

# SIÖ



Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich

## DIE SOZIALE DIMENSION VON GESUNDHEIT



# Wir schreiben seit 1968 über Soziale Arbeit.



Die SIÖ erscheint viermal jährlich und wird vom Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit (obds) herausgegeben. Sie richtet sich an alle Mitglieder des obds und an Personen, die Interesse an die Soziale Arbeit betreffende Themen haben. Die Fachzeitschrift enthält aktuelle Informationen rund um den obds sowie Entwicklungen in der sozialen Landschaft in Österreich mit jeweiligen fachspezifischen Schwerpunktthemen, die aus wissenschaftlicher und praktischer Perspektive beleuchtet werden. Ebenso werden spannende Projekte, Innovationen und Konzepte in Praxis und Theorie der Sozialen Arbeit vorgestellt.

## Editorial

Die soziale Dimension von Gesundheit



Andreas Pavlic

Liebe Leser\*innen!

Die SIÖ geht dieses Mal mit einem brisanten Thema in den Sommer. Es geht um die verschiedenen Facetten von Gesundheit, vor allem in ihrer sozialen Dimension. Die politischen Fragen, die sich daran anknüpfen lassen, der Umgang mit sozialen Ungleichheiten beispielsweise, zeigt sich wiederum im Arbeitsalltag von Sozialarbeiter\*innen oder Sozialpädagog\*innen. Im Speziellen geht es in dieser Ausgabe um ein Verständnis von Sozialer Arbeit als Beruf zur Förderung von Gesundheit. Bei diesem Themenschwerpunkt spannen wir einen Bogen, der von grundlegenden theoretischen und konzeptionellen Überlegungen ausgeht und zu konkreten Erfahrungen aus der Praxis führt. Diese Mischung macht nicht nur die Qualität der SIÖ aus, sondern darin zeigt sich die Qualität der Sozialen Arbeit insgesamt, denn sie baut auf beidem: auf Forschung bzw. Lehre und Praxis.

Am 17. April fand in der AK in Wien eine Veranstaltung zum Thema „Die (un)endliche Geschichte des Berufsgesetzes

der Sozialen Arbeit“ statt, die der obds und die ogsa, mit Gewerkschaften sowie der Arbeiterkammer organisierten. Das Berufsgesetz steht also wieder auf der Tagesordnung. Im Moment bewegt sich auch einiges, es werden Gespräche mit dem Ministerium geführt, auf verschiedensten Ebenen wird diskutiert und von unterschiedlichen Seiten gibt es Stellungnahmen und Beiträge. Das ist gut. Das Thema Berufsgesetz wird die Soziale Arbeit wahrscheinlich noch einige Zeit beschäftigen, sowie auch uns in dieser Ausgabe.

Zum Gelingen dieses Heftes trugen wieder viele Hände und Köpfe bei. Der Dank geht an die Autor\*innen und das Redaktionsteam. Allen Leser\*innen wünsche ich viel Freude an der SIÖ.

Für die Redaktion  
Andreas Pavlic  
redaktion@obds.at

### IMPRESSUM

Soziale Arbeit in Österreich (SIÖ): Fachzeitschrift für Soziale Arbeit seit 1966; Erscheinungsort 1060 Wien; Auflage: 2.000 Stück. Herausgeber, Medieninhaber und Verleger: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit – obds, A-1060 Wien, Mariahilferstraße 81/1/14, www.obds.at, redaktion@obds.at; Hersteller: w i e n w o r k - integrative Betriebe und AusbildungsgmbH, A-1220 Wien, Maria-Tusch-Straße 21

Redaktion: Theresa Luxner, Josefina Egg, Sophie Lindtner, Paul Haller, Rudi Rögner; Lektorat: Anna Szolga; Gestaltung: Florian Sitz; Titelseite: Adobe Stock; Bilder & Fotos: Adobe Stock (wenn nicht anders gekennzeichnet); Mitarbeiter\*innen der Ausgabe: Julia Pollak, Gerlinde Blemenschütz-Kramer, Christoph Redelsteiner, Roland Anhorn, Bernhard Rubik, Daniela Schinko, Barbara Unterlerchner, Theresa Hammer, Heidelinde Luger, Monika Lengauer, Christian Posch, Marina Salmhofer

Über zugesandte Beiträge freut sich die Redaktion, behält sich aber vor, diese zu redigieren oder abzulehnen. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind die Autor\*innen verantwortlich und müssen nicht der Auffassung der Redaktion entsprechen.



# Schwerpunkt.

Diese Ausgabe widmet sich dem Thema der Gesundheit, jedoch mit dem Fokus auf ihre soziale Dimension. Dies ist jener Bereich, in der die Soziale Arbeit auch tätig ist. Dabei gehen wir von einem Gesundheitsbegriff aus, den die WHO bereits 1948 formulierte und bei dem es um das physische, seelische/ psychische und soziale Wohlbefinden geht. Diese drei Dimensionen werfen zutiefst politische Frage auf, die Soziale verstärkt jene nach gesellschaftlichen Ungleichheiten.



Daran anschließend soll u.a. diskutiert werden, was dies für die Profession der Sozialen Arbeit bedeutet, welche Rolle die Gesundheit in der Klient\*innenarbeit spielt oder wie der Zugang zum Gesundheitssystem organisiert ist.

Und was bedeutet eigentlich Gesundheit in Zeiten der vermehrten Pathologisierung, des inflationär verwendeten Terminus der Traumatisierung inklusive seiner Einschluss- bzw. Ausschlussmechanismen.

# Inhalt

AUSGABE 221 – JUNI 2023

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| »GESUNDHEIT UND SOZIALE ARBEIT«                                 | 8  |
| »ÜBER DAS VERHÄLTNIS VON SOZIALER ARBEIT UND GESUNDHEIT«        | 16 |
| »SOZIALE ARBEIT – LET’S DO A BRADBURY!«                         | 24 |
| »DAS PHÄNOMEN DESORGANISIERT LEBEN«                             | 28 |
| »NIEDERSCHWELLIGE SOZIALARBEIT«                                 | 32 |
| »KOLUMNE: KOMMENTAR AUS DER REDAKTION«                          | 37 |
| »SOZIALE ARBEITSSPLITTER«                                       | 38 |
| »KOLUMNE: MIT RECHT GEGEN DISKRIMINIERUNG«                      | 41 |
| »DIE NEUE HOFFNUNG AUF EIN BERUFSGESETZ«                        | 42 |
| »QUALITÄTSVOLLE BETREUUNG IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN STÄRKEN« | 45 |
| »NACHSCHAU: WORLD SOCIAL WORK DAY«                              | 50 |

## THEMENSCHWERPUNKTE DER NÄCHSTEN AUSGABEN

SIÖ 222, Arbeitstitel „kritische Männlichkeit“  
3. Ausgabe, Redaktionsschluss 31.07.2023, erscheint im September 2023

SIÖ 223, Arbeitstitel "Wohnen und Soziale Arbeit"  
4. Ausgabe, Redaktionsschluss 31.10.2023, erscheint im Dezember 2023

SIÖ 224, Arbeitstitel „Klimawandel als Herausforderung der Sozialen Arbeit“  
1. Ausgabe, Redaktionsschluss 31.01.2024, erscheint im März 2024

Sollten Sie Interesse an einer Mitarbeit haben, freuen wir uns über Kontaktaufnahme unter [redaktion@obds.at](mailto:redaktion@obds.at).

# obds

aktuell

ÖSTERREICH

Gerlinde **Blemenschitz-Kramer**, Julia **Pollak**

Liebe Leser\*innen,

auch die zweite Kolumne, die wir als Geschäftsführerinnen des obds verantworten dürfen, steht – wie schon die erste und hoffentlich viele folgende – unter dem Motto: Gemeinsam – Soziale Arbeit – Gestalten. Der letzte Beitrag wurde knapp vor dem World Social Work Day verfasst. In „gefühlter Zeit“ ist das schon eine kleine Ewigkeit her.

## GEMEINSAM

Im Rahmen des World Social Work Days (WSWD) ist es uns Professionsangehörigen gelungen, Soziale Arbeit in ihrer Vielfalt und ihrer Bedeutung darzustellen. Der WSWD bot auch in diesem Jahr einen Rahmen für unterschiedliche Veranstaltungen und Formate in ganz Österreich. Die Poster, die noch immer in zahlreichen Einrichtungen und Ausbildungseinrichtungen hängen, sind bleibende Erinnerungen und Eindrücke davon. Eine Zusammenschau ist auf der Homepage des obds zu finden. Ebenso ist die Aufzeichnung der Online Diskussion „Wer wir sind – was wir tun. Berufsbild, Identifikationsrahmen und Berufsgesetz in Diskussion“, die von der Alpen Adria Universität in Kooperation und mit Beiträgen von obds, AvenirSocial sowie dem Österreichischen Fachverband für akademische Sozialpädagogik (ÖFAS) stattgefunden hat als „Nachschau“ auf dem YouTube Kanal des obds zu finden.

Gemeinsam mit Arbeiterkammer, der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) sowie Gewerkschaften fand am 17.04.2023 die Veranstaltung „Die (un)endliche Geschichte des Berufsgesetzes der Sozialen Arbeit“ statt, über die wir hier an dieser Stelle nicht ausführlich berichten. Entsprechende Beiträge finden sich nicht nur in dieser Ausgabe des SIÖ (danke an unseren Chefredakteur Andreas für die pointierte Zusammenfassung!), sondern auch auf der Homepage der AK sowie auf der Homepage des obds in Form von FAQ-Einträgen. An dieser Stelle wollen wir uns nochmals bei allen bedanken, die an der Veranstaltung teilgenommen und damit zu ihrem Gelingen beigetragen haben. Gemeinsam ist es uns an diesem Tag gelungen, das Interesse der Community am Thema auch gegenüber Politik und Verwaltung, allen voran BM Johannes Rauch, darzustellen. Danke!

## SOZIALE ARBEIT

Die Auseinandersetzung mit unserer Profession, der Sozialen Arbeit, und die berufspolitischen Tätigkeiten standen und stehen derzeit im Zentrum der Arbeit des Berufsverbands. Ende April fand ein weiterer Austausch mit dem BMSGPK zum Thema Bezeichnungsschutz statt. Der obds begrüßt den Vorschlag des Ministeriums für einen Bezeichnungsschutz als einen ersten, notwendigen Schritt zur Umsetzung eines umfassenden Berufsgesetzes für die Soziale Arbeit. Wir hoffen auf weitere Entwicklungen in dieser Sache und konstruktive Gespräche und Diskurs sowohl innerhalb der Fachcommunity als auch mit Stakeholdern aus Politik, Verwaltung und anderen Professionen. Nur gemeinsam kann es gelingen, durch den Bezeichnungsschutz eine fundierte Grundlage für weitere berufsrechtliche Regelungen zu schaffen und damit zur Qualitätssicherung in der Sozialen Arbeit, zum Schutz der Adressat\*innenrechte und die Basis für Regelungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu schaffen. Der Beschluss der Bundesarbeitskammer vom Mai 2023, in dem einstimmig ein Berufsgesetz für Soziale Arbeit gefordert wird, die Anfrage der Partei NEOS an das BMSGPK und Rückmeldungen aus der Sozialwirtschaft zeigen eine breite, fraktionsübergreifende Unterstützung für unsere Forderungen. Der Fachkräftemangel im Gesundheits- und Sozialbereich, der sich nicht auf Angehörige der Pflegeberufe beschränkt, sondern auch Sozialpädagog\*innen und Sozialarbeiter\*innen umfasst, macht deutlich: Es braucht einerseits eine Aufstockung der Ausbildungsplätze auf Ebene der Fachhochschulen und andererseits einen intensiven Diskurs darüber, welche strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen notwendig sind, damit weiterhin qualitätsvolle Soziale Arbeit geleistet werden kann.

## GESTALTEN

Nach den Veränderungsprozessen, die der obds auf struktureller, organisationaler und personeller Ebene in den letzten Jahren durchlaufen hat, hoffen wir, nun auf eine Phase der Konsolidierung, um kontinuierlich

und strukturiert die gemeinsame Arbeit fortzusetzen. Gleichzeitig zeigt sich nun durch den umfassenden Überblick über Einnahmen und Ausgaben sowie die Fixkosten des obds deutlich, dass der obds wirtschaftlich nicht in der Lage ist, die vielfältigen Erwartungen, die an den Berufsverband der Sozialen Arbeit gerichtet werden, zu erfüllen. Das ist keine Überraschung. Auch in den vergangenen Jahrzehnten war die Finanzlage des Gesamtverbandes immer mehr oder weniger prekär. Die Lösungsversuche lagen in Ehrenamtlichkeit oder Finanzierung durch Projekte.

Der Zusammenschluss der Professionsangehörigen innerhalb des obds erfolgt auf freiwilliger Basis – es gibt weder einen hohen Organisationsgrad innerhalb der Profession noch eine Verpflichtung zur Mitgliedschaft. Das bedeutet in der Umkehrung, dass unser Einfluss und unsere Stärke vom Engagement und einer freiwilligen Mitgliedschaft beim obds abhängig ist. Die politische und fachliche Unabhängigkeit des Berufsverbandes und seine autonomen Strukturen stellen einerseits eine Stärke dar – sie ermöglichen das selbstbewusste Vertreten fachlicher und berufspolitischer Positionen. Gleichzeitig offenbaren sie eine entscheidende Schwäche – vor allem im Vergleich mit anderen Verbänden: Der Berufsverband gilt steuerrechtlich nicht als gemeinnützig, entsprechende Förderungen können daher nicht beantragt werden. Administrative Tätigkeiten sowie die Mitgliederverwaltung im eigenen Büro in Wien samt entsprechender Ausstattung verursachen hohe Fixkosten. Den Handlungsmöglichkeiten und der Lobbyarbeit des obds sind damit – sobald sie mit wie immer gearteten Kosten für Personal, Öffentlichkeitsarbeit, Reisetätigkeiten etc. verbunden sind, enge Grenzen gesetzt.

Jede und jeder einzelne kann aber dazu beitragen, den obds und damit die Soziale Arbeit zu stärken! Nicht nur durch aktive Mitarbeit, sondern bereits durch Zahlung des Mitgliedsbeitrags! Rund ¾ der Einnahmen des obds werden durch Beitragszahlungen seiner Mitglieder Erlöst! Eine höhere Zahl an Mitgliedern ist damit ein entscheidender Faktor, um die berufspolitische Tätigkeit des obds abzusichern. Sprich Kolleg\*innen auf den obds an! Nicht nur für die Praxis der Sozialen Arbeit sind strukturelle Voraussetzungen und entsprechende Rahmenbedingungen Grundlage für qualitätsvolle Arbeit! Auch für den obds und seine berufspolitische Tätigkeit gilt: die strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sind entscheidend für das Ausmaß und die Form der kontinuierlichen Tätigkeit, für Wirksamkeit und Nachhaltigkeit! In diesem Sinn hoffen wir auf Unterstützung, um mit vereinten Kräften gemeinsam Soziale Arbeit zu gestalten.

PS: Vielleicht haben Sie beim Lesen den Eindruck gewonnen, dass zwischen diesen Zeilen eine gewisse „Müdigkeit“ durchscheint. Dieser Eindruck täuscht nicht. Nach mehr als zwei Jahren auf vielen Ebenen fordernder Arbeit im obds

wird es Zeit, unsere Batterien neu aufzuladen. Wir schauen auf uns – und werden deshalb im Juli eine Sommerpause einlegen und nur für administrative Angelegenheiten sehr eingeschränkt erreichbar sein – um im Herbst wieder durchzustarten und weiterhin gemeinsam Soziale Arbeit gestalten zu können.



**Julia Pollak, Gerlinde Blemenschitz-Kramer**  
Geschäftsführung | [soziale.arbeit@obds.at](mailto:soziale.arbeit@obds.at)

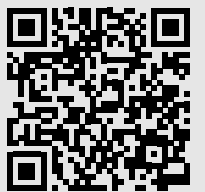
# DIE ZEIT IST REIF

Gestalten wir gemeinsam eine solidarische Gesellschaft! Werde noch heute Mitglied, egal ob als Privatperson oder als Einrichtung mit einer Fördermitgliedschaft.

In Zeiten wie diesen, wo politisch ein rauer Wind weht, ist es wichtig gemeinsam einzustehen für die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt!

Ein starker Berufsverband der Sozialen Arbeit braucht Mitglieder, er braucht dich!

Join us on







# Gesundheit und Soziale Arbeit

Christoph Redelsteiner

## EINLEITUNG

Dieser Beitrag behandelt einleitend die engen Querbeziehungen zwischen Sozialem und Gesundheit und die lange Tradition von Sozialarbeiter\*innen als Gesundheitsfachkräfte. Ein zeitgemäßes Verständnis von sozialen und gesundheitlichen Problemen kommt ohne Betrachtung der Wechselwirkungen nicht aus. Körperliche Krankheiten können rein körperliche, aber auch soziale und psychische Ursachen haben. Psychische Krankheiten können ebenso körperliche, soziale und psychische Ursachen haben. Menschen, die unter Armut, Diskriminierung oder sozialer Isolation leiden oder über geringes Einkommen oder geringe Bildung verfügen, sind gefährdeter für chronische Krankheiten, haben weniger gesunde Lebensjahre und eine geringere Lebenserwartung (vgl. zB Bergmann 1979). Eine Abfrage unter den Stichworten „Health and Poverty“ zeigt auf „Pubmed“ (medizinwissenschaftlichen Informationsplattform) 58.170 Studien; das Suchstichwort „Social Work“ ergibt 184.434 dort gelisteter Studien. Armutsbekämpfung und der Beitrag von Sozialarbeiter\*innen dazu sind also auf der wissenschaftlichen Ebene international durchaus angekommen. Social workers sind insbesondere im angloamerikanischen Raum fester Teil von Healthcareteams, operativ nahe an den Patient\*innen, sehr aktiv Menschen aufsuchend und nicht rein im Office aktiv. Die Implementierung von Sozialarbeiter\*innen auf Ebene von Konzepten und Richtlinien und die systematische Einbindung auf operativer Ebene sind insbesondere im

Bereich der Krankheitsbewältigung ausbaubar. So sind Sozialarbeiter\*innen in Krankenhäusern Mangelberufe, Kliniken werden von „Dauernutzer\*innen“ überlastet – ein klares Anzeichen von fehlendem Entlassungsmanagement, Casemanagement und Fehlsteuerung von Ressourcen und Professionen. Der zweite Teil des Beitrages widmet sich daher dem Thema „Sozialarbeiter\*in als Gesundheitsberuf“.

