppe des Textes besteht, geprüft. Unter Einfacher Sprache verstehen wir die Verständlichkeitsstufen A2+ und B1. Leichte Sprache operiert mit den Verständlichkeitsstufen A1 und A2. Im Gegensatz zur Einfachen Sprache ist das Regelwerk strikter, zum Beispiel muss die Schriftgröße 13 Punkt betragen, die 1,5 Zeilenabstände müssen eingehalten werden und die Satzkonstruktion besteht vor allem aus Subjekt, Prädikat und Objekt, nicht mehr. Trotz standardisierten Regelwerk bleibt die Prüfgruppe letztes und kompetentestes Qualitätskriterium. Nur ein Text, der auch geprüft wurde, ist ein zertifizierter Text in Leichter oder Einfacher Sprache. Die Prüfgruppe besteht aus 3-4 Personen aus der vorher definierten Zielgruppe und fungiert als Expert*innen in eigener Sache – d.h. sie müssen keine Kenntnisse der Leichten Sprache haben, sie sind Expert*innen aus ihren Erfahrungs- und Verständlichkeitswerten.

Immer wieder wird argumentiert, dass Leichte Sprache auch für andere Zielgruppen (z.B. Menschen mit Deutsch als Zweitsprache, Menschen mit mangelnder Lese- und Schreibkompetenz) verwendet werden kann, und nicht



nur Menschen mit Lernschwierigkeiten davon profitieren können. Dem ist bedingt zuzustimmen, da Leichte Sprache die Sprache von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist, um Informationen zu bekommen, die sonst unzugänglich für sie sind. Im Unterschied zur Einfachen Sprache dient sie nicht dem Spracherwerb, da sie nicht immer grammatikalisch korrekt angewendet werden muss. Der Informationserwerb hat hier höchste Priorität. Menschen mit Deutsch als Zweitsprache oder Kinder und Jugendliche mit mangelnden Lese- und Schreibkompetenzen benötigen zum Spracherwerb eine entwicklungsaufbauende Sprache, die eventuell die Einfache Sprache sein könnte. Dennoch, zum Informationserwerb ist die Leichte Sprache auch für diese Zielgruppen natürlich ein Gewinn und kann mitunter Motivationsmotor sein, mehr und dadurch immer besser zu lesen, weil das Geschriebene leichter verstanden wird. Deshalb führen wir folgende Definition der Leichten Sprache des unabhängigen Selbstvertretungszentrums „Wibs“ in Tirol gerne an, auch wenn wir die Differenzen-



zierung von Einfacher und Leichter Sprache überaus wichtig finden:

„Leichte Sprache ist für alle Menschen mit Lernschwierigkeiten wichtig. Aber auch für Menschen die nicht gut Deutsch sprechen oder für ältere Menschen. Denn leichte Sprache hilft schwere Texte besser zu verstehen. Das tolle an leichter Sprache ist: Sie schließt niemanden aus.“
(Wibs 2013)³

Mittlerweile gibt es einige Informationsbroschüren in Leichter Sprache zum Thema Verhütung, Aufklärung und sexualisierte Gewalt. Zum Thema sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt gab es bis jetzt kein spezielles Angebot für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Viele Broschüren streifen das Thema, aber es wurde nie zum Hauptthema gemacht. Ganz allgemein machte der Monitoring Ausschuss zur UN-Konvention für Menschen mit Behinderung im April 2016 auf die Problematik aufmerksam, dass zwar viele Broschüren im Umlauf seien, eine Auseinandersetzung zu speziellen Themen, wie zum Beispiel auch zu Partnerschaft und Kinderwunsch in Leichter Sprache aber ausbleiben. Auch das Beratungszentrum für Frauen mit Lernschwierigkeiten und Behinderung „NINLIL“ insistiert immer wieder, dass mehr Informationsmaterial in Leichter Sprache zu bestimmten Themen benötigt wird. Die Broschüre „Mann. Frau. Und noch viel mehr.“ erscheint Ende Oktober und versucht, eine dieser thematischen Lücken zu schließen. „Sie kann für Sozialarbeiter*innen und Klient*innen eine wertvolle Ressource darstellen, indem sie einerseits die Sachkompetenz von Sozialarbeiter*innen erhöht, ihre Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit LGBTIQ*-Themen stärkt und methodisch in der Arbeit mit

Klient*innen eingesetzt werden kann. Andererseits kann die Broschüre dazu beitragen, Klient*innen, die sich als LGBTIQ* identifizieren, zu stärken, indem sie wichtige Informationen vermittelt und bestärkende Botschaften enthält“ (Haller 2017: 15). Genauere Informationen dazu, wo die Broschüre zugänglich ist, finden Sie auf der Projekthomepage: www.und-nochvielmehr.com.