## GESCHICHTLICHE ASPEKTE DER SOZIALEN ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Die Geschichte der Sozialen Arbeit ist traditionell eng mit Themen der Gesundheit verbunden. Jane Addams gründete 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, Lärm ausgesetzt waren, unter Alkohol- und Drogenkonsum litten und kaum Zugang zu Bildung hatten. Ilse Arlt, Wegbereiterin der professionellen Sozialen Arbeit in Österreich bildete ab 1912 „Fürsorger\*innen“ aus und beschreibt dreizehn Grundbedürfnisse.

Auch wenn manche der Begriffe heute anders formuliert würden, sind auch in Mitteleuropa viele dieser Bedürfnisse für Menschen gefährdet oder nicht gesichert. Arlt entwickelte damit ein biopsychosoziales Modell von Gesundheitsdeterminanten mit vielen praktischen Beispielen, die auch konkrete Interventionsmöglichkeiten aufzeigen.

## GESUNDHEIT IST OHNE SOZIALE DIMENSIONEN NICHT DEFINIERBAR

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

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“. (Hurrelmann 2010)

Für die sozialarbeiterische Praxis besonders interessant ist die Darstellung von Gesundheit als „Ausgleichskompetenz“ für Anforderungen unserer Umwelt: „Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden

und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“ (Badura & Hehlmann 2003:18) Netzwerkkarten nach Pantuček-Eisenbacher sind ein dazu passendes diagnostisches Instrument, der (Wieder-)aufbau und die Stärkung des sozialen Netzwerkes durch Einbindung familiärer, nachbarschaftlicher und institutioneller Ressourcen Kernkompetenz von Sozialarbeiter\*innen im Rahmen der Krankheitsbekämpfung und Gesundheitserhaltung.

## UNGLEICHE LEBENSVERHÄLTNISSE ALS GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Gesundheit wird nicht nur von der genetischen Disposition, dem persönlichen Risiko- und Gesundheitsverhalten („Selber schuld...hätte man nicht...“) definiert. Sie ist nicht nur durch Lebensstil und „Wohlverhalten“ – also die individuelle Lebensweise - steuer- und erhaltbar, sondern wesentlich auch von Lebensbedingungen – also sozialen Determinanten - abhängig:

## DREIZEHN GRUNDBEDÜRFNISSE DER MENSCHEN NACH ILSE ARLT (Arlt 1958)

| Grundbedürfnis                              | Beispiele                                                                                                               |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernährung                                   | ausreichend, frisch, nicht zu lange Kochzeit – sonst gibt es nur Wurst und Käse                                         |
| Wohnung                                     | eigener Schlafplatz, gesicherter Platz zum Aufgabenschreiben, Sonnenlicht, trockene Wände                               |
| Körperpflege                                | keine Badegelegenheit, Wasser am Gang, ein Handtuch für mehrere Personen, keine Zahnbürste                              |
| Bekleidung                                  | kein passendes Schuhwerk, keine Ausrüstung, um bei Skiausflügen, Wandertagen mitzugehen                                 |
| Erholung                                    | Nachtruhe zu kurz, kein eigenes Bett, Hausarbeit statt freiem Spiel als Gegengewicht zu Schulanstrengungen              |
| Luft                                        | Feuchtigkeit in der Wohnung, schlechte Luft, wenig Erholung im Freien durch Laufen, Schwimmen                           |
| Erziehung                                   | Zeitmangel der Eltern, sorgfältig nach guten Grundsätzen, Ausflüge mit Eltern als Gelegenheit zur Aussprache, Belohnung |
| Geistespflege                               | Bildung, Bücher, Freude am Lesen, vorhandene Talente fördern                                                            |
| Rechtsschutz                                | Durchsetzung von Ansprüchen                                                                                             |
| Familienleben                               | Grundlage für Soziale Netzwerke                                                                                         |
| Ärztliche Hilfe /Krankenpflege              | guter Zahnstatus, Zugang zu regelmäßigen Untersuchungen, ...                                                            |
| Unfallverhütung und Erste Hilfe             | gut beleuchtete Treppen, niemand muss in Küche, wo mit Gas gekocht wird, schlafen                                       |
| Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit | Spiel als Vorläufer des Arbeitens, Anleitung                                                                            |

Im Bereich der Umwelt z.B. durch Gesellschaftssysteme, die Menschen unterdrücken oder verfolgen, wo Menschenrechte systematisch nicht beachtet werden, Recht schwer durchsetzbar ist und schlechte wirtschaftliche Bedingungen vorhanden sind. Krieg, Gewalt, Zugang zu (Trink-)Wasser, klimatische Bedingungen wie Hitze- und Kälteperioden, Trockenheit, Luftqualität nicht nur im unmittelbaren Wohnraum, sondern auch in Bezug auf Feinstaubbelastungen oder CO2 Emissionen sind weitere Einflussfaktoren.

Ernährung, Arbeit, Einkommen, Zugang zu Mobilität, einfacher Zugang zu Bildung, niederschwellig zugängliche und zuverlässige medizinische und soziale Infrastruktur, leistbare kulturelle Angebote, Möglichkeiten unterschiedlicher sportlicher Betätigung, lokale oder berufliche Interessen gemeinsam zu vertreten, sich zu solidarisieren, sind Grundlagen für gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen. Freundschaften und Beziehungen zu haben, seine spirituellen, politischen Interessen ebenso wie sexuelle Orientierungen und Genderidentität ohne Diskriminierung leben zu können, sind individuelle und gesellschaftspolitische Aspekte der Gesundheit. (vgl. WHO 2008; Hurrelmann 2022)

Die sozialen Determinanten der Gesundheit werden auch kompakt im Artikel 25 der „Allgemeine Erklärung

der Menschenrechte“ zusammengefasst: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Vereinte Nationen 1948)

Real sind Einkommen, Bildung, Arbeit, Vermögen, soziales Kapital in Wechselwirkung stehende Faktoren, die sozial differenziert über Nationen, Bevölkerungsgruppen, Geschlechter verteilt sind und auch zu gesundheitlicher Ungleichheit führen. Einkommen ist verstärkt ein kritischer Faktor beim Zugang einer Person zu rascherer medizinischer Versorgung (Wahlarzt/Wahlärztin, Selbstzahlung einer Untersuchung...), gesunder Ernährung, sicherem und attraktiverem Wohnraum und Bildung. Menschen mit einem höheren Bildungsniveau haben Zugang zu besser bezahlter Arbeit, damit verbunden eine höhere Autonomie in Bezug auf Inhalt der Arbeit und zeitlicher Disposition der Aufgaben. Sie kennen auch informelle und direktere Zugangswege zur Gesundheitsversorgung, z.B. durch persönliche Beziehungen. Bildung fördert die Gesundheitskompetenz und verbessert die Fähigkeiten,

durch Recherche von gesicherten Informationen selbstbestimmtere und fundiertere Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen, beispielsweise Argumente für oder gegen eine Medikation oder Operation abzuwägen und individuell damit verbundene Risiken leichter zu identifizieren.

### MEHR SOZIALE GLEICHHEIT = MEHR GESUNDHEIT

Auch aktuelle sozialepidemiologische Forschungen belegen, dass Länder mit einem höheren Maß an Einkommensungleichheit schlechtere Gesundheitsergebnisse, ein geringeres Maß an sozialer Mobilität und eine höhere Kriminalitäts- und Gewalttrate aufweisen. Ungleichheit führt zu sozialen Spaltungen, reduziert Vertrauen und sozialen Zusammenhalt und ruft negative soziale und auch individuell psychologische Auswirkungen hervor, die allengesellschaftlichen Schichten schaden. Die Verringerung von Einkommensungleichheit würde erhebliche Vorteile für die Gesellschaft als Ganzes haben, verbesserte Gesundheitsergebnisse, ein höheres Maß an sozialem Vertrauen und eine größere soziale Mobilität. (vgl. Wilkinson / Pickett 2009)

Auch unter diesem Aspekt sind Maßnahmen zur Verringerung der Einkommensungleichheit, wie progressive Besteuerung, existenzsichernde Löhne und Zugang zu bezahlbarem Wohnraum, Gesundheitsversorgung, Bildung und ein bedingungsloses Grundeinkommen zu diskutieren.

Auf der operativen Ebene sind gerade hier die Schwerpunkte von Sozialarbeiter\*innen zu sehen. Es geht primär um die Sicherung dieser grundlegenden Gesundheitsdeterminanten, gegebenenfalls um das Erämpfen dieser Zugänge, Ansprüche, Stärkung der (Menschen-)rechte der Nutzer\*innen und erst sekundär um Aspekte wie psychosozialen Support, sozialpädagogische Interventionen. Einer Schülerin durch nichtbeschämende Ressourcenbeschaffung, gegebenenfalls durch Überzeugung der Eltern die Mitfahrt zu Schulsportwoche zu ermöglichen, ist die wichtigere Funktion, als „kampflos“ bei der Bewältigung der Trauer über das Zurückgelassensein in der Parallelklasse – als stille Exklusion – zu unterstützen. Insofern sind auch Handlungsfelder wie Schulsozialarbeit, Wohnungslosigkeit, Gewaltschutz, Erwachsenenvertretung, Jugendwohlfahrt, Frauen- und Männerberatung, Bewährungshilfe, Arbeit mit besonderen Populationen wie LGBTIQ+ etc. Räume, wo sozialarbeiterische Interventionen Gesundheit fördern und Krankheit lindern.

Sozialarbeiter\*innen arbeiten auch wertschätzend mit besonders marginalisierten Gruppen wie wohnungslosen Menschen, straffälligen Personen und Menschen auf der Flucht, die oft mit erheblichen Hindernissen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung und anderen sozialen Diensten konfrontiert sind. Durch die Bereitstellung

kultursensibler angemessener Dienstleistungen können Sozialarbeiter\*innen dazu beitragen, die Kluft zwischen diesen Gruppen und dem Gesundheitssystem zu überbrücken.

Als Gesundheitsberuf direkter erkennbar sind Sozialarbeiter\*innen in unmittelbaren krankheitsbezogenen Settings wie Suchtberatung, Rehabilitation, Krankenhäusern, Arztpraxen, Primärversorgungseinheiten, sozialpsychiatrischen Diensten, Akutsozialarbeit, Unterstützung pflegende Angehöriger, Casemanagement und Entlassungsmanagement.

### GESUNDHEITSBERUF SOZIALARBEITER\*IN. ES BRAUCHT GESETZLICHE ANERKENNUNG

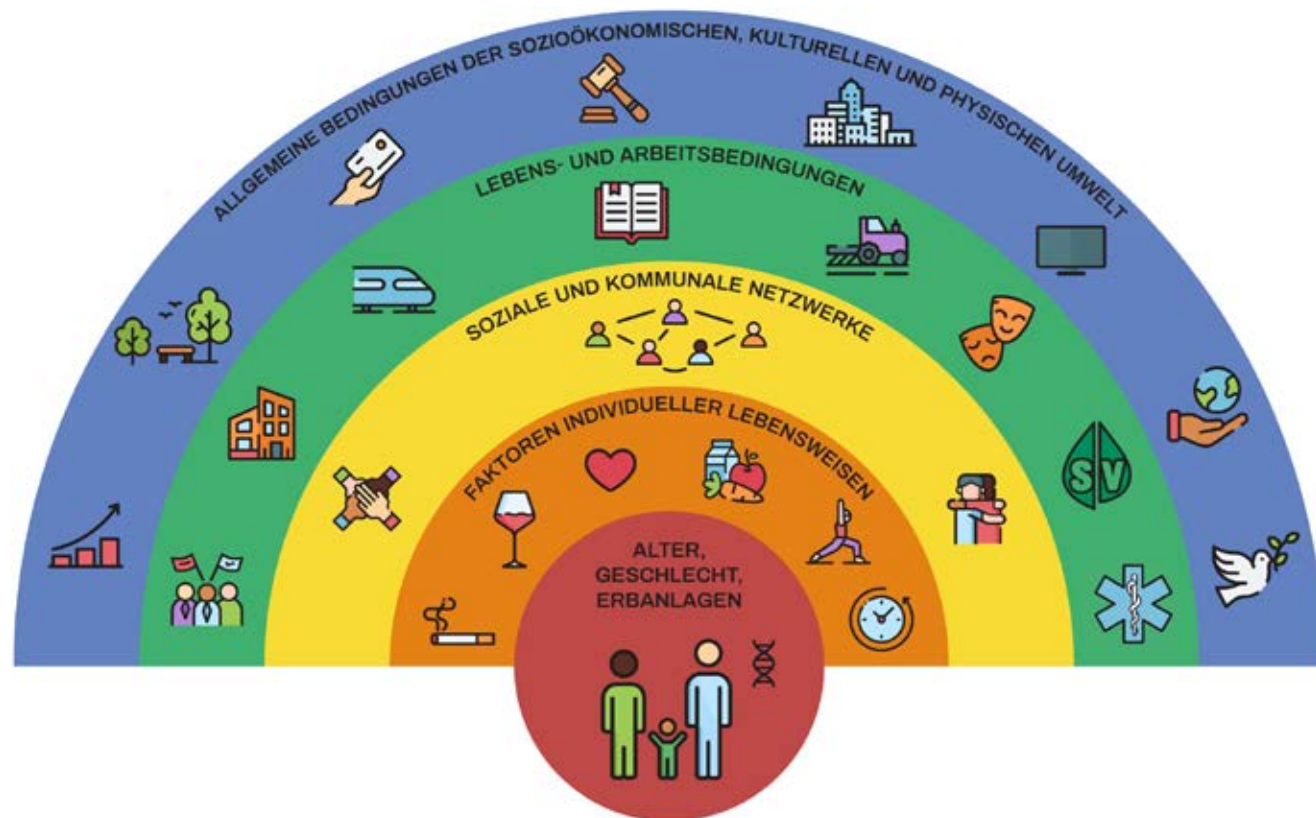
Aktuell gibt es in Österreich je nach zählweise rund 40 anerkannte Gesundheitsberufe, die in 17 Kategorien zusammengefasst werden. (vgl. BMSGPK 2020) Ein Teil dieser Berufe ist in Ständeslisten, 10 weitere sind in einem Gesundheitsberufsregister erfasst. Ziel der Registrierung ist einerseits die Plan- und Steuerbarkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen, wenn Menge, Alter und Qualifikationsstand der Fachkräfte bekannt sind. Ebenso wird „den langjährigen Forderungen nach Qualitätssicherung und Patientensicherheit Rechnung getragen. Durch den öffentlichen Teil des Registers wird Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Berufsangehörigen, Patientinnen/Patienten und DienstgeberInnen geschaffen.“ (BMSGPK 2023)

Gesundheitsbezogene Gewerbe wie Humanenergetiker\*innen, Lebens- und Sozialberater\*innen oder Zahntechniker\*innen zählen nicht zu den Gesundheitsberufen und haben Regelungen in der Gewerbeordnung. (vgl. BMSGPK 2020:5)

Beispielsweise sind Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, klinischen Psycholog\*innen, Gesundheitspsycholog\*innen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Tierärzt\*innen, Ergotherapeut\*innen und Musiktherapeut\*innen gesetzlich anerkannte Gesundheitsberufe.

„Den Gesundheitsberufen ist gemeinsam:

- Sie werden vom Gesetzgeber durch einen Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt, einen Bezeichnungsvorbehalt und grundsätzlich durch einen Ausbildungsvorbehalt geschützt.
- Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung im intra- und extramuralen Bereich, in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.
- Angehörige der Gesundheitsberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der ihnen anvertrauten Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und Berufspflichten und nach



Gesundheitsdeterminanten nach Whitehead / Dahlgren in Anlehnung an Fonds Gesundes Österreich Grafik: Lea Hierzenberger 2023



- Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.
- Für im Ausland erworbene Qualifikationen ist ausnahmslos eine Berufsankennung bzw. Nostifikation erforderlich.
  - Die patient\*innenorientierte/patient\*innennahe Ausbildung („clinical practice“ im „clinical setting“) erfolgt unter gesetzlich definierten Rahmenbedingungen sowie unter Aufsicht/ Supervision.“ (BMSGPK 2020:4f)

Fazit 1: Die oben genannten Aspekte treffen, unabhängig von einzelnen semantischen Unterschieden, auch vollinhaltlich auf Sozialarbeiter\*innen zu.

Widmen wir uns den Zielen und Inhalten, warum Berufe als gesetzlich anerkannte Gesundheitsberufe geregelt sind:

Gesundheitsberufe werden gesetzlich geregelt, um sicherzustellen, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen über die notwendigen und jeweils aktuellen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen, um sicher und effektiv kranken und verletzten Menschen zu helfen. Sie sorgen auch präventiv für die öffentliche Gesundheit und die individuelle Gesundheit von Patient\*innen. Da Gesundheitsberufe physisch bzw. psychosozial invasiv bzw. intervenierend sind, also in Krankheits- und Gesunderhaltungsprozesse eingreifen, muss sichergestellt werden, dass diese Interventionen nur von entsprechend ausgebildeten Personen durchgeführt werden. Die Menge der im Feld tätigen Personen ist keine Entscheidungsgrundlage für die gesetzliche Regelungen, so sind beispielweise in Österreich 86 Personen als Kardiotechniker\*innen an neun Standorten aktiv, vier Personen sind in Ausbildung. (vgl. ÖGFKT 2023).

Fazit 2: Die Zahl der in einem Beruf vorhandenen Mitarbeitenden ist keine Barriere, Sozialarbeit als Gesundheitsberuf anzuerkennen. Die Zahl der ausgebildeten Sozialarbeiter\*innen in Österreich wird auf ca. 43.000 geschätzt (vgl. obds 2023) – um die Zahl der aktiven Sozialarbeiter\*innen für Personalplanung und Ausbildungssteuerung zur Verfügung zu haben, braucht es eine Registrierung.

Die Gesetze schaffen eine klare Struktur und Standards für die Ausbildung, Zertifizierung und Praxis von Gesundheitsberufen. Typische Inhalte sind:

1. Berufsbezeichnungen
2. Qualifikationen und Ausbildungen
3. Tätigkeitsbereiche
4. Kooperationsbeziehungen
5. Kompetenzrahmen, gegebenenfalls geteilte oder exklusive Kompetenzen
6. Zulassung und Registrierung

7. Haltungen und Berufsethik
8. Qualifikationen und Fortbildung, Rezertifizierungen
9. Informations- und Aufklärungspflichten
10. Dokumentation
11. Auskunft- und Verschwiegenheitspflichten
12. Werbebeschränkungen und Provisionsverbot
13. Anerkennung von Vorausbildungen verwandter Berufe – „Durchlässigkeit, Quereinstiege“
14. Anerkennung von ausländischen Bildungsabschlüssen
15. Disziplinarmaßnahmen
16. Schutz von Patientenrechten
17. Eigenverantwortliche Tätigkeit
18. Haftpflichtversicherung

Fazit 3: Die oben genannten Überschriften sind für die Aushandlung eines Berufsgesetzes für Sozialarbeiter\*innen passend.

**SOZIAL- UND GESUNDHEITSBERUFE IM ÖGB**

Vergleichbar mit Sozialarbeiter\*innen werden die gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufe - je nach Arbeitgeber - von vier der sieben unterschiedlichen Teilgewerkschaften des Österreichischen Gewerkschaftsbundes vertreten: Yunion (früher u.a. Gewerkschaft der Gemeindebediensteten), Gewerkschaft öffentlicher Dienst (GÖD), Gewerkschaft der Privatangestellten - GPA (GPA) und Gewerkschaft vida (Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft). Die Gewerkschaft öffentlicher Dienst bezeichnet sich auch im Außenauftritt als Gesundheitsgewerkschaft, da rund 90.000 Personen in den Kliniken und Pflegezentren, die von Bundesländern und Bezirksverbänden geführt sind, arbeiten. (vgl. GÖD 2023) Gewerkschaftsübergreifend gibt es die ÖGB Arbeitsgemeinschaft Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe. Hier wären auch schon rein semantisch Sozialarbeiter\*innen zuzuordnen. Real ist das derzeit noch nicht der Fall, die ÖGB/ARGE – FGV koordiniert Interessenspolitik von Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen, soweit diese nicht von eigenen Kammern vertreten sind.

Fazit 4: Es gibt auf gewerkschaftlicher Ebene Vernetzungsstrukturen, die semantisch auch Sozialarbeiter\*innen beinhalten. Eine Aufnahme der Sozialarbeiter\*innen, beispielsweise durch eine/n Vertreter\*in des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit wäre sinnvoll.

**DIE VERWECHSLUNG MIT EINER BEFREUNDETEN BERUFSGRUPPE**

Bei Kontakt mit Stakeholdern wird manchmal darauf verwiesen, dass „Sozialarbeiter\*innen“ sehr wohl bereits eine rechtliche Regelung hätten. Leider nicht, hier werden Sozialarbeiter\*innen mit diplomierten Sozialbetreuer\*innen verwechselt. Deren Bezeichnung, Ausbildung und Berechtigungen werden in einer

**KOMPETENZPROFIL VON SOZIALARBEITER\*INNEN IM GESUNDHEITSWESEN**

Sozialarbeiter\*innen sind Fachleute, die Patient\*innen und ihren Familien helfen, soziale, emotionale und finanzielle Probleme zu lindern, die insbesondere in den Phasen einer Krankheit und deren Behandlung auftreten. Sie verfügen über vielfältige Fähigkeiten, darunter:

Kommunikation: Sozialarbeiter\*innen sind kompetente Kommunikator\*innen, die in der Lage sind, effektiv mit Patient\*innen, deren „Familien“ und anderen Fachkräften des Gesundheitswesens zu interagieren. Sie sind dabei auch Übersetzer\*innen von Anliegen, Zielen und unterschiedlichen Hilfeansätzen.

Empathie mit Handlung: Sozialarbeiter\*innen sind in der Lage, ihre Nutzer\*innen zu verstehen, sich in sie einzufühlen und aktiv mit den Menschen die Situation zu lindern.

Diagnostik: Sozialarbeiter\*innen sind geschult, die sozialen, emotionalen und finanziellen Bedürfnisse der Patient\*innen mit Tools der Sozialen Diagnostik einzuschätzen und die Ressourcen und Dienstleistungen zu identifizieren, die zur Erfüllung dieser Bedürfnisse erforderlich sind. Sie erkennen die stigmatisierenden Aspekte der Diagnostik und übernehmen psychosoziale Diagnosen mit kritisch- professioneller Distanz, um den Blick auf andere, neue Lösungen nicht zu verlieren. Sie erkennen, dass sich unter anderem durch Zeitverlauf, neue Lebensphasen und Kontextänderungen auch Bedürfnisse und Problemlagen ändern und versuchen im Dialog die naheliegende Lösung zur Alltagsbewältigung zu ermitteln.

Beratung: Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitswesen bieten Beratung und emotionale Unterstützung für Nutzer\*innen, die neben psychosozialen Aspekten auch rechtliche Erstinformationen in den Bereichen wie finanzielle Ansprüche (Arbeitslosen-, Krankenversicherung, Pflegegeld...), Gewaltschutz, Erwachsenenvertretung, Menschenrechte, Unterhalt, Scheidungsrecht beinhaltet. Sie sind nach vertiefter Fortbildung auch in der psychosozialen Beratung für spezifische Krankheiten beispielsweise im onkologischen Bereich oder im Bereich der Demenz geschult. Sie referenzieren bei Bedarf an weitere Expert\*innen.

Casemanagement: Sozialarbeiter\*innen sind verantwortlich für die Entwicklung und Umsetzung von Betreuungsplänen, die auch auf die sozialen und emotionalen Bedürfnisse der Patient\*innen eingehen, und koordinieren sich mit medizinischem und pflegerischem Fachpersonal und aktivieren kommunale Ressourcen.

Anwaltschaftlichkeit: Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitswesen setzen sich für Patient\*innen und ihre Familien ein und stellen sicher, dass ihre Rechte respektiert, Ansprüche an soziale Grundsicherung gewährleistet und ihre auch menschenrechtlich begründeten Bedürfnisse erfüllt werden.

Kulturelle Kompetenz: Sozialarbeiter\*innen sind darin geschult, mit Patient\*innen und Familien mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund zu arbeiten und ihre einzigartigen Überzeugungen und Werte zu verstehen und zu respektieren.

Interdisziplinäre Teamarbeit: Sie arbeiten mit Ärzt\*innen, Hebammen, Krankenpflegepersonen, Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe zusammen, um Patient\*innen eine zweckmäßige und zielgerechte Versorgung zu bieten. Sie beachten die Wirtschaftlichkeit, um dadurch eine faire Verteilung der vorhandenen finanziellen Mittel über alle Mitglieder einer Gemeinschaft zu ermöglichen.

Kreativität: Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitswesen sind geschickt, bei Bedarf auch informelle kommunale Ressourcen und Netzwerke zu finden und nach Überprüfung grundlegender Qualitätskriterien diese zur Problemlösung zu aktivieren, um Patient\*innen und ihren An- und Zugehörigen helfen zu können.

Ethische Haltung: Sozialarbeiter\*innen halten sich bei ihrer Arbeit an strenge ethische Standards, an den Codex der Internationalen Föderation der Sozialarbeiter\*innen (www.ifsw.org) und an vorhandene (Berufs-)gesetze und wahren die Vertraulichkeit. Sie informieren Nutzer\*innen vorab, wenn sie aus rechtlichen Gründen in bestimmten Bereichen zu Aussage und Informationsweitergaben verpflichtet sind und stellen sicher, dass die Rechte der Patient\*innen geschützt sind, beispielsweise durch proaktive Information über Beschwerdestellen und mögliche Haftpflichtansprüche. Sie geben Nutzer\*innen Einblick in die über sie geführten Aufzeichnungen.



„Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe“ geregelt. Diese umfasst Festlegungen für Heimhelfer\*innen, Diplom-Sozialbetreuer\*innen A (Altenarbeit), Diplom-Sozialbetreuer\*innen F (Familienarbeit), Diplom-Sozialbetreuer\*innen BA (Behindertenarbeit) und Diplom-Sozialbetreuer\*innen BB (Behindertenbegleitung). Aufgabenschwerpunkte sind beispielsweise pflegenaher Unterstützungsleistungen in der täglichen Lebens- und Haushaltsführung. Fachsozialbetreuer\*innen müssen per Gesetz 32 Stunden Fortbildung innerhalb von 2 Jahren absolvieren. (vgl. BGBl. I Nr. 55/2005)

Fazit 5: Für das Feld Soziale Arbeit mitverantwortliche Politiker\*innen wechseln regelmäßig und benötigen daher insbesondere am Beginn ihrer Tätigkeit entsprechende Kontaktaufnahmen und Basisinformationen der Positionierung von Sozialarbeiter\*innen in diesem komplexen und schwer überschaubaren Feld. Es braucht auch auf Ebene der Stakeholder regelmäßige klare und verständliche Informationen über Handlungsfelder, Aufgaben, Methoden und Kompetenzen von Sozialarbeiter\*innen.

ZUSAMMENFASSUNG

Sozialarbeiter\*innen nehmen eine zentrale aber oft unsichtbare Rolle bei der Unterstützung von Einzelpersonen und Gemeinschaften ein, um deren Gesundheit zu fördern. Daher sind Sozialarbeiter\*innen

auch als Gesundheitsberuf entsprechend zu legitimieren. Sie bringen beispielsweise folgende Kompetenzen mit:

Ganzheitlicher Ansatz: einen ganzheitlichen Ansatz für die Gesundheitsversorgung, indem sie die sozialen, emotionalen und wirtschaftlichen Faktoren berücksichtigen, die sich auf die Gesundheit einer Person auswirken. Sie erkennen, dass Gesundheitsergebnisse von einer Reihe sozialer Determinanten wie Einkommen, Bildung, Wohnen und soziale Unterstützung beeinflusst werden und kämpfen für diese Grundsicherungen.

Psychosoziale Gesundheit: Sozialarbeiter\*innen sind darin geschult, bei psychischen Gesundheitsproblemen deren soziale Komponenten zu erkennen und mit medizinischen Fachkräften zusammenzuarbeiten, um Menschen mit diesen komplexen biopsychosozialen Gesundheitsbedürfnissen zu unterstützen. Sie können auch Einzelpersonen und Familien, die von chronischen Krankheiten und Behinderungen betroffen sind, beraten, unterstützen, handeln mit ihnen und behandeln sie; - als letztlich autonome Gestalter\*innen ihrer Lebenswelten  
Anwaltschaftlichkeit: Sozialarbeiter\*innen setzen sich für Patient\*innen und ihre „Familien“ ein, helfen, sich in komplexen Gesundheitssystemen und sozialen Sicherungssystemen zurechtzufinden und stellen sicher, dass die Rechte gewahrt und auch die Stimmen der Nutzer\*innen gehört werden. Sie leihen den Nutzer\*innen bei Bedarf ihre Stimme.

Sozialarbeiter\*innen haben den gesellschaftlichen Auftrag, Lücken in der Leistungserbringung zu erkennen, zu benennen, zu beschreiben und wenn die Kosten des Versuchs der Messung im Vergleich zur Intervention wirtschaftlich und ethisch vertretbar sind, auch Leid in Zahlen zu kleiden. Sie setzen sich für eine Verbesserung der Sozialpolitik ein, um den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu optimieren und so Kosten zu sparen.

Casemanagement: Sozialarbeiter\*innen sind in der Betreuungskoordination aktiv und stellen sicher, dass Patient\*innen angemessene und rechtzeitige (Gesundheits-)leistungen erhalten. Dazu koordinieren sie in Abstimmung mit den Patient\*innen andere Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitswesens und versuchen, Leistungen gezielt zu vermitteln, um Fehlallokationen mit deren sozialen und wirtschaftlichen Folgen zu vermeiden.

Gesundheitsförderung: Sozialarbeiter\*innen beteiligen sich an Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, wie z. B. Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde, um Krankheiten vorzubeugen, bekämpfen Isolation auf der Ebene des Gemeinwesens und helfen die allgemeine öffentliche Gesundheit zu verbessern.

Durch die Registrierung von Sozialarbeiter\*innen als Gesundheitsberuf können wir sicherstellen, dass die Menge an Mitarbeiter\*innen bekannt ist, diese über die

entsprechende Ausbildung und Qualifikation verfügen, um Menschen und Gemeinschaften effektiv dabei zu unterstützen in besserer Gesundheit zu leben und für den Erhalt gesunder Verhältnisse zu kämpfen.

**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 (Public Health). Beruflich in den Bereichen Rettungsdienst, Krisenintervention und Leitung von NGO tätig; Dozent an der FH St. Pölten, Arbeitsschwerpunkt Versorgungsforschung im präklinischen und sozialen Bereich. Mitarbeit in der Konzeption und Begleitung des Projektes Acute Community Nurse und Akutsozialarbeit.

<https://www.fhstp.ac.at/de/uber-uns/mitarbeiter-innen-a-z/redelsteiner-christoph>

QUELLEN

Arlt, Ilse (1958/2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Münster: LIT Verlag

Badura B., Hehlmann T (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin: Springer.

Bergmann, L.F, Same, S.L. (1979): 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

BGBl. I Nr. 55/2005. Gesamte Rechtsvorschrift für Sozialbetreuungsberufe (Bund – Länder).Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe StF: BGBl. I Nr. 55/2005 (NR: GP XXII RV 779 AB 869 S. 110. BR: AB 7291 S. 722.)

BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2020): Gesundheitsberufe in Österreich

BMSGPK- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): Das Gesundheitsberuferegister. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Gesundheitsberuferegister.html#:~:text=Mit%20der%20Schaffung%20des%20Gesundheitsberuferegisters,Patienteninnen%2FPatienten%20und%20DienstgeberInnen%20geschaffen.>

Bischof, Thiemo Raoul / Kalb Katharina Maria / Pfeier, Marlies (2022): Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Masterthese Fachhochschule St. Pölten Studiengang Soziale Arbeit

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

GÖD-Gesundheitsgewerkschaft. <https://gesundheitsgewerkschaft.goed.at>

Hurrelmann, Klaus / Richter Matthias (2022): Determinanten der Gesundheit. doi:10.17623/BZGA: Q4-i008-2.0

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

ÖGFKT – Österreichische Gesellschaft für Kardiotechnik (2023): Kardiotechnik in Österreich. <https://www.kardiotechnik.at>

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2019): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2023): Soziale Diagnostik. <http://www.pantucek.com/joomla1/soziale-diagnostik/verfahren/13-nwk-digital.html>

Abfrage “health and poverty” <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=health%20and%20poverty&page=1000> Abfrage am 05.05.2023

Redelsteiner, Christoph / Petersen, Rene / Jensen, Søren Lund / Andersen, Thomas Lynge / Döger, Linda / Mühlbauer, Bianca (2023): Sociolance Kopenhagen. Ein Einsatzmittel für psychosoziale Anliegen. In: In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 05 2023 46 Jg S 16 -22

Redelsteiner, Christoph (2023): Community Care: Eine Systementlastung für den Rettungsdienst. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 28-32

Redelsteiner, Christoph / Shuhart, Sonia: Unterstützung für Dauerpatienten: Community Paramedics und Social Workers in Manatee County. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 48-53

Redelsteiner, Christoph / Spulak, Caroline / Adamek, Katharina / Tragschitz, Andrea / Riedler, Michael / Böhmer, Veronika / Zahoka, Florian (2023): Pilotprojekt in Niederösterreich: Acute Community Nurse und Akutsozialarbeit. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 42 -47

Redelsteiner, Christoph (2023): Unterstützung für Dauerpatienten: Community Paramedics und Social Workers in Manatee County. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 48-53

Redelsteiner, Christoph (2020): „Social Prescribing“ – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: Sozialarbeit in Österreich. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich Erschienen als 04/2020 S. 32 - 36

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn In: Sozialarbeit in Österreich. Ausgabe 03/17 S. 10 – 18

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit - obds (2023): Schätzungen zur Anzahl der Sozialarbeiter\*innen und Sozialpädagog\*innen in Österreich. Eigenveröffentlichung.





# Über das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheit

Roland Anhorn

## EINLEITUNG

„Gesundheit“ unter macht- und herrschaftstheoretischen Gesichtspunkten zu analysieren, ist in sozialarbeiterischen Kreisen ein zumindest ungewohnter, wenn nicht abwegig scheinender Zugang. Mit „Gesundheit“ ist im Alltag wie im Wissenschafts- und Politikbetrieb eine Kategorie (vor-)gegeben, die uneingeschränkt konsensfähig zu sein scheint, insofern sie das fraglos Wünschens- und Erstrebenswerte (und zunehmend auch das Machbare) verkörpert, also in einer Weise selbsterklärend ist, dass sich jede weitere Diskussion (und erst recht jede kritische Auseinandersetzung damit) schlicht erübrigt. Die schon seit längerem beobachtbaren Bestrebungen in der Sozialen Arbeit, sich in ihrem professionellen Selbstverständnis und ihren Theorie-, Forschungs- und Handlungsorientierungen an der durchweg positiv konnotierten Leitkategorie der „Gesundheit“ auszurichten und eine spezifische „behandlungsbezogene Fachsozialarbeit“ zu entwickeln (vgl. Kröger u.a. 2022; Pauls 2013; Jost 2013; Homfeld/ Sting 2005), kommen deshalb nicht von ungefähr, erst recht nicht angesichts von gesellschaftlichen Entwicklungen, die körperliche, kognitive und psychische Leistungsfähigkeit in einem bislang so nicht gekannten Maß zu einem Fixpunkt individueller und kollektiver Lebensführung werden ließen.