Literatur

ARNADE, Sigrid (2013): Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit - Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In: Clausen, Jens/ Herrath, Frank (Hg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Stuttgart, 35-46.

HALLER, Paul (2017): Queere Soziale Arbeit. Aktuelle Entwicklungen. In: sit, sozialarbeit in tirol, August 2017, Nr. 96, 14-16.

HERRATH, Frank (2013): Menschenrecht trifft Lebenswirklichkeit: Was behindert Sexualität? In: Clausen, Jens/ Herrath, Frank (Hg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Stuttgart, 19-34.

HERRINGER, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. Stuttgart.

KENNEDY, Michael/KILLIUS, Patricia (2004): Self-Advocacy: Speaking for yourself. New York. Online: <http://bidok.uibk.ac.at/library/kennedy-selbstvertretung.html#idm541248> (Zugriff am 13.09.2017)

SCHMAUCH, Ulrike (2015): Sexuelle Vielfalt und Regenbogenkompetenz in der Sozialen Arbeit In: Bretländer, Bettina/ Köttig, Michaela/ Kunz, Thomas (Hg.): Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, 170-178.

UN-BRK (2016) UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll – Neue deutsche Übersetzung. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Online:

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>

(Zugriff am 13.09.2017).

Wibs (2013): Leichte Sprache. Online: <http://bidok.uibk.ac.at/library/wibs-leichtesprache-l.html> (Zugriff am 13.09.2017).

1 „LGBTIQ*“ steht für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen, wobei das Sternchen hierbei noch Platz für Eigendefinitionen schafft. Diese Begriffe werden in der Broschüre „Mann. Frau. Und noch viel mehr.“ genauer erklärt.

2 <http://bidok.uibk.ac.at/library/kennedy-selbstvertretung.html#idm541248> (zuletzt besucht am 13.09.2017)

3 <http://bidok.uibk.ac.at/library/wibs-leichtesprache-l.html> (zuletzt besucht, am 13.9.2017).

Anton Wittmann

studiert Soziale Arbeit an der FH Salzburg und ist Transgenderreferent der HOSI Salzburg.

Dort ist er auch als Workshop-Leiter beim Projekt „Schule der Vielfalt“ und als Peer-Berater im „Pink Bonsai“-Beratungsteam tätig und begleitet die Gruppe „Liebe, Sexualität und Vielfalt“ für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Als Co-Leiter begleitet er zudem trans* Jugendliche in der „Young*Trans“-Gruppe der Courage Salzburg.

Elisabeth Laister, BA BA

hat Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien und Soziale Arbeit an der FH St Pölten studiert. Sie arbeitete lange Zeit im Bereich der Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und absolvierte ein Zertifikat für Leichte Sprache bei Capito. Sie arbeitet als Sozialarbeiterin bei der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung und im Sozialen Dienst im Kontext der Justizanstalt. Sie ist als Trainerin für Menschen mit Lernschwierigkeiten tätig und ist Mitgründerin vom Verein Leicht Lesen – Texte besser verstehen und Gesellschafterin bei SeiLais GesbR. www.leichtlesen.at

Mag.^a Maria Seisenbacher

hat die Bildungsanstalt für Sozialpädagogik in St. Pölten abgeschlossen und Vergleichende Literaturwissenschaft in Wien studiert. Sie arbeitete im Jugendwohlfahrtsbereich und im Bereich Menschen mit Behinderung und als Unterstützerin in der Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Sie absolvierte das Zertifikat für Leichte Sprache bei Capito, arbeitet als Trainerin für Menschen mit Lernschwierigkeiten und leitet Einführungsworkshops zum Thema Leichte Sprache. Sie ist Mitgründerin vom Verein Leicht Lesen – Texte besser verstehen und Gesellschafterin bei SeiLais GesbR. www.leichtlesen.at.

Bücher

Zusammengestellt von DSA Gabriele Hardwiger-Bartz



Remo H. Largo
Das passende Leben
Was unsere Individualität ausmacht und wie wir sie leben können
2017, S. Fischer Verlag, 480 Seiten,
gebunden, 24,70 Euro

Jeder wünscht sich ein erfülltes Leben. Doch so simpel es scheint, so schwer ist es, im Einklang mit sich und anderen zu leben. Meist gilt es, fremdbestimmte Erwartungen zu erfüllen.

Welche besondere Rolle die menschliche Individualität dabei spielt und was sie ausmacht, hat der (Anmerkung: Schweizer) Entwicklungsforscher Remo H. Largo jahrzehntelang erforscht. In seinen einzigartigen Langzeitstudien begleitete er Generationen von Kindern und Erwachsenen.

Nun zieht er die Summe seiner Erkenntnisse, die er im „FIT-Prinzip“ zusammenfasst. Eine ganzheitliche Sichtweise, die die Vielfalt unter den Menschen und die Einzigartigkeit jedes Einzelnen nicht nur als Fundament der Evolution, sondern als Grundlage unserer Existenz versteht. Er beschreibt eindrücklich, welche Grundbedürfnisse, wie z.B. Geborgenheit und Selbstentfaltung, welche Kompetenzen, wie z.B. Empathie und Kommunikationsvermögen und welche Vorstellungen uns formen ...“ (aus dem Klappentext).

Es wird ein weiter Bogen gespannt vom biologischen, soziokulturellen Werdegang des Menschen, dem Zusammenwirken von Anlage und Umwelt, der Entwicklung von Bewusstsein und Unterbewusstsein, von Gehirn- und Individualitätsentwicklung bis hin zu den bestimmenden Grundbedürfnissen und Überzeugungen und der Stellung des Menschen in Natur und Umwelt.

Der Zusammenhang zwischen der menschlichen Individualität (Ausprägung seiner Grundbedürfnisse, seiner spezi-

ellen Kompetenzen, Vorstellungen und Erfahrungen) und den Auswirkungen von individuellen Lebensumwelten und gesellschaftlichen Umwälzungen auf die Befindlichkeit und Bewältigungsmöglichkeiten von Kindern und Erwachsenen wird dargestellt.

Der Autor erläutert anschaulich das „Fit-Prinzip“, wonach es ein Urbedürfnis des Menschen ist, seine Individualität in Übereinstimmung mit der Umwelt zu leben und damit sein Wesen zu verwirklichen“ und welche „Misfit-Situationen“ Kinder und Erwachsene belasten, bzw. was für deren Überwindung förderlich bzw. hinderlich ist. Es geht um Achtsamkeit beim Erkennen von unterschiedlichsten Kompetenzen und Bedürfnissen - und die Zulassung von Unterschieden und Schwächen - und damit macht sich der Autor stark für eine Absage an Gleichförmigkeit und Gleichmacherei.

Das Buch kann sicher als Gegenpart zur allumfassenden Ratgeberliteratur (von der Art: jede/r kann alles können und leisten, wenn er/sie sich nur bemüht und alle Ratsschläge befolgt...).

Gut zu lesen, kurzweilig, interessant - aber keineswegs trivial. Genau, aber nicht ins kleinste Detail gehend. Auch Zusammenhänge zwischen verschiedenen Wissensgebieten werden gut nachvollziehbar dargestellt. Sehr empfehlenswert für Studium und Praxis.



Frank Weidner, Hartmut Emme von der Ahe, Anke Lesner, Udo Baer (Hrsg.)

Alter und Trauma
Unerhörtem Raum geben

Abschlussbericht zum Projekt „Alte Menschen und Traumata - Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventions- und Fortbildungsmöglichkeiten“

2016, Mabuse Verlag, 134 Seiten,
Euro 36,00

Das dreijährige Verbundprojekt „Alter und Trauma“ bot Hilfen für traumatisierte Ältere, deren Angehörige und Pflegekräfte. Es öffnete Räume in Altersheimen und Pflegegeschulen, auf Tagungen und in Vortrags-sälen, in den Medien (...). Ansätze wurden erprobt, darunter der Aufbau regionaler Netzwerke, Gruppen- und Einzelangebote, Konzepte für die Altenhilfe, Erzählcafés, Unterrichtsmaterialien für die Pflegeausbildung und Beratungsangebote online...“ (aus dem Klappentext).

Auch wenn es im professionellen und privaten Umgang mit alten Menschen (so wie auch von diesen selbst) häufig ausgeblendet wird - so sind aktuell bei den über 65-Jährigen viele von massiven Traumata betroffen. Dies macht das Leben für die Betroffenen selbst - wie auch den Umgang mit ihnen in der Pflege und Betreuung - oft zu einer großen Herausforderung.

Die AutorInnen gehen der Frage nach, welche Hilfen die Betroffenen, ihr Umfeld bzw. professionelle Helfer/innen benötigen und welche auch umsetzbar sind bzw. angenommen werden. Was ist sinnvoll und bewährt sich? Wo tun sich besondere Schwierigkeiten auf und wie lassen sich diese vermeiden? Der Bericht ist ausführlich, gut verständlich, praxisorientiert, konkret, übersichtlich und interessant. Empfehlenswert für Studium und Praxis.

HINWEISE

Klaus Wicher (Hrsg.)
**Altersarmut: Schicksal ohne
Ausweg? Was auf uns zukommt,
wenn nichts geändert wird**
2017, VSA Verlag, 192 Seiten,
Euro 17,30

Pietro Barolo, Lidia Tilotta
**An das Leid gewöhnt man sich
nie. Mein Leben als Arzt auf
Lampedusa**
2017, Suhrkamp TB, 172 Seiten,
Euro 10,10, auch als eBook erhältlich