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, was es für die Soziale Arbeit bedeuten kann, wenn sie sich im Bemühen um eine Selbstvergewisserung ihrer professionellen „Identität“ und gesellschaftlichen Rolle, ihrer spezifischen Kompetenzen und Arbeitsweisen am Leitbegriff der „Gesundheit“ und einer damit verbundenen Wissensordnung orientiert (1). Im Anschluss an diese eher (disziplin- und professions-) interne Analyse folgt mit der Thematisierung der Kontextbedingungen eine weiterführende (disziplin- und professions-)externe Untersuchung der gesellschaftlichen Voraussetzungen und Folgen, die für die Soziale Arbeit mit einer mehr oder weniger unbesehenen Aneignung der Kategorie „Gesundheit“ einhergehen. Die bemerkenswerte Expansion medizinisch-psychiatrisch-psychologischer Diskurse und Praktiken, die um das Thema „Gesundheit“ kreisen, werden dabei als neoliberale Macht- und Herrschaftstechnologie interpretiert, die den Prozess der Individualisierung, Responsibilisierung und Entpolitisierung von gesellschaftlichen Ungleichheits-, Ausschluss- und Konfliktverhältnissen weiter vorantreiben (2). Abschließend sollen am Beispiel der Wohnungslosigkeit als eines zentralen Arbeitsfeldes der Sozialen Arbeit die konkreten Folgen eines Regierens im Modus der (psychischen) Gesundheit/Krankheit exemplarisch dargestellt werden (3).

## 1 SOZIALE ARBEIT ALS TEIL DER GESUNDHEITS-WISSENSCHAFTEN UND -PROFESSIONEN?

Überlegungen, Soziale Arbeit unter dem großen identitäts-, status- und orientierungsstiftenden Dach der „Gesundheit“ zu verorten und zu betreiben, finden in den letzten Jahren eine zunehmende Resonanz und Akzeptanz, sei es, dass „Gesundheit“ in der gemäßigten Variante zu einem maßgeblichen, weil bislang in der Sozialen Arbeit tendenziell vernachlässigten Referenzpunkt aufgewertet wird, sei es, dass „Gesundheit“ in der strikteren Variante (z.B. der Klinischen Sozialen Arbeit) in den Status eines gegenstandsbestimmenden und identitätsbildenden Kerns der Sozialen Arbeit erhoben wird. Für diese Entwicklung gibt es angebbare Gründe. Neben den grundlegenden, mit dem Aufstieg des Neoliberalismus in Verbindung stehenden gesellschaftlichen Transformationsprozessen seit den 1980er Jahren (siehe Punkt 2) sind es insbesondere disziplin- und professionspezifische Motive, die zu einer gesteigerten Prominenz der Gesundheitskategorie in der Sozialen Arbeit beigetragen haben.

Zum einen bietet die verstärkte und bisweilen nah an der Exklusivität betriebene Orientierung an „Gesundheit“ einen – vermeintlichen – (Aus-)Weg für die Bearbeitung und Bewältigung einer Reihe von (Dauer-) Problemen, die die Soziale Arbeit seit jeher begleiten: Z.B. die offenen und strittigen Fragen der disziplinären Gegenstandsbestimmung und des professionellen Selbstverständnisses, die Probleme mangelnder Definitionsmacht in umkämpften Feldern, in denen andere Disziplinen und Professionen als die Soziale Arbeit die (Ober-)Hoheit in der Zuständigkeit in der Problembearbeitung und -lösung reklamieren, die damit verbundenen Statusprobleme und Anerkennungsdefizite in vermachteten, hierarchisch organisierten Wissenschafts- und Professionsverhältnissen – um nur die wichtigsten zu nennen. Angesichts dieser unübersichtlichen und ungeklärten Situation erweist sich „Gesundheit“ in einem Maße zustimmungs- und konsensfähig wie kein zweiter Begriff. Mit „Gesundheit“ verbindet sich hohe Plausibilität und Selbstevidenz (jede/r will gesund sein), sie weist eine hohe Attraktivität auf (sie verbessert die Chancen, sich auf den unterschiedlichsten Märkten zu behaupten), sie bietet hohe Gewinnaussichten (für die Medizin- und Pharmaindustrie), sie ermöglicht einen hohen Status (für die Professionellen im Therapie- und Behandlungsgewerbe), sie liefert ein hohes Legitimationspotenzial (für Politik und staatliche Instanzen), sie schafft hohe Aufmerksamkeitswerte (in der Kulturindustrie von den Medien über Expert\*innen bis zu Tagungen und Ratgeberformaten), und sie stellt ein hohes Orientierungspotenzial bereit (für die strukturierte Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Alltags). Insofern kann und will auch die Soziale Arbeit an der positiven Aura teilhaben, die alles umgibt, was mit dem Thema „Gesundheit“ zu tun hat. Mit dem Bezug auf einen ausschließlich positiv besetzten Gesundheitsbegriff

ist nicht nur die Aussicht auf Prestigegewinne und Statusaufwertungen verbunden, mit ihm lassen sich auch einvernehmlich die Leerstellen im professionellen Selbstverständnis und der disziplinären Verortung in der Sozialen Arbeit schließen.

Unmittelbar anschlussfähig an „Gesundheit“ wurde die Soziale Arbeit des Weiteren durch ein Gesundheitsverständnis, das von der WHO seit den späten 1940er Jahren propagiert und mit der Ottawa-Charta seit den 1980er Jahren – also parallel zur neoliberalen Reorganisation der globalen Welt- und Gesellschaftsordnung – zur breitenwirksamen Leitlinie einer gesundheitsorientierten Gesellschaftspolitik werden sollte. So postulierte die WHO bereits 1948 auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells, dass „Gesundheit“ einen „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ repräsentiere. Die Ottawa-Charta von 1986 hat in der Folgezeit dieses unbestimmt-totalisierende Verständnis aufgegriffen und mit einem allumfassenden gesellschaftspolitischen Auftrag versehen, der in konkreten Programmen multidimensionaler Gesundheitsförderung (als „Förderung von umfassendem Wohlbefinden“) umgesetzt werden sollte.

Mit dieser, auf den ersten Blick durchweg positiv und progressiv, gar emanzipatorisch anmutenden Entwicklung sind allerdings mehrere Problematiken verbunden, die sich die Soziale Arbeit vorab vergegenwärtigen muss, wenn sie sich auf das weite Feld der „Gesundheit“ begeben will.

1. Die dezidierte Unbestimmtheit des Gesundheitsbegriffs, wie sie in der WHO-Erklärung und der Ottawa-Charta sichtbar wird, musste unter den spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen des Neoliberalismus auch für die Soziale Arbeit angesichts ihrer großen Schnittmenge mit Problemen der Gesundheit wie eine suggestive, sich selbst erklärende Aufforderung wirken, im Windschatten der Ausrufung einer „Gesundheitsgesellschaft“ (Ilona Kickbusch) den frappierenden Mangel an begrifflicher Schärfe für eine expansive (Professionalisierungs-, Status- und Identitäts-)Politik zu nutzen, in der alle Politik am Ende nichts anderes mehr darstellte als eine „evidenzbasierte Gesundheitsförderung im Großen.“<sup>1</sup> In diesem Sinne äußern sich Kickbusch und Hartung ganz unverblümt expansionistisch (und wissenschaftlich bemerkenswert unbekümmert): „Gesundheit [...] schöpft ihre Kraft aus der Ungenauigkeit und Grenzenlosigkeit sowie aus der subjektiven Erfahrbarkeit. Je umfassender die Gesundheitsdefinition, umso mehr Gebiete der Gesellschaft und des individuellen Handelns werden durch und über Gesundheit definiert“ (zit. n. Hehlmann u.a. 2018, S. 271; Hervorheb. R.A.). Unter diesem unverhohlenen Hegemoniestreben, das einen diffusen und allumfassenden, nach allen Seiten hin

anschluss- und konsensfähigen Gesundheitsbegriff ins Zentrum der Gesellschaftsdiagnostik und -behandlung stellt, macht sich Soziale Arbeit nicht nur zu einem Element in der disziplinären und professionellen Kolonisierung einer unter den Imperativ der Gesundheit gestellten Gesellschaft. Die Soziale Arbeit leistet sich mit der Aneignung eines solchermaßen unbestimmten und grenzenlosen Gesundheitsbegriffs über eine wissenschaftliche Nachlässigkeit hinaus zudem eine geradezu leichtfertige macht- und herrschaftsanalytische Naivität, insofern „Gesundheit“ auf diese Weise zu einem „leeren Signifikanten“ (Ernesto Laclau) bzw. einer „leeren Worthülse“ (Alfons Labisch) wird, die nach den jeweiligen Macht- und Herrschaftsverhältnissen und -bedürfnissen von definitionsmächtigen Akteur\*innen (zu denen die Soziale Arbeit gewiss nicht zählt) mit den entsprechenden Deutungsangeboten und Handlungsdirektiven gefüllt und wirkmächtig gemacht werden kann.

2. Diese Einschätzung trifft ebenso zu, wenn wir mit dem bio-psycho-sozialen Modell den zugrunde liegenden multifaktoriellen Erklärungsansatz von Gesundheit und Krankheit näher betrachten. Das Mehrfach-Multi in den gängigen Thematisierungs- und Behandlungsweisen von „Gesundheit“ (multidisziplinäre [Gesundheits-]Wissenschaft, multiprofessionelle Arbeitszusammenhänge in der [Gesundheits-]Förderung, multifaktorielle Modelle der [Gesundheits-]Erklärung) machen die Soziale Arbeit in Verbindung mit dem geläufigen Topos ihrer „Allzuständigkeit“ nicht nur an die Gesundheitswissenschaften anschlussfähig, zumal die Wissenschaft der Sozialen Arbeit sich selbst als multidisziplinäres Projekt begreift. Darüber hinaus

prädisponiert es die Soziale Arbeit in besonderer Weise für die Integration in Anwendungs- und Handlungszusammenhänge, die unter den Bedingungen des neoliberalen Kapitalismus, mit seinen Anforderungen an eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, erhöhte Flexibilität und erweiterte Eigenverantwortung, der „Gesundheit“ einen exponierten Stellenwert zuschreiben. Multifaktorielle Erklärungsansätze, die bevorzugt der Frage nach den Risiko- bzw. protektiven Faktoren nachgehen, haben dabei mittlerweile in den Gesundheitswissenschaften wie in der Sozialen Arbeit ein besonderes Gewicht gewonnen. Vor mehr als 60 Jahren hat Albert K. Cohen (1978 [1957]) allerdings die grundlegenden Defizite multifaktorieller Ansätze bereits benannt. Im aner kennenswerten Bemühen, der Komplexität von (Gesundheits- und Krankheits-)Ursachen gerecht werden zu wollen und monokausal-eindimensionale Erklärungen zu vermeiden, begeben sich multifaktorielle Zugänge auf einen durch die „Grenzenlosigkeit“ des Gesundheitsbegriffs angetriebene und deshalb tendenziell unabschließbare Suche nach Faktoren, die in eine in die Hunderte gehende Auflistung aller nur denkbaren und immer weiter ergänzten Aspekte von Risiko- und Schutzmechanismen, von Resilienzen und Vulnerabilitäten mündet. Dabei werden unter der Hand aus Faktoren und Begleitumständen unzulässigerweise Ursachen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Cohen (1978 [1957], S. 221). – In der Summe ist aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit, ob kritisch oder traditionell, mit multifaktoriellen Zugängen das Risiko verbunden, dass sich „das Soziale“ in einem unendlichen (und unendlich theorielosen <sup>2</sup>) Meer aus bio-psycho-sozialen Faktoren mehr oder

weniger substanz- und folgenlos auflöst und sich dabei die grundlegende Einsicht verflüchtigt, dass auch das Biologische und Psychische nicht nur sozial und kulturell geformt und damit historisch kontingent ist, sondern im Rahmen spezifischer Macht- und Herrschaftsverhältnisse ausgehandelt und normiert, mithin nur im Sozialen erfahr- und „behandelbar“ wird. Angesicht der Dominanzverhältnisse in den aktuellen Wissensordnung, in der biologische und psychologische Wissensbestände (vor-)herrschen, zeugt es von einem gewissen macht- und herrschaftsanalytischen Reflexionsdefizit, wenn die Soziale Arbeit davon ausgeht, in diesem Kontext das – im Übrigen selbst recht unbestimmte – Soziale „gleichberechtigt“ (Jost 2013) zur Geltung bringen zu können.

3. Macht- und herrschaftstheoretische Überlegungen führen zu einem letzten Punkt, der die unverkennbare Tendenz, die Kategorie „Gesundheit“ in der Sozialen Arbeit stärker in den Vordergrund zu rücken bzw. – noch einen Schritt weitergehend – zu ihrem theorie- und handlungsorientierenden Kern zu erklären, problematisch werden lässt. Dem gesamtgesellschaftlichen Trend einer Umorientierung vom Negativen zum Positiven folgend hat sich auch in der Sozialen Arbeit – zumindest auf der Ebene der Rhetorik – ein Registerwechsel vom Negativen (der Kritik, und Verweigerung, der Defizite und Schwächen, der Risikofaktoren und Vulnerabilitäten) zum Positiven (der Affirmation und Akzeptanz, der Resilienzen und Ressourcen, der Selbstwirksamkeitspotenziale und des „positiven Denkens“) vollzogen. Die WHO mit ihrem spezifischen Gesundheitsverständnis dürfte hierbei diesen vielfach als paradigmatische Wende ausgegebenen Perspektivenwechsel maßgeblich befördert haben. Auch das scheint auf den ersten Blick eine begrüßenswerte Entwicklung zu sein, die in der Sozialen Arbeit auf eine nachvollziehbare Resonanz stößt. Allerdings, wie ein zweiter, genauerer Blick offenlegt, nur um den Preis weiterer Trugschlüsse. Mit dem Versuch, mit der Akzentuierung des Positiven das Negative ab- oder sogar auszublenden, wird eine nicht minder umfassende, nunmehr aber nur noch indirekte Pathologisierung von Verhalten, Ereignissen, Situationen, Zuständen, Biographien, Lebensphasen etc. betrieben. Wir können uns noch so sehr an einem positiven Gesundheitsbegriff orientieren, der mehr umfasst als die Abwesenheit von Krankheit, es bleibt ein unverrückbarer Tatbestand: „Weil Gesundheit in unserem Diskurs immer als ‚Rest‘ erscheint, der übrigbleibt, wenn alle Krankheiten ausgeschlossen worden sind, ist Krankheit und nicht Gesundheit hier in der Tat immer der entscheidende, erzählerische Referenzwert“ (Hartmann u.a. 2018, S. 228). Daran wird ein elementarer Sachverhalt einer kritisch-reflexiven Sozialen Arbeit im Hinblick auf „Gesundheit“, im Weiteren aber für jede in Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit herangezogene Grundkategorie deutlich: Begriffe und die mit ihnen gemeinten

sozialen Verhältnisse lassen sich nur relational verstehen, indem sie zueinander in Beziehung gesetzt werden. Wie Armut nur im Verhältnis zu seinem „Doppel“ Reichtum, Arbeitslosigkeit nur im Spiegelbild der Lohnarbeit, Abweichung nur unter den Vorzeichen gesellschaftlich definierter Normalität zu begreifen sind, so ist auch Gesundheit nur im Negativ einer implizit immer mitgedachten und ins Verhältnis gesetzten Krankheit zu verstehen. Mit den Versuchen, a-relationale, am „Positiven“ orientierte Begriffsverständnisse zugrunde legen und durchsetzen zu wollen, entgeht Soziale Arbeit jedenfalls nicht den stigmatisierenden, diskreditierenden und bisweilen ausschließenden Zuschreibungen, die auch im Rahmen eines von der Pathogenese zur Salutogenese gewendeten Gesundheitsdiskurses weiterhin, wenn auch in mehr verdeckter und indirekter Form, von ihr ausgehen.

## 2 GESUNDHEIT ALS MACHT- UND HERRSCHAFTSTECHNOLOGIE IM NEOLIBERALISMUS

Im Gesellschaftsmodell des neoliberalen Kapitalismus, das die soziale, ökonomische, politische und kulturelle Entwicklung seit den 1980er Jahren bis in unsere Gegenwart hinein bestimmt, hat „Gesundheit“ als Matrix der Thematisierung und Problematisierung von individuellem und kollektivem Verhalten, von Ereignissen, Zuständen, Lebensphasen etc. einen geradezu epochal zu nennenden Bedeutungszuwachs gewonnen. Die Programmatik und politische Praxis des Neoliberalismus rückte mit dem Anspruch einer Totalisierung des Marktprinzips und damit der alle Lebensbereiche umfassenden Grundsätze des Wettbewerbs und der Konkurrenz notwendigerweise die Kategorie „Gesundheit“ mit ins Zentrum des gesellschaftlichen Ordnungsgefüges: „Gesundheit“ repräsentiert Funktions- und Leistungsfähigkeit, sie bekundet äußerlich erkennbare physische und innerlich unterstellte psychische Stärke, Selbstdisziplin und Anpassungsbereitschaft, Flexibilität und den Willen zur Selbstbehauptung – kurzum, Persönlichkeitsmerkmale, die unter den Wettbewerbs- und Konkurrenzbedingungen des postwohlfahrtsstaatlichen Kapitalismus in besonderer Weise gefordert sind. Darüber hinaus wurde „Gesundheit“ im Zuge des nach den Leitlinien der Aktivierung erfolgenden Um- und Abbaus des Sozialstaats vermehrt zu einer Angelegenheit der Eigenverantwortung und Selbstsorge.<sup>3</sup> Das sozialstaatliche Aktivierungsprinzip des Forderns und Förderns soll zu Kund\*innen umdefinierte Sozialleistungsempfänger\*innen in erster Linie mit einem „Humankapital“, d.h. mit individuellen Kompetenzen ausstatten, die sie in die Lage versetzen, sich zukünftig eigenständig und ohne Rückgriff auf staatliche Unterstützung auf den Märkten, und hier insbesondere dem Arbeitsmarkt, zu behaupten.

Mit der forcierten Rückverlagerung (Privatisierung) der Gesundheitssorge von der Solidargemeinschaft auf

## VERWEISE

<sup>1</sup> Wie unschwer zu erkennen, handelt es sich hierbei um die Abwandlung eines bekannten Zitates des Arztes, Politikers und Mitbegründers der Sozialmedizin, Rudolf Virchow (1842-1902), von dem die Aussage überliefert ist: „[D]ie Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen“ (zit. n. Hehlmann u.a. 2018, S. 21; Hervorh. R.A.). – In seinen machtanalytischen Untersuchungen zur (Sozial-)Medizin hat Michel Foucault (1974a, 1974b) auf die Schattenseiten der expansiven Tendenzen aufmerksam gemacht, die mit einer modernen Medizin einhergehen, die zum einen eine „soziale Medizin“ sein will (und als eine spezifische „Technologie des Gesellschaftskörpers“ auch fraglos ist) und die sich zum anderen zugleich verstärkt an der „Gesundheit“ statt der „Krankheit“ ausrichtet (vgl. Foucault 1974b, S. 275): „Seit dem 18. Jahrhundert hat die Medizin nicht aufgehört, sich mit dem zu beschäftigen, was sie nicht betrifft, das heißt mit dem, was sich nicht auf die spezifischen Aspekte der Kranken und der Krankheiten bezieht [...]. Von jenem Zeitpunkt an begann sie, andere, von den Kranken unterschiedene Bereiche zu betrachten, sich für andere Aspekte als nur die Krankheiten zu interessieren, und hörte sie auf, im Wesentlichen klinisch zu sein, und begann sozial zu werden“ (1974a, S. 67). Abschließend resümiert Foucault die hegemonialen Bestrebungen der Medizin (a.a.O., S. 71): „Die Medizin hat heute kein äußeres Feld mehr [...] wir leben in ‚offenen Medizinalstaaten‘, in welchen die Medizinisierung grenzenlos ist.“

<sup>2</sup> Ein Mehr-Faktoren-Ansatz ist keine Theorie; es ist der Verzicht auf die Suche nach einer Theorie“, so schon A.K. Cohen (1978 [1957], S. 221). Mehr-Faktoren-Ansätze stellen letztlich nur additive Modelle dar, die viel mehr mit den einfachen Grundrechenarten (Addieren, Subtrahieren, Multiplizieren, Dividieren) als mit komplexer und schlüssiger Theoriebildung zu tun haben.

<sup>3</sup> New Public Health entstand in Folge des beginnenden Rückbaus des Wohlfahrtsstaates etwa seit der Ölkrise in den 1970er Jahren: Um Staatskosten zu sparen, wurde der angeblich überbeuerte Gesundheitssektor problematisiert und dereguliert.“ (Schmidt 2017, S. 33)

<sup>4</sup> Zu den „positiven“ Mechanismen wissenschaftliche Macht- und Herrschaftspraktiken, vgl. Foucault 1983 [1976].

<sup>5</sup> Die im Folgenden dargestellten Zusammenhänge und Entwicklungen ließen sich ebenso nachdrücklich am Beispiel der zunehmenden Pathologisierung und Therapeutisierung (und damit Entpolitisierung) der Flüchtlingsarbeit durch eine inflationäre Trauma-Diagnostik und traumapädagogische Bearbeitungsweise nachzeichnen.



das Individuum (und die Familie) erschließt sich eine bedeutsame Ressource für die Herstellung und Legitimation neu-alter Hierarchisierungen und Polarisierungen der gesellschaftlichen Ordnung. „Gesundheit“ wird so zu einer aktiven, selbstdisziplinierten, pflichtbewussten und sozialverantwortlichen, die Solidargemeinschaft schonenden persönlichen Leistung, während „Krankheit“ als ihr Negativ zu einer – zugespitzt formuliert – tatenlos-passiven, pflichtvergessenen, mangelhaften Vorsorge und unterlassenen Selbsthilfe erklärt wird. „Gesundheit“ bildet dementsprechend einen zentralen Eckpfeiler in der Bewertung einer „normalen Lebensführung“. Mit ihrer Hilfe lassen sich vernünftige von unvernünftigen, tugendhafte von lasterhaften, sich und anderen gegenüber verantwortungsbewusste von pflichtvergessenen, respektable von verwerflichen Lebensweisen scheiden. Soziale Teilhabe oder Ausschließung bemessen sich auf diese Weise am normativen Kriterium der individuell und kollektiv konformen oder abweichenden Gesundheitsführung. „Die „Agesunden“ (Schmidt 2017, S. 132) werden so zu den neuen „Asozialen“, die eine Vielzahl an status- und lebensstilbezogenen Distinktions- und Diskreditierungschancen eröffnen.

Die neu-alte Moral von Gesundheit als neoliberalen Lebensführungsimperativ (Lupton 1995) kommt dabei nicht mehr so sehr in der Gestalt einer altväterlichen

Lehrmeisterzucht oder betulichen Gouvernantenmoral daher; sie vermeidet weitgehend alle Anzeichen von Zwang, Repression, Verzicht, Verbot und Fremdbestimmung, und setzt dafür umso mehr auf positive Anreize der Verhaltensregulierung: durch die Mobilisierung von Eigenmotivation (wollen, was man soll) und Appelle an Eigeninteressen (wollen, was einem nützt), die mit dem vollmundigen Versprechen einer win-win-Situation verbunden werden, in der ein allseitiges Mehr an Selbstbestimmung, an Selbstermächtigung, an Selbstwirksamkeit und individuellem und kollektivem Gewinn (an Lebensqualität, Leistungsvermögen, Funktionsfähigkeit, Langlebigkeit, Glück etc.) in Aussicht gestellt wird.<sup>4</sup> Dabei schöpft der in den Subjekten verankerte „Wille zur Gesundheit“ seine Antriebskräfte aus zwei wechselseitig sich ergänzenden und verstärkenden Quellen: Der Selbstvidenz des „gesunden Menschenverstandes“ (Jede\*r will gesund sein) zum einen und einer (gesundheits-)wissenschaftlich autorisierten Wissensordnung zum anderen, die sich als evidenzbasierte, objektive, wert- und das heißt moralfreie, neutrale Instanz präsentiert, die durch „Fakten“ autorisiert ist und eine entsprechende Verbindlichkeit in den Konsequenzen für die Lebensführung einfordert. Damit erweist sich „Gesundheit“ als die prototypische Ausprägung und der thematische Anker für eine Macht- und Herrschaftstechnologie, die es unter den Bedingungen einer pluralisierten und hochgradig individualisierten Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft ermöglicht, die gesellschaftlichen Imperative einer „normalen Lebensführung“ auf der zwingenden Grundlage objektiven Wissens zwanglos und „ohne jede Moral“ durchzusetzen. „Was nicht mehr im Namen der Moralität rechtfertigbar ist, wird im Namen der Gesundheit legitimierbar“ (Schmidt 2017, S. 134). Mit anderen Worten, mit einer zum höchsten Wert verabsolutierten „Gesundheit“ (und wissenschaftlich grundierten Moralappellen) gelingt es, eine unter macht- und herrschaftstechnischen Gesichtspunkten aufwendige und kritik- und störanfällige „äußere“ Fremdführung (Heteronomie) in eine „frei“ gewählte und intrinsisch motivierte „innere“ Selbstführung (Autonomie) zu überführen, mit der – dem neoliberalen Mantra der Eigenverantwortung entsprechend – jede\*r zu seines eigenen (Gesundheits-)Glückes Schmied wird.

Derartige (Vor-)Überlegungen werden bei dem Ansinnen, Soziale Arbeit an der Kategorie „Gesundheit“ auszurichten und zu einem Bestandteil der Gesundheitswissenschaften und -professionen zu machen, in der Regel kaum angestellt. Gesundheitsdiskurse und -praktiken macht- und herrschaftstheoretisch zu lesen, lässt jedoch die Gesundheits- und Therapieindustrie und die sie tragenden medizinisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen und Professionen als System der Regulierung und Kontrolle von Verhalten und als hierarchisch organisierte soziale Ungleichheits- und Ausschlussordnung erkennen, in der Macht und Herrschaft vielfach auf eine verdeckte und über

Hilfe vermittelte Weise ausgeübt und „Nebeneffekte“ einer Entpolitisierung und Individualisierung von Konfliktverhältnissen und Interessensgegensätzen erzeugt werden. Am Beispiel der Wohnungslosigkeit und der Wohnungslosen soll das im Folgenden exemplarisch verdeutlicht werden.

### 3 DIE KEHRSEITE DER GESUNDHEIT: PATHOLOGISIERUNG UND THERAPEUTISIERUNG AM BEISPIEL DER WOHNUNGSLOSEN UND WOHNUNGSLOSIGKEIT

Eine Fülle an Datenmaterial legt regelmäßig „gesicherte“ Aussagen über die psychische Gesundheit der Wohnungslosen, über das Ausmaß und die Verteilung psychiatrisch relevanter Krankheitsbilder und damit einhergehende Versorgungsdefizite in der Wohnungslosenhilfe nahe. Hält man sich die in der einschlägigen Forschung präsentierten Zahlen und die Bandbreite diagnostischer Zuschreibungen vor Augen, dann entfaltet sich ein veritables Schreckens- und Bedrohungsszenario der individuellen Defizite und Inkompetenzen, der (Persönlichkeits-)Störungen und Fehlleistungen, der Gefährdungen und Gefährlichkeiten, des Versagens und der Versagungen, wie es in dieser Dichte und Dramatik nahezu aus keinem anderen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit überliefert ist. So leiden nach Ergebnissen einer aktuelleren Untersuchung zur Prävalenz psychischer Krankheiten (Bäumel u.a. 2017) 93,3% (!) der Wohnungslosen im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Krankheit. Bezogen auf eine Monatsprävalenz sind immerhin noch 74,0% der untersuchten Wohnungslosen von psychischen Störungen betroffen. Neben „Affektiven Erkrankungen“, „Reaktiven und Neurotischen Störungen“ und „Schizophrenen Erkrankungen“ sind es vor allem sog. Suchterkrankungen, und hier wiederum an erster Stelle Alkoholismus, die das psychiatrische Krankheitsbild von Wohnungslosen bestimmen (vgl. Bäumel u.a. 2017, S. 225). Zusätzlich verstärkt wird die Bedenklichkeit (und zunehmende Bedrohlichkeit) der psychischen Misere von Wohnungslosen durch eine in jüngster Zeit vermehrt diagnostizierte Komorbidität: „Die Komorbiditätsrate lag bei 67%, d.h. zwei Drittel der wohnungslosen Männer erhielten mindestens zwei psychiatrische Diagnosen. [...] etwa drei Viertel (74,0%) der Untersuchten [litten] an einer durchgehenden bzw. einer zwischenzeitlich neu hinzugekommenen oder an Heftigkeit stark zugenommenen Zweiterkrankung mit akuter seelischer Behandlungsbedürftigkeit“ (vgl. Bäumel u.a. 2017, S. 30, 238). Nationale wie internationale Studien bestätigen wiederkehrend eine derartige psychiatrische Befundlage (vgl. u.a. Eikelmann u.a. 2002, S. 47; Fichter u.a. 2000).

Wohnungslose gelten vor diesem Hintergrund als eine in besonderem Maße „psychisch gestörte“ und psychiatrisch behandlungsbedürftige soziale „Problemgruppe“. Angesichts der Markierung von Wohnungslosen als mehrheitlich „psychisch Kranke“

fordert die Wohnungslosenhilfe inzwischen die vermehrte Vermittlung eines „psychologische[n] Grund- aber auch psychiatrische[n] Störungswissen[s]“ (Malyssek/Störch 2021, S. 240; Hervorhebung R.A.). Das in die Sprache der Psychiatrie gekleidete Störungswissen gibt dabei der Sozialen Arbeit einen Interpretations- und Interventionsrahmen vor, der Wohnungslosigkeit in ihren Ursachen nicht nur primär auf individuelle kognitiv-emotionale Defizite und psychosoziale Inkompetenzen zurückführt, sondern auch in seinen „lösungsorientierten“ Schlussfolgerungen eine breite Palette individualisierender Strategien und Konzepte bevorzugt, die von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung über einzelfallorientierte Kompetenzvermittlung, Motivationsarbeit und fordernde und fördernde Aktivierung bis hin – im Falle des Scheiterns aller Hilfsangebote – zu Ausschließung reichen.

Ungeachtet der Tatsache, dass das „pathologische“ Verhalten von Wohnungslosen als eine ihrem Alltag und seinen Herausforderungen angepasste und durchaus „sinnhafte“ Bewältigung einer schwierigen (Lebens-) Situation interpretiert werden kann, ungeachtet auch der Tatsache, dass die Attraktivität pathologisierender Zuschreibungen für die professionellen Helfer\*innen nicht zuletzt darin besteht, schlüssige, komplexitätsreduzierende Erklärungen und eine entlastende Handhabe für die Bewältigung eines schwierigen und bisweilen überfordernden Berufsalltags zu liefern – unabhängig davon und allen anders lautenden Absichtsbekundungen zum Trotz – betreibt die Soziale Arbeit mit der unbekümmerten Aneignung eines „psychiatrischen Störungswissen“ die Individualisierung, Entpolitisierung und Responsibilisierung eines grundlegenden strukturellen, politischen und gesamtgesellschaftlichen Problems.

- Sie individualisiert Wohnungslosigkeit, weil sie deren Ursachen am oder, besser noch, im Wohnungslosen und seinen bio-psycho-sozialen Merkmalen verortet, während „psychische Krankheit“ (ebenso wie Arbeitslosigkeit, Überschuldung, Mietrückstände oder Scheidung) bestenfalls als ein Auslöser, nicht aber als eine Ursache für Wohnungslosigkeit gelten kann.
- Sie entpolitisiert, weil die Verantwortung für die Lösung von Wohnungslosigkeit nicht auf der Ebene der (Wohnungs-)Politik und den Strukturen und Mechanismen eines privatwirtschaftlich organisierten kapitalistischen Wohnungsmarktes angesiedelt wird, sondern – dem Muster der Individualisierung folgend – an den „inneren Störungen“ und bio-psycho-sozialen Dysfunktionen des einzelnen Wohnungslosen festmacht.
- Sie responsibilisiert, weil die Überwindung der Wohnungslosigkeit zu einer Frage des individuellen Willens, der Anpassungsbereitschaft und der psychosozialen Kompetenzen erklärt wird (die durch das Hilfesystem vermittelt werden sollen).



**Soziale Arbeit**

Interdisziplinäres Studium mit Praxisorientierung

**BACHELOR SOZIALE ARBEIT (BA)**

*Berufsbegleitend oder Vollzeit / Praktikumsstellen im In- und Ausland / Doppeldiplomprogramm mit Köln*

**HIGHLIGHTS:**

- Auswahl aus 4 Kreativ- und Wahlfächern
- Schwerpunktsetzung möglich
- Hoher Praxisbezug

**MASTER SOZIALE ARBEIT (MA)**

*Berufsbegleitend / 4 Wahlpflichtfächer internationales Doppeldiplomprogramm mit Finnland*

**HIGHLIGHTS:**

- Beteiligung an Forschungsvorhaben und Projekten
- Quereinstieg möglich!
- Eigenes Praxisprojekt

**Jetzt individuellen Beratungstermin unter [info@fh-kaernten.at](mailto:info@fh-kaernten.at) vereinbaren!**

Nur weil Menschen an den Verhältnissen, ihrer Lebenssituation und mitunter an sich selber leiden (und deshalb aus dem Blickwinkel der Psychiatrie als „psychisch krank“ gelten), müssen Menschen in prekären Lebenslagen und -phasen nicht wohnungslos werden. Die Rechnung ist einfach: Würde es keine „psychisch Kranken“ mehr geben, gäbe es unter den Bedingungen eines nach marktwirtschaftlichen Prinzipien des Wettbewerbs und der Konkurrenz gestalteten Wohnungsmarktes dennoch weiterhin Wohnungslosigkeit und Wohnungslose. Wohnungslosigkeit ist und bleibt eine Frage nicht der psychischen Befindlichkeiten und ihrer therapeutischen Lösung unter der disziplinären und professionellen Oberhoheit von Medizin, Psychiatrie und Psychologie, sondern der Politik, sprich der staatlichen Organisation des Wohnungsmarktes und der Wohnraumversorgung.

FAZIT

Gesundheit ist untrennbar mit gesellschaftlichen Verhältnissen verwoben – das ist unstrittig. Ob aber der theoretisch vorgezeichnete und praktisch beschrittene Weg von den Höhen der Medizin, der Psychiatrie, der Psychologie und den von ihnen definierten und verwalteten Kategorien der Gesundheit und Krankheit in die Niederungen der gesellschaftlichen Bedingungen führt oder ob nicht umgekehrt von der Gesellschaft und den sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen aus gedacht und gehandelt werden sollte und dabei unter anderem die wichtigen Aspekte von Gesundheit und Krankheit in den Blick geraten und zum Gegenstand des Nachdenkens und der Intervention werden, ist nicht nur eine Frage akademischer Spitzfindigkeiten, sondern macht einen praktisch-politischen und theoretischen Unterschied ums Ganze.

Es macht, zumindest aus der Perspektive einer kritischen Sozialen Arbeit, einen folgenreichen Unterschied, was als Ausgangspunkt und Referenzrahmen der Analyse und des Handelns gewählt wird:

1. Geht man von den im hegemonialen medizinisch-psychiatrisch-psychologischen Diskurs vorgegebenen Kategorien und Klassifikationen von Gesundheit und Krankheit aus und verfolgt von hier aus die Frage, wie soziale Bedingungen (Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse etc.) mit Gesundheit und Krankheit in Zusammenhang stehen, so führt der Weg zwar über biologische und psychische Faktoren hinaus in den Bereich der gesellschaftlichen Verhältnisse. Im Kontext einer neoliberalen politischen Programmatik und eines multifaktoriellen Theorie- und Forschungsdesigns gerät die Soziale Arbeit dabei jedoch unversehens in die Rolle einer bei- bzw. untergeordneten Dienstleisterin und Kooperationspartnerin, die in multidisziplinären und multiprofessionellen Denk und- Arbeitszusammenhängen und einem hierarchisch strukturierten medizinisch-

- psychiatrisch-psychologischen (Versorgungs- und Kontroll-)Apparat operiert, innerhalb dessen sie ihren ergänzenden „sozialen“ Beitrag zur gesundheitlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit der Individuen wie der Gesellschaft als Ganzes beizusteuern hat. Unter den Prämissen eines weitgehend theorieleeren und von einem falsch verstandenen Ganzheitlichkeitsanspruch geleiteten Multifaktorialismus macht die additive Nutzung des Wissens um das „Soziale“ die Soziale Arbeit im günstigeren Fall zu einem sozialen Korrektiv oder im schlechteren (und wahrscheinlicheren) Fall zur Zulieferin von zu Patient\*innen undefinierten Bürger\*innen und zur Anwenderin gesundheitswissenschaftlicher Wissensbestände und Praktiken in der (Vorfeld-)Diagnostik, der Prävention und Gesundheitsförderung. Auf diese Weise wird neben dem Körperlichen und Psychischen nunmehr auch noch das „Soziale“ behandelt – wie uns der vielsagende Untertitel einer aktuellen Publikation zur Klinischen Sozialarbeit verrät (Kröger u.a. 2022).
2. Nimmt man als Ausgangspunkt das Soziale, mithin die ökonomischen, ökologischen, kulturellen und politischen Verhältnisse, deren gesellschaftliche Organisation unter anderem gesundheitliche Aspekte beinhaltet, führt das zu sehr viel anderen Überlegungen und Schlussfolgerungen. Jedenfalls reicht es nicht, in das theorieleere Einerlei unendlicher bio-psycho-sozialer Faktoren das „Soziale“ der Vollständigkeit halber als einen Faktor unter weiteren einzubeziehen (und daraus eine partielle Teilhabe der Sozialen Arbeit abzuleiten). Vielmehr muss es aus der Perspektive einer kritischen Sozialen Arbeit darum gehen, eine Disziplinen und Professionen umfassende paradigmatische (Neu-)Ausrichtung zu entwickeln, die unter macht- und herrschaftstheoretischen Gesichtspunkten systematisch in Rechnung stellt, dass das Biologische ebenso wie das Psychische sozial, kulturell und politisch präformiert ist und deshalb jenseits von den Bedeutungsgebungen, die machtvollen Definitionsinstanzen (wie z.B. die Psychiatrie) vorgeben, gar nicht zugänglich und losgelöst davon behandelbar sind (jedenfalls nicht, solange man sie sich umstandslos zu eigen macht). Mündet der aktuell vorherrschende Biologismus und Psychologismus in eine Pathologisierung und Therapeutisierung des Sozialen und in die Verlagerung von gesellschaftlich bedingten Konfliktverhältnissen in die Individuen und ihre bis-psycho-soziale Ausstattung, für die psychiatrisch-psychologische Zuständigkeiten eingefordert und therapeutische Lösungen vorgeschlagen werden, so führt die hier angedeutete Perspektive zu einer Sichtbarmachung des fundamental Sozialen und Kulturellen im Biologischen und Psychischen (ohne das eine auf das andere zu reduzieren) und macht im Weiteren auf Verwicklungen in gesellschaftliche

Macht- und Herrschaftsverhältnisse aufmerksam, für die – wie das Beispiel der Wohnungslosigkeit gezeigt hat – mehr Politik und weniger Pathologisierung und Therapeutisierung gefordert sind.

Die vordergründige Selbstevidenz und umfassende Konsensfähigkeit, die dezidierte Unschärfe und flexible Unbestimmtheit prädestinieren den Gesundheitsbegriff nicht nur dafür, seinen Bedeutungshorizont immer weiter auszudehnen und im Sinne eines kolonisierenden Expansionismus immer mehr Bereiche, Ereignisse, Zustände Situationen und Verhaltensweisen des Alltags in Gesundheitsprobleme umzudefinieren und professionelle Zuständigkeiten zu ihrer Bearbeitung und Behebung zu reklamieren. Die Kategorie „Gesundheit“ und die mit ihr verbundenen Institutionen, normativen Vorgaben und Praktiken werden – einschließlich der Sozialen Arbeit – damit zu einem auf den ersten Blick unverdächtigen, von Macht- und Herrschaftsinteressen freien Medium, über das sich ohne größere Reibungsverluste eine Macht- und Herrschaftsordnung etablieren und stabilisieren lässt, die auf der Basis einer individualisierenden und responsibilisierenden (Gesundheits-)Moral neu-alte Ungleichheits- und Ausschlussverhältnisse herstellt und legitimiert, indem sie „gesundheitsförderliche“ Lebensweisen u.a. mit

Statusgewinnen und Wettbewerbsvorteilen prämiert und „gesundheitsschädliche“ Lebensformen diskreditiert und sanktioniert.

Solange dieser Zusammenhang unreflektiert bleibt, so lange nicht systematisch berücksichtigt wird, dass auch wissenschaftlich ausgewiesene Wissensordnungen immer auch Macht- und Herrschaftsordnungen sind, in denen von definitionsmächtigen Akteur\*innen die Verbindlichkeiten einer erwarteten Lebensführung ausgehandelt und vorgegeben werden, so lange sollte die Soziale Arbeit reflektierte Vorsicht in der Aneignung der Kategorie „Gesundheit“ walten lassen, zumal die (Diskurs-)Zeichen gegenwärtig nicht so sehr auf das „Soziale“, sondern mehr auf ein entkontextualisiertes „Biologisches“ und „Psychisches“ gerichtet sind.

Roland Anhorn, Dr. phil.

ist Professor für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Darmstadt: Schwerpunkte: Kritische Theorie Sozialer Arbeit, Soziale Ungleichheit und soziale Ausschließung, Pathologisierung und Kriminalisierung als Macht- und Herrschaftstechnologien, „Soziale Arbeit“ im Nationalsozialismus. Kontakt : anhorn@evh-darmstadt.de

LITERATUR

Bäumel, Josef u.a. (2017): Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Cohen, Albert K. (1978 [1957]): Mehr-Faktoren-Ansätze. In: Sack, Fritz/König, René (Hrsg.): Kriminalsoziologie, 3. unveränderte Aufl., S. 219-225. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.

Eikermann, Bernd u.a. (2002): Wohnungslose psychisch Kranke. Zahlen und Fakten. In: Nouvetté, Karl u.a. (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank, S. 42-56. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Fichter, M., Quadflieg, N. & Cuntz, U. (2000). Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. In: Deutsches Ärzteblatt 97, H. 17, 1148-1154.

Foucault, Michel (1974a): Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin? In: Ders. Schriften, Band III, S. 54-76. Frankfurt/M.: Suhrkamp 2003.

Foucault, Michel (1974b): Die Geburt der Sozialmedizin. In: Ders. Schriften, Band III, S. 272-298. Frankfurt/M.: Suhrkamp 2003.

Foucault, Michel (1983 [1976]): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Hellmann, Thomas u.a. (2018): Soziologie der Gesundheit. München: UKV Verlag.

Hornfeld, Hans Günther/Sting, Stephan (2005): Soziale Arbeit und Gesundheit. In: Sozialextra, S. 41-44.

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.

Kröger, Christine u.a. (Hrsg.) (2022): Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln: Entwicklung einer Fachsozialarbeit: Höchberg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien.

Lupton, Deborah (1995): The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. London. u.a.: Sage.

Malyssek, Jürgen/Störch, Klaus (2021). Wohnungslose Menschen. Ausgrenzung und Stigmatisierung, 2. Aufl. Freiburg: Lambertus.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 3.Aufl. Weinheim/Basel: Betz Juventa.

Schmidt, Bettina (2017): Exklusive Gesundheit. Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung. Wiesbaden: Springer VS.





# Soziale Arbeit – Let’s do a Bradbury!

Andreas **Pavlic**

Am 17.04.2023 fand in Kooperation mit der Arbeiterkammer, den Gewerkschaften, der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) und dem Berufsverband der Sozialen Arbeit (obds) die lang erwartete Veranstaltung „Die (un)endliche Geschichte des Berufsgesetzes der Sozialen Arbeit“ statt.

Der Zuspruch war riesig. Gut 300 Menschen waren vor Ort in den Räumlichkeiten der AK und über 250 waren via Live-Stream dabei. Die Stimmung war gut, erwartungsvoll, vielleicht auch mit einem Spur Optimismus. Was wurde an diesem Tag gesprochen und diskutiert? Alles wiederzugeben würde den Rahmen sprengen, aber ein kurzer Überblick, ein paar Highlights sollen herausgepickt werden. Und vor allem: was waren die Ergebnisse dieser Veranstaltung? Wird die (un)endliche Geschichte zu einem Happy End kommen?

## DIE BEDEUTUNG DES BERUFGESETZES

In seinem Eröffnungsstatement spricht Marco Uhl, Vorstandsvorsitzender des obds, von einem einheitlichen Berufsgesetz, „das die Vielfalt der Sozialen Arbeit zulässt“. Ein solches benötige es für ein klares Selbstverständnis.

Jedoch ist eine gesetzliche Regelung vor allem für die Adressat\*innen, die Auftraggeber\*innen und für jene Berufsgruppen wichtig, die mit der Sozialen Arbeit zusammenarbeiten und kooperieren. Die Sozialarbeiter\*innen und Sozialpädagoge\*innen haben in ihrer täglichen Arbeit eine große Verantwortung gegenüber jenen Menschen, mit denen sie arbeiten. Daher ist es wichtig, dass die Berufsgruppe gut ausgestattet ist, es eine klare Regelung zur Aus- und Fortbildung gibt, aber auch eine Vereinbarung, wie mit etwaigen Beratungsfehlern umgegangen wird.

In diese Richtung argumentiert auch Anna Radulescu in ihrem Talk über die „Strukturelle und politische Verortung von Sozialer Arbeit im internationalen Vergleich“. Als Europapäsidentin der International Federation of Social Workers (IFSW) weiß sie, dass es diese gesetzliche Regelung der Sozialen Arbeit in den allermeisten EU-Staaten bereits gibt. Ihre Erfahrung ist weiters, dass in der Covid-19 Pandemie, die sowohl eine medizinische als auch eine soziale Krise war, die Soziale Arbeit zu einem wichtigen Player in der Bekämpfung der Pandemie und deren Folgen war und ihre Rolle und Funktion im Verlauf der Pandemie immer wichtiger wurde. Viele politische

Entscheidungsträger auf den unterschiedlichen Ebenen der EU und der Nationalstaaten haben dies bereits erkannt. In ihrem Vortrag stellt sie fest, dass der Schutz des öffentlichen Interesses ein zentraler Grund für die Regulierung der Praxis der Sozialen Arbeit durch die Festlegung von Standards für professionelles und ethisches Verhalten ist. Mit der Aufstellung eines Verhaltenskodex erkennt ein Berufsstand seine Verantwortung an, dafür zu sorgen, dass die Handlungen seiner Fachkräfte Sicherheit und Integrität fördern und so das öffentliche Vertrauen in den Beruf stärken.

## VERORTUNG DER SOZIALEN ARBEIT

Gertraud Pantucek, Sozialarbeiterin und Sozialanthropologin und ehemalige Instituts- und Studiengangsleiterin am Institut für Soziale Arbeit an der FH in Graz, beginnt ihre Ausführungen über die „Verortung der Sozialen Arbeit in Österreich“ mit einem Gefühl, das viele Sozialarbeiter\*innen und Sozialpädagoge\*innen kennen, die schon länger in diesem Bereich tätig sind: Schon wieder diese Anstrengungen und Mühen für ein Berufsgesetz, das doch nicht kommt! Ist ein erneutes Engagement wirklich vergeudete Energie und vergebene Liebesmühe? Pantucek plädiert für Mut und einen weiteren Versuch!

Ihren Vortrag spannt sie über fünf Themenkreise. Der erste bezieht sich auf den bereits erwähnten Mut, sich abermals für ein Berufsgesetz der Sozialen Arbeit zu engagieren. Die Parallelität von der Unendlichen Geschichte von Michael Ende, auf den der Veranstaltungstitel anspielt und dem Einsatz für ein Berufsgesetz, bilden den zweiten Themenblock. Ohne Zahlenmystik betreiben zu wollen, ist es auffallend, dass die 26 Kapitel in dem Buch mit dem 26-jährigen Engagement für ein rechtliche Regelung der Berufsgruppe korrelieren. Ein Happy End wie im Buch wäre auch in dieser Angelegenheit zu wünschen! Von einer Parallelität ist auch die Theorie und Diskursbildung der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik geprägt, so die Vortragende im dritten Themenpunkt, bei dem sie sich der Verbindung dieser beiden Bereiche der Sozialen Arbeit widmet. Der vierte Themenblock trägt den Titel: „Bunte Bildungslandschaft und eine vielfältige Berufspraxis fordern ein einheitliches Berufsgesetz heraus“. Der historische Ursprung der beiden Bereiche der Sozialen Arbeit bilden, um hier die Unterscheidung, die Gertraud Pantucek tätigt, zu wiederholen, die Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Erstere war historisch im Bereich der Ämter und Verwaltung angesiedelt und erstreckt sich bis heute über viele diverse Handlungsfelder. Die Sozialpädagogik entstand aus den Bildungs- und Erziehungseinrichtungen sowohl in offenen als auch stationäre Hilfen. Die Trennung der beiden Bereiche ist in der Praxis mittlerweile überwunden und ein gemeinsames Agieren ist meist der Fall. Der letzte Themenblock beschäftigt sich mit der Frage, welchen Vorteil ein Berufsgesetz hätte. Nach Pantucek ist die gesetzliche Anerkennung zunächst auch

als symbolisches Kapital zu verstehen. Zudem wäre es eine Form der Sichtbarmachung, sowie eine Aufwertung der Sozialen Arbeit. Die Identitätsbildung zwischen Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik würde gestärkt werden und es gäbe österreichweit gleiche Rahmenbedingungen trotz föderalistischer Strukturen.

## DIE VIELEN DIMENSIONEN VON GESUNDHEIT

Den dritten Vortrag vor der Pause halten das obds Geschäftsführerinnen-Duo Julia Pollak und Gerlinde Blemenschitz-Kramer. Er hat den Titel: „Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf!“ Sie konzentrieren sich in ihrer Präsentation auf die internationale und nationale Definition und das Verständnis von Sozialer Arbeit, gehen aber in der Folge auch auf den Begriff der Gesundheit ein. Die internationale Definition der Sozialen Arbeit, wie sie der IFSW (International Federation of Social Workers) und die IASSW (International Association of Schools of Social Work) formuliert, wird sowohl im Original als auch in der Übersetzung vorgelesen. Im Anschluss wird erstmalig die „Gegenstandsbeschreibung und Zielsetzung Sozialer Arbeit in Österreich“ mit einer Ergänzung bzw. Konkretisierung für Österreich vorgelegt, sowie eine Bestimmung der „Kernkompetenzen von Fachkräften der Sozialen Arbeit“. Beide Texte sind ein Ergebnis eines langen Prozesses, an dem viele Expert\*innen der Sozialen Arbeit mitgearbeitet haben. Die Definition und die Gegenstandsbeschreibung sind auch auf der Homepage des obds (<https://obds.at/>) nachzulesen. Mit der Bezugnahme auf die WHO-Gesundheitsdefinition, die aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes von einer körperlichen, seelischen/psychischen und sozialen Dimension von Gesundheit spricht, wird im Vortrag speziell auf diese für die Soziale Arbeit so wichtige soziale Dimension explizit verwiesen. „Gesundheit dient als Ressource, die Voraussetzung dafür ist, ein unabhängiges, sozial und wirtschaftliches erfolgreiches Leben führen können.“ (WHO)

Die Ausführungen zeigen, dass bei Gesundheitsberufen nicht nur an die medizinische oder therapeutische Arbeit gedacht werden darf, sondern dass Gesundheit auch Aspekte der sozialen Inklusion und Teilhabe beinhaltet.

## VOM WESEN DES BERUFSRECHTS

Die beiden Vorträge zum Thema Berufsrecht und Berufsgesetz bestreiten Kurt Schalek, er ist Referent in der Abteilung Gesundheitsberufsrecht und Pflegepolitik der AK Wien, und der Rechtsexperte Michael Kierein vom BMSGPK, der auch das österreichische Psychotherapiegesetz mitverfasst hatte. In seinem Vortrag „Berufsrecht: Tätigkeitsvorbehalt und interprofessionelle Kooperation“, wirft Kurt Schalek die grundlegende Frage auf: Was sind Professionen? Es handelt sich dabei um besondere Berufe, die Menschen in ihrer selbstbestimmten Lebensführung unterstützen und individuelle Lösungen erarbeiten. Sie basieren auf einem wissenschaftlich



fundierten Wissen, praktischen Berufserfahrungen und ethischen Grundsätzen. Aus dem Vertrauen, das diesen Professionist\*innen entgegengebracht wird, resultiert sowohl ein individueller als auch ein gesellschaftlicher Nutzen. Das Berufsrecht bietet, und dies ist nach Schalek einer der wichtigsten Punkte, eine Schutzfunktion für vulnerable Menschen. Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Rahmenbedingungen, die diese gewährleisten. Was ist nun unter Rahmenbedingungen zu verstehen?

Diese beschreiben die Kernaufgabenbereich der Profession, bestimmen die Qualifikationserfordernisse, weitere Regelungen, die hier vorgenommen werden und die Schalek in seinem Vortrag aufzählt, betreffen die professionelle Autonomie, die Abläufe und Prozesse, sowie die freiberufliche Tätigkeit. Zusammen ergeben diese die Rechte und Pflichten, die Vorbehalte und die Bezeichnung einer professionellen Arbeit. Wichtig ist auch zu wissen, was ein Berufsrecht nicht enthält. Der AK-Experte erwähnt in diesem Zusammenhang folgende Punkte: Die Arbeitsbedingungen, dafür ist das Arbeitsrecht zuständig; die Bezahlung, die ja bekanntlich im Kollektivvertrag geregelt wird; oder die Art und Qualität von Leistungsangeboten, die werden auf den jeweiligen Ebenen der Länder oder des Bundes ausgehandelt

und festgehalten. Sowohl der tatsächliche Einsatz von Berufsangehörigen als auch der wissenschaftliche Bereich und die Forschung werden ebenfalls nicht über das Berufsrecht geregelt. Zusammenfassend kann nach Kurt Schalek das Berufsrecht ein wichtiger Baustein für eine Profession sein, ein Beitrag zum Schutz vulnerabler Personengruppen, eine Regelung der professionellen Autonomie, die Grundlage für interprofessionelle Kooperationen und der Ausgangspunkt für eine Diskussion um Personal- und Ressourcenausstattung in der Sozialen Arbeit.

Ergänzend dazu geht Michael Kierein in seinem Vortrag „Was kann ein Berufsrecht leisten?“ auf die Bausteine eines Berufsrechts ein. Grundsätzlich versteht er dieses als einen Ausdruck von Akzeptanz in der Gesellschaft und einen Ausdruck für Wertschätzung, denn ein Gesetz, so Kierein, „drückt eine bestimmte Werthaltung einer Gesellschaft gegenüber einer Gruppe aus.“ Was sind nun aber die Bauprinzipien eines Berufsrechts? Zunächst geht es um die Regelung der Ausbildung, die eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung sein muss und daraus folgte eine Berufsumschreibung, die darlegt, was getan werden darf und wofür man zuständig ist. Dieser Kernbereich regelt die Zuständigkeit und die Kompetenz. Daraus ergibt sich

ein Berufsbild mit einem Berechtigungsumfang und einer Berufsumschreibung. Wir befinden uns hier tief im Bereich der juristischen Fachsprache und deren Begrifflichkeiten. Michael Kierein präsentiert diese komplexe Materie, dank seiner humorvollen Schilderungen auf eine sehr eingängige Art und Weise. Dies zu wiederholen ist hier leider nicht möglich. Ein wichtiger Punkt, auf den der Rechtsexperte des Sozialministeriums hinweist, bilden die Fragenstellungen der unterschiedlichen Vorbehalte. Hier geht es um die Frage der Exklusivität - bei Tätigkeitsvorbehalten etwa um die Frage: Wer darf was tun? Dieser Punkt kann heikel sein, da Techniken und Methoden, die in der Sozialen Arbeit angewendet werden, auch von anderen Berufsgruppen verwendet werden. So wäre, so Kierein, die Soziale Arbeit gut beraten, die Beratung nicht exklusiv für sich zu beanspruchen, da diese auch andere Berufsgruppen anwenden und für sich reklamieren. Im Konkreten gibt es vier Vorbehalte. Diese betreffen die Ausbildung (Ausbildungsvorbehalt), die oben bereits genannte Durchführung bestimmter Tätigkeiten (Tätigkeitsvorbehalt), den Beruf (Berufsvorbehalt) und die Bezeichnung (Bezeichnungsvorbehalt). Damit, wie es Anna Radulescu so treffend formuliert, die Menschen auch eine professionelle Sozialarbeit bekommen, wenn sie eine brauchen und nicht nur eine Person, die gerne helfen möchte. Oder kurz: Wo Soziale Arbeit draufsteht, soll auch Soziale Arbeit drin sein! Damit in Verbindung stehen auch, und hier kommen wir wieder zum Berufsgesetz, die Berufspflichten, wie beispielsweise die Dokumentationspflicht. Ein erster Schritt zu einem Berufsgesetz, so Kierein, wäre ein Bezeichnungsschutz bzw. Titelschutz.

## DIE DISKUSSION

Auf die abschließende Diskussionsrunde „Gemeinsame nächste Schritte“ soll nun nur kurz eingegangen werden. Teilgenommen haben folgende Personen: BM Johannes Rauch, Katharina Auer-Voigtländer (Vorstandsmitglied der ogsa), Heidemarie Supper (BRV Volkshilfe Wien), Josef Bakic (Studiengangsleitung Soziale Arbeit FH Campus Wien), Bernhard Achitz (Volksanwalt) und Daniela Tüchler (MA11, Studierende MA und Forschungsprojekt zum Berufsrecht).

Einhellig wurde festgestellt, dass es sowohl an qualifizierten Fachkräften in der Sozialen Arbeit mangelt als auch an Ausbildungsplätzen. Minister Rauch macht in seinem Eingangsstatement klar, dass es einen Grund gibt, warum die Soziale Arbeit noch kein Berufsgesetz hat: „Eine starke Profession der Sozialen Arbeit nimmt ein Mandat wahr, ein gesellschaftliches Mandat, und zwar für Menschen, die ansonsten keine Stimme haben und ist im besten Sinne des Wortes parteiisch und ergreift Partei.“ Demzufolge wäre kein Berufsgesetz zu haben, fast eine Auszeichnung. Ebenfalls klare Worte findet der Minister, als er benennt, dass aktuell ein Berufsgesetz keine Mehrheit im Parlament finden würde. Er unterstreicht jedoch seine

Bemühungen für einen Berufsschutz für die Soziale Arbeit, damit sich nicht „jeder und jede Sozialarbeiter\*in nennen kann“. Im Verlauf der Diskussion formuliert Sozialminister Rauch für sich den Auftrag, den tatsächlichen Bedarf an Fachkräften sowie Ausbildungsplätzen erheben zu lassen, um in Folge Zahlen und Fakten in der Argumentation für die Soziale Arbeit zu haben.

Die Frage, die sich nach der Veranstaltung stellt, ist folgende: Kann ein Bezeichnungsschutz ein erster Schritt auf dem Weg zu einem Berufsgesetz für die Soziale Arbeit werden? In einer Aussendung, die von den Geschäftsführerinnen des obds nach der Tagung veröffentlicht wurde, stellen diese klar: „Wir freuen uns auf die nächsten Gespräche im Ministerium zum Thema und sehen einen Berufsschutz für Sozialpädagog\*innen und Sozialarbeiter\*innen als ersten wichtigen Schritt, um die Soziale Arbeit gesetzlich zu regeln. Mit der bei der Tagung erstmals öffentlich präsentierten Gegenstandsbeschreibung der Sozialen Arbeit haben wir dazu ein Dokument vorgelegt, dass dafür richtungsweisend sein kann.“

Zum Abschluss soll noch eine True-Story erzählt werden, die der Jurist Michael Kierein zum Besten gab. Es handelt sich dabei um die Geschichte des australischen Shorttrackläufers (Eisschnelllaufsport) Steven Bradbury, die sich bei den Olympischen Spielen in Salt Lake City im Jahr 2002 zutrug. Der Australier beendete damals den Viertelfinallauf als dritter und war somit zunächst ausgeschieden. Da jedoch ein Läufer vor ihm disqualifiziert wurde, durfte er ins Halbfinale aufsteigen. In diesem Lauf war er bereits abgeschlagen, da drei andere Läufer vor ihm stürzten, stieg er als Zweitplatzierter abermals auf. Im Finale war er alles andere als ein Favorit. Bis kurz vor Schluss lag er aussichtslos am letzten Platz, doch in der letzten Kurve stürzte einer in der Führungsgruppe, riss alle anderen Läufer mit und so fuhr Steven Bradbury als erster jubelnd über die Ziellinie. Er war der erste Winter-Olympiasieger von Australien und wurde zum Star. Der Begriff „Doing a Bradbury“ wurde in Australien zum geflügelten Wort, seine Biografie „Last Man Standing“ zum Bestseller. Bradbury steht dafür, dass mit Ausdauer, einer guten Strategie und etwas Glück auch ein Außenseiter oder eine Außenseiterin eine Überraschung schaffen kann. In diesem Sinne: Soziale Arbeit - Let's do a Bradbury!

**Andreas Pavlic**  
Chefredakteur der SIÖ



## KUNTERBUNTE ANGEBOTE UND BERUFSBILDER

Vielfalt findet man bei SOS-Kinderdorf in allen Bereichen: in den Berufsbildern, den pädagogischen Angeboten, im kollegialen Umfeld, bei den Kindern und Jugendlichen und unseren österreichweiten Standorten. Das macht die Arbeit abwechslungsreich und spannend und bietet Mitarbeiter\*innen die Freiheit verschiedene Karrierewege einzuschlagen sowie sich beruflich und persönlich weiterzuentwickeln. Bei SOS-Kinderdorf setzen sich täglich Sozialpädagog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Familienberater\*innen, Familienpädagog\*innen, Kindergartenpädagog\*innen, SOS-Kinderdorf-Mütter und -Väter, pädagogische Leitungspersonen sowie auch Kinderrechtsexpert\*innen, Fundraiser\*innen, Qualitätsentwickler\*innen und viele mehr für eine Zukunft und ein liebevolles Zuhause für Kinder und Jugendliche ein.

Wir sind einer der größten Träger der Kinder- und Jugendhilfe in Österreich, und eine parteipolitisch unabhängige Spendenorganisation. Das gibt unseren Mitarbeiter\*innen Sicherheit, aber auch viele Möglichkeiten zur eigenen Weiterentwicklung und Mitgestaltung. Neben einer abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Aufgabe, bieten wir viele Vorteile und folgende **BENEFITS**:



- Gehalt ab € 2.912,78 (39h/Woche) zzgl. Zulagen
- flexible Dienstplangestaltung
- Entgeltfortzahlung lt. Dienstplan bei Krankheit
- zusätzlich bezahlte, freie Tage: 24. + 31.12.
- monatl. Kinderzulage in Höhe von € 31,90\* pro Kind
- Zukunftsvorsorge in Höhe von € 300,00\* pro Jahr



- alle 5 Jahre: zusätzlich 5 Wochen bezahlter Urlaub



- 3 Fortbildungstage pro Jahr



- mind. 10 Team-Supervisionen pro Jahr



- Möglichkeit zu Einzelsupervision



- Arbeitspsychologisches Angebot von Instahelp

\*bei 39h/Woche



**SOS  
KINDERDORF**

Möchtest du mehr über SOS-Kinderdorf als Arbeitgeber erfahren?  
Dann schau rein: [www.sos-kinderdorf.at/jobs](http://www.sos-kinderdorf.at/jobs)







# Das Phänomen desorganisiert Leben als Auftrag für die Soziale Arbeit

„Desorganisiert Leben“ wird von Praktiker\*innen der Sozialen Arbeit verstärkt wahrgenommen. Gleichzeitig rückt das Phänomen und die Unterstützung der Betroffenen auch (langsam) deutschsprachigem Forschungsraum vermehrt in den Fokus.

**Dieser Artikel soll einen Überblick über Zahlen, Daten und Fakten der Erkrankung liefern; eine Beschreibung der momentanen Unterstützungsmöglichkeiten geht der Frage nach, warum es sich um ein Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit handelt und wie eine adäquate Unterstützung durch Soziale Arbeit aussehen müsste. Der Fokus liegt dabei auf Wien.**

Bernhard Rubik

## GRUNDLAGEN

Das Phänomen der desorganisiert wohnenden Menschen nimmt im deutschsprachigen Raum in der Forschung der Sozialen Arbeit oder in der Sozialpolitik keinen großen Raum ein - obwohl es eine Vielzahl von Betroffenen gibt. „Dank“ diverser Fernsehsendungen hat jede und jeder sofort ein Bild vor Augen, welches sich durch die Benennung als „Vermüllungsyndrom“ - was gesammelt wird, ist dabei egal - verstärkt.

Der erste bekannte Fall ereignete sich in Amerika im Jahr 1947. Dort lebte das Brüderpaar Collyer zurückgezogen in einem vierstöckigen Haus in New York. Am 21. März 1947

betraten durch die Nachbarn alarmierte Polizisten das Haus. Sie fanden Homer Collyer tot auf. Er war verhungert. Da das Haus teilweise bis unter die Decke vollgeräumt war, begann man es auszuräumen. Nach drei Wochen fand man die Leiche des von Gegenständen erschlagenen Langley Collyer. Insgesamt wurden 170 Tonnen an Möbeln, Büchern, Zeitungen und allen möglichen Dingen, darunter 14 Klaviere und Teile eines Ford T Oldtimers aus dem Haus geräumt. (Frost & Stekete, 2010)

Die nächste bekannte Persönlichkeit und Begründerin des Messie-Begriffes ist Sandra Felton. Sie war eine Sammlerin. Zu einem Problem wurde es für sie erst, als ein Rohrbruch in ihrer Küche über länger Zeit unentdeckt blieb. Dieser

Schaden war für sie der Beginn, sich der Erkrankung zu stellen und sie gründete eine Selbsthilfegruppe. Später schrieb sie mehrere Bücher zu diesem Thema.

In der Medizin ist pathologisches Horten schon länger ein Thema.

Seit 2013 wird es im DSM-V (deutsch für: Diagnostischer und statistischer Leitaden psychischer Störungen, Nr. 5) als Kategorie innerhalb der Gruppe „Zwangsstörung und verwandte Störungen“ geführt. Die Kriterien beinhalten u.a.:

- Das psychische Unvermögen der Erkrankten, sich von persönlichen Gegenständen unabhängig von ihrem Wert zu trennen, und
- die Überfüllung von Wohnbereichen mit einhergehender massiver
- Beeinträchtigung des häuslichen, gesellschaftlichen und beruflichen Alltags.

Der DSM 5 gibt eine Prävalenzrate von 2 bis zu 6 % für pathologisches Horten in der Bevölkerung an. (Association American Psychiatric, 2013)

In der ICD-11 (deutsch für: internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wurde das pathologische Horten erstmals als eigenständige Diagnose aufgenommen und unter der Codierung ICD-11 6B24 geführt. Die Prävalenz wird im ICD-11 mit 2-3,7 Prozent angegeben.

Das bedeutet, dass in Österreich zwischen 181 236 und 335 288 Menschen an dieser Zwangsstörung leiden.

Gesicherte Zahlen gibt es in Österreich jedoch noch nicht, da jene Behörden und Einrichtungen, die momentan auf Betroffene treffen, diese noch nicht standardisiert und lückenlos erheben und es keine diesbezügliche Forschung gibt.

Die Anerkennung des Syndroms als Erkrankung und Benennung als „pathologisches Horten“ ist ein erster wichtiger Schritt, damit sich der Sozial- und Gesundheitsbereich damit beschäftigt.

In der momentanen Betrachtung des Phänomens zeigt sich eine medizinische Dominanz in der Beurteilung. Diese Dominanz birgt nicht nur einen Hang zur Stigmatisierung als „krank“ und demnach „grundsätzlich behandlungswürdig“, sondern schränkt den Fokus der Ursachenklärung der Entstehung ein.

Betrachtet man Gesundheit jedoch im Sinne des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells, ist auffallend, dass die soziale Ebene viel zu wenig beachtet wird

## DIE SOZIALE EBENE

In Deutschland wurde mit dem Forschungsprojekt „Adele“ („(Wieder-)Eingliederung alter, desorganisiert lebender Menschen in das Hilfe- und Unterstützungssystem“) der

Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg am Department Soziale Arbeit von 01/2017 bis 06/2020 die soziale Problemlagen von desorganisiert und zurückgezogen lebenden älteren Menschen identifiziert. Das Forscher\*innenteam aus Hamburg zeigte auf, dass die Wohnungsdesorganisation ein Ausdruck komplexer sozialer Problemlagen ist. Soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten, Identitätsprobleme, drohende Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit, gesundheitliche Beeinträchtigungen und der fehlende Zugang zum Hilffsystem sind nur ein paar der Probleme dieser exkludierten Gruppe. Durch reißerische mediale Berichterstattungen ist diese vulnerable Personenkreis auch einer starken Form der Stigmatisierung und der sozialen Ächtung ausgesetzt. All dies erhöht das Exklusionsrisiko.

Die Exklusion geht selbst nach dem Tod weiter. So hat die Forschergruppe herausgefunden, dass verstorbene desorganisiert lebende Menschen später gefunden werden, manchmal erst nach fortgeschrittener Verwesung. Die Forschung in Hamburg ergab auch, dass besondere Aufmerksamkeit den suizidalen Risiken in Fällen von desorganisiertem Leben gewidmet werden muss. Aus der Analyse der psycho-sozialen Folgen einer drohenden Zwangsräumung wurde deutlich, dass der drohende Wohnungsverlust von den Betroffenen als massive Krise wahrgenommen wird. Dies führte beispielsweise im Jahr 2017 zu fünf Suiziden in Hamburg. (Langer, 2020) Da die angesammelten Dinge für Betroffene einen individuellen Wert haben, führe eine Räumung durch Angehörige oder Ämter zu einem Zusammenbruch der inneren Stabilität, was das suizidale Risiko erheblich steigern. (Melano Landesverband der Messies im norddeutschen Raum, 2023)

## EIN AUFTRAG FÜR DIE SOZIALE ARBEIT IM SINN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Ob die Unterstützung ein Auftrag im Sinne der Gesundheitsförderung für die Soziale Arbeit ist, muss klar mit JA beantwortet werden.

Laut dem Identifikationsrahmen der Sozialen Arbeit ist der Auftrag einerseits die Stärkung von Menschen und der Gemeinschaften und andererseits die Erschließung von Ressourcen auf individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Ebene, um damit eine Veränderung der als „soziale Probleme“ titulierten Lebenssituationen zu erreichen. (Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit-obds, 2023)

Der vorhandene Hilfebedarf und der Umstand einer (strukturellen) Exklusion der Betroffenen aufgrund mangelnden Hilfsangebots steht der gesetzlichen Unterstützungspflicht gegenüber. Die Definition der Sozialen Arbeit, insbesondere der folgende Absatz, soll verdeutlichen, dass hier ein Arbeitsauftrag besteht: „Das



Ziel Sozialer Arbeit ist die Förderung und Sicherstellung von selbstbestimmter sozialer Teilhabe, Inklusion und Übernahme sozialer Verantwortung sowie die Durchsetzung sozialer Rechte. Die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, arbeiten, leben und altern, bestimmen wesentlich die Möglichkeiten für soziale Teilhabe und Inklusion und stehen daher im Fokus Sozialer Arbeit.“ (Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit, 2023)

Die Problemstellungen, auf die man trifft, sind sowohl sozialer als auch gesundheitlicher Natur und benötigen eine Betrachtung und Verknüpfung auf den unterschiedlichsten Ebenen. Hierzu muss man sich die unterschiedlichen Hilfebedarfe desorganisiert lebender Menschen genauer ansehen

- Wohnraumerhalt und Wiederherstellung der gewünschten Wohnform
- Wiederherstellung der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung
- Finanzielle Sicherung
- Gesundheitsorge
- Identitätsbildung
- Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Sicherung sozialer Teilhabe

Hierbei übernimmt die Soziale Arbeit die Funktion, die Adressat\*innen dabei zu unterstützen, diese Bedarfe zu befriedigen. Durch die Grundausbildung als Sozialarbeiter\*in und eine Spezialisierung auf die Problematik des desorganisierten Wohnens ist es den Fachkräften möglich, Hilfe-, Unterstützungs-, Veränderungs- und Entwicklungsprozesse zu initiieren.

Aufgrund der Komplexität der Fälle muss die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle in der Unterstützung einnehmen. Sozialarbeiter\*innen müssen die Arbeit einerseits organisieren und andererseits auch direkt in die Interaktion mit den Menschen treten. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit verfügen über das Wissen über die Zusammenhänge von sozialen Problemlagen und gesundheitlichem Wohlbefinden. Außerdem besitzt die Profession Kompetenzen zur sozialtherapeutischen Behandlung von hard-to-reach Klient\*innen. (FH Campus Wien, 2022)

Desorganisiert lebende Menschen müssen diesem Klienten\*innenkreis zugeordnet werden. Angesichts ihrer bisherigen Erfahrungen mit dem „Helfer\*innensystem“ neigen sie dazu, Angst vor Hilfsangeboten zu haben, da sie befürchten, aufgrund ihrer Lebensweise ihre Wohnung zu verlieren oder eine Stigmatisierung zu erfahren. (Kitze, 2021)

## VERWEISE / LITERATUR

(1) Dem Autor ist nur der Verein Exit Sozial in Oberösterreich bekannt, der, neben einer Selbsthilfegruppe und einer Psychotherapeutische Jahresgruppe, eine „Messie-Beratung“ im Ausmaß von 5-7 Stunden anbietet

(2) Standards für Social Work Case Management, Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit

(3) Der „Creaming Effekt“ beschreibt die Problematik, dass aufgrund von Zeit- und Ressourcenmangel nur jene Klient\*innen betreut werden, bei denen von einem positiven Ergebnis ausgegangen werden kann, damit es den Geldgeber\*innen kostendeckend verrechnet werden kann.

Association American Psychiatric. (2013). DSM V. Arlington: American Psychiatric Publishing.  
 Agdari-Moghadam, N. (2018). Pathologisches Horten-Praxisleitfaden zur interdisziplinären Behandlung des Messie-Syndroms. Berlin: Springer Verlag.  
 FH Campus Wien. (2022, April 24). FH Campus Wien Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit. Retrieved from <https://www.fh-campus-wien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/detail/sozialraumorientierte-und-klinische-soziale-arbeit.html>  
 Frost, R., & Steketee, G. (2010). Stuff. Compulsive hoarding and the meaning of things. New York: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.  
 Kaissidis, G. (2012). Der Messie Quick Test. Eine Quantitative Studie anhand einer empirischen Fragebogenuntersuchung. Diplomarbeit an Sigmund Freud Privatuniversität, Wien. Wien: Sigmund Freud Universität.  
 Kitz, A. (2021). Das Phänomen „Messie“: Ursachen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit unter Betrachtung der verschiedenen Erscheinungsformen und Bezeichnungen. Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg.  
 König, S. (2018). Wohnungsdesorganisation-Biographische Sinnkonstruktionen des (An-)Sammelns. Basel: Beltz Juventa.  
 Külz, A. K., & Voderholzer, U. (2018). Pathologisches Horten. Göttingen: hogrefe.  
 Langer, A. (2020). (Wieder-)Eingliederung alter, desorganisiert lebender Menschen in das Hilfe- und Unterstützungssystem. Hamburg: HAW Hamburg.  
 Melano Landesverband der Messies im norddeutschen Raum. (2023, 04 16). Retrieved from <http://www.messie-syndrom.de/das-messie-syndrom/was-ist-ein-messie/index.html>  
 Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit. (2023, 04 16). Retrieved from <https://obds.at/was-ist-soziale-arbeit/>  
 Schmidt, A. (2009). Der Messie-House-Index. Grin.  
 Schröter, V. (2020). Messie-Welten Das komplexe Störungsbild verstehen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta.  
 Silberbauer, M., & Stadlmann, B. (2018). Das Messie-Syndrom aus dem Blickwinkel der Hilfesysteme-Aufgaben und Zusammenwirken beteiligter Professionen. St.Pölten: Fachhochschule St. Pölten.  
 Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. In Psychiatry Research 178 (pp. 147-152).  
 Wedel, W. v. (2018). Erscheinungsformen häuslicher Verwahrlosung- Ansätze für unterstützende Intervention in desorganisierten Haushalten . München. World Health Organisation. (2022, 4 1). International Classification of Diseases 11th Revision. Retrieved from <https://icd.who.int/en>

### WAS TUT DER SOZIALBEREICH BIS JETZT?

In Österreich gibt es momentan nur ein Projekt (1), dass eine Kurzzeitintervention speziell für desorganisiert lebende Menschen anbietet.

Sehen wir uns die Situation in Wien genauer an:

Der klassische Wiener Weg ist die „freiwillige“ Räumung der Wohnung und die anschließende Installierung einer Heimhilfe. Neben der Räumung, die für die Betroffenen schon eine massive Krise bedeutet, besteht auch noch die Problematik, dass die Kosten nur übernommen werden, wenn die Personen einen Bedarf an Heimhilfe haben und das Einkommen unter der Mindestsicherungsrichtsatzes liegt. Der Fachbereich Pflege und Betreuung des Fond Soziales Wien organisiert die Räumung und überprüft, ob die Unterstützung möglich ist. Der Fachbereich Behindertenhilfe, der nach dem Wiener Chancenausgleichsgesetz zuständig ist, gibt an, dass die Nachfrage durch die derzeit 25 anerkannten Trägerorganisationen gut gedeckt werden kann. Die Homepage „sozialinfo wien“, die ein Internet-Service für sozial relevante Informationen in Wien ist, verweist einzig auf die Selbsthilfegruppe der Sigmund-Freud-Universität. Die Homepage wird vom Fond Soziales Wien betrieben und dieser ist auch für den Inhalt verantwortlich. In Wien muss man von rund 40.000 Betroffenen ausgehen.

### WAS BRAUCHT ES?

#### Kurzfristig

braucht es einen Paradigmenwechsel in der Arbeit mit dieser Klientel. Weg von der Symptombekämpfung (Räumung) hin zu einer Arbeit, die das Ziel hat, die Lebenswelt der Betroffenen langfristig zu verbessern.

#### Mittelfristig

braucht es Weiterbildung und Spezialisierung der Fachkräfte. Eine weitere Spezialisierung braucht es, um das Krankheitsbild zu verstehen und um die passenden Methoden anwenden zu können. Neben dem Wissen in klassischen Bereichen ist ein vertiefendes Wissen sehr oft notwendig. So bedarf es besonderer Schulungen im Bereich von Recht (z.B.: Mietrecht, Reinhalteverordnungen, Bauverordnungen, ...), Bauphysik (Statik...) und im Bereich der Hygiene (Schimmelbildung, Gefahr der Verschleppung von Lästlingen und Ungeziefer...). Neben diesem Wissen benötigt es auch eine sehr gute Kenntnis der sozialen Landschaft im Sozialraum der Betroffenen. Und es benötigt Zeit, um in den bestehenden Organisationen einen Beziehungsaufbau mit dem bis jetzt mehrfach enttäuschten Klientel aufzubauen.

#### Langfristig

braucht es ein Projekt mit dem Ziel, den Zugang zum regionalen Hilfe- und Unterstützungssystem für desorganisiert und zurückgezogen lebende Menschen

sicherzustellen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu stärken, beziehungsweise wieder zu ermöglichen. Die Basis bildet das Social Work Case Management (2). Hauptaugenmerk muss dabei auf die professionelle Unterstützung in Form eines Brückenangebots zwischen den einzelnen Hilfesystemen und -angeboten gelegt werden. Durch die Ausrichtung an den persönlichen Bedarfen, den Handlungsmöglichkeiten und durch Bemühungen um Partizipationsmöglichkeiten soll die Wirksamkeit von Sozialleistungen für desorganisiert lebende Menschen verbessert werden. Das Unterstützungsangebot soll an den Eigenkräften der Personen ansetzen, deren Selbstbestimmung fördern, zivilgesellschaftliche Akteur\*innen einbeziehen und jene professionellen Dienstleistungen umfassen, die befähigend und begleitend ausgerichtet sind, um eine Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen.

Ein weiteres Ziel soll es sein, die Gesundheit der Zielgruppe zu stabilisieren, da Untersuchungen zeigen, dass diese ähnlich vernachlässigt wird wie der eigene Lebensraum. Der Aufbau eines extramuralen sozialen Netzes, dass auf der Mikro- und Meso-Ebene angesiedelt ist, soll die Nachhaltigkeit der Interventionen gewährleisten.

Mit Hilfe dieser Strukturen sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es desorganisiert lebenden Menschen ermöglichen, in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben oder sie sogar in die Lage versetzen, ihren Haushalt allein fortführen zu können. Dies setzt eine positive Veränderung der Lebensumstände voraus und führt zu einer Verbesserung der allgemeinen und gesundheitlichen Lebensqualität der Menschen.

Durch die Spezialisierung und passenden Finanzierung der Sozialen Arbeit wird die soziale Teilhabe erhöht und die Exklusion auf Grund des Creaming-Effektes (3) der Klient\*innen minimiert.

Diese drei Ziele müssen von Anfang an mit der Entstigmatisierung der Betroffenen einhergehen. Dies kann nur durch Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Bildung erreicht werden.

### Bernhard Rubik, Mag. FH Sozialarbeit,

Fachliche Leitung Case Management  
 Wiener Wohnen, Anti-Gewalt Trainer,  
 Supervision und Coaching.  
 Tätigkeitsbereiche: Delogierungsprävention, Selbständiger Supervisor (OEVS), Fortbildungen & Vorträge „desorganisiert Leben“  
[www.supervisionaer.at](http://www.supervisionaer.at)





# Niederschwellige Sozialarbeit

Ein Eckpfeiler in der Gesundheitsversorgung von Menschen in prekären Lebenslagen

**Das neunerhaus in Wien unterstützt obdachlose und armutsgefährdete Menschen dabei, ihre Lebenssituation zu verbessern und bietet kostenlose medizinische Versorgung, Unterkunft und Beratung an. Im Folgenden werden die verschiedenen Möglichkeiten und Angebote anhand eines Beispiels dargestellt.**

Daniela **Schinko**, Barbara **Unterlerchner**



## 1.1 WOHNUNGSLOS UND KRANK

Frau H., rumänische Staatsbürgerin, ist alleinerziehend und lebt mit ihren fünf Kindern in Wien. Frau H. war erwerbstätig und sozialversichert, und wurde gekündigt, bevor sie einen Anspruch auf Arbeitslosenversicherung geltend machen konnte. Mehrere Mindestsicherungsanträge wurden abgelehnt. Frau H. hatte Schwierigkeiten, alle notwendigen Dokumente aus Rumänien zu organisieren und konnte auf Grund von Betreuungspflichten nicht alle Termine einhalten. Ihr zweijähriges Kind braucht dringend eine Zahnbehandlung und das fünfjährige leidet unter einer chronischen Niereninsuffizienz. Die Familie ist wohnungslos und schläft in einem Notquartier.

Etliche Menschen – Schätzungen zufolge sind es Zehntausende – leben ohne Krankenversicherung in Österreich. Die Ursache dafür ist eine Mischung aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information über Ansprüche aus der Sozialversicherung. [1] Nicht-Versicherte sind in der Regel armuts- und ausgrenzungsgefährdet und doppelt so oft von mehrfacher gesundheitlicher Beeinträchtigung betroffen wie der Durchschnitt der Bevölkerung. Unter den Betroffenen befinden sich Kinder, schwangere Frauen sowie chronisch erkrankte Menschen.

Obdach- und wohnungslose Menschen sind ebenfalls vielfach von einer angemessenen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Das betrifft vor allem diejenigen, die keinen Anspruch auf eine Unterstützung durch die Wiener Wohnungslosenhilfe haben, und entweder in Notversorgungseinrichtungen nächtigen oder in prekären Wohnverhältnissen unterkommen. [2] Frauen sind mutmaßlich stärker von verdeckter Wohnungslosigkeit betroffen. Es ist anzunehmen, dass sich darunter viele alleinerziehende Frauen befinden. Darauf weisen statistische Zahlen hin: Ein-Eltern-Haushalte – dies sind vorwiegend Frauen mit ihren Kindern – verzeichnen mit einer Quote von 47% die höchste Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung der betrachteten Haushaltstypen. [3]

Gemeinsam ist sowohl obdach- als auch wohnungslosen Menschen ein häufig schlechter Gesundheitszustand durch Vorerkrankungen und/oder prekäre Lebensumstände. Zudem gelten physischer und psychischer Stress (ausgelöst durch die ökonomische Situation, Gewalterfahrungen, Abhängigkeit bei verdeckter Wohnungslosigkeit und/oder Lebensbedingungen auf der Straße) als Faktoren, welche die Funktion des körpereigenen Immunsystems schädigen können. Studien zeigen, dass wohnungs- und obdachlose Menschen zu einem erheblichen Teil von Multimorbidität und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. [4]

Das neunerhaus Gesundheitszentrum in Wien bietet kostenlose medizinische Versorgung für obdach- und wohnungslose, armutsbetroffene und nicht-versicherte Menschen sowie Beratung durch Sozialarbeiter\*innen und Begleitung durch Peers der Wohnungslosenhilfe. [5] 2022 hat neunerhaus rund 5.800 obdachlose, armutsgefährdete sowie nicht-versicherte Patient\*innen im neunerhaus Gesundheitszentrum, das eine Arztpraxis, eine Zahnarztpraxis, sowie pflegerische Angebote und die Praxis Psychische Gesundheit umfasst, versorgt. Alle Gesundheitsangebote sind mit Sozialer Arbeit verknüpft, die niederschwellig zugänglich und übergreifend tätig ist, nicht nur zwischen den Gesundheitsangeboten, sondern auch zu Angeboten, die soziale Teilhabe und Inklusion fördern, wie das angrenzende neunerhaus Café.

Für vulnerable Personengruppen, die Barrieren beim Zugang zum allgemeinen Gesundheitssystem erfahren oder beschämende Erfahrungen vermeiden wollen, nimmt die niederschwellige Sozialarbeit eine entscheidende Brückenfunktion ein und ist ein wesentlicher Eckpfeiler für die Förderung der psychosozialen Gesundheit.

Das neunerhaus Gesundheitszentrum setzt Impulse für das konzeptionelle Zusammendenken von sozialen und gesundheitlichen Bedarfen und verdeutlicht, wie wichtig ein niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung für vulnerable Personengruppen ist und welche Rolle Soziale Arbeit hier einnehmen kann.

## 1.2 BARRIEREN UND AUSSCHLÜSSE

Frau H. findet ihren Weg in die neunerhaus Zahnarztpraxis. Aufgrund des schlechten Milchzahnzustandes müssen alle Zähne ihres zweijährigen Kindes im Oberkiefer und einige im Unterkiefer extrahiert werden. Damit sich das Kiefer dennoch normal entwickeln kann, braucht das Kind eine Prothese. Über eine Kooperation mit der Universitätszahnklinik kann das Kind dort versorgt werden, eine Sozialarbeiterin des Gesundheitszentrums begleitet die Familie in die Klinik. Auch für das fünfjährige Kind wird wegen der Niereninsuffizienz eine spezielle Abklärung mit Begleitung in einer nephrologischen Ambulanz organisiert.

Zusätzlich braucht Frau H. viel sozialarbeiterische Unterstützung bei der Geltendmachung von existenzsichernden Leistungen, wie Anträge bei Behörden (MA 35, MA 40) und beim Fonds Soziales Wien für einen Wohnplatz, sowie bei der Organisation von Kinderbetreuung und Kindergartenplätzen. Zusätzlich unterstützt eine Sozialarbeiterin Frau H., die Belastungen und vielen Termine zu meistern, in dem entlastende Gespräche geführt werden.

Wohnungslose Menschen in prekären Lebenssituationen wie Frau H. sind mit einer Vielzahl an Hindernissen konfrontiert, die ihnen den Zugang zum Gesundheits- und

Sozialsystem erschweren. Viele würden grundsätzlich Hilfe in Anspruch nehmen, scheitern aber an den Anforderungen. Neben dem aufrechten Versicherungsschutz sind das etwa auch sprachliche Barrieren, das Einhalten spezifischer Zeitstrukturen, grundlegende Kenntnisse über die Angebote und ihre Erreichbarkeit, oder das Vorweisen bestimmter Dokumente, etc. Andere haben Ausgrenzung und Stigmatisierung durch Gesundheits- und Hilfseinrichtungen erlebt und stehen diesen daher ablehnend gegenüber.

Professionelle sozialarbeiterische und niederschwellig zugängliche Beratung ist entscheidend, um mehrfach ausgegrenzten Menschen einen Zugang zu Unterstützungsangeboten zu sichern und Benachteiligungen abzubauen. Hierbei sind insbesondere zwei Formen der niederschwelligen Beratungsarbeit relevant: Die erste Form ist die existenzsichernde Beratung, bei der Informationen über Ansprüche auf Geldleistungen oder Möglichkeiten der Wohnraumbeschaffung vermittelt werden. Die zweite Form ist die psychosoziale Beratung, die oftmals erst nach einiger Zeit, nachdem ein Vertrauensverhältnis zur beratenden Person aufgebaut wurde, in Anspruch genommen wird und in

der Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten von schwierigen Lebenssituationen besprochen werden. [6]

**1.3 NIEDERSCHWELIGE ANGEBOTE ALS WEG ZURÜCK IN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG**

Die Problemlagen der Menschen, die ins neunerhaus Gesundheitszentrum kommen, sind komplex. Die krisenhaften Entwicklungen der letzten Jahre haben die Situation für viele noch weiter verschärft. Drohende Delogierungen auf Grund von Mietrückständen zu verhindern, bei finanziellen Notlagen zu helfen, sowie der Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung bei Behörden und Ämtern erfordern viel Zeit und Expertise. Die soziale Situation der Menschen bringt es mit sich, dass oft zu wenig Ressourcen vorhanden sind, um für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen. Häufig nehmen die Menschen erst zu einem Zeitpunkt medizinische Behandlung in Anspruch, wenn sie schon schwer erkrankt sind.

Neben den existenzsichernden Maßnahmen arbeiten die Mitarbeiter\*innen der niederschwelligen Sozialarbeit mit den Klient\*innen daran, Ängste und Hemmungen abzubauen, die viele in Bezug auf das Gesundheitssystem

entwickelt haben. [7] Zudem wird Entlastung bis hin zu Krisenintervention geboten. Letztere hat seit Beginn der COVID-Pandemie 2020 und den darauffolgenden Krisen im neunerhaus Gesundheitszentrum um rund 50% zugenommen.[8] Die Sozialarbeiter\*innen arbeiten mit den Betroffenen an der Stärkung ihres Selbstvertrauens, zeigen Perspektiven auf und erweitern damit ihre Handlungsmöglichkeiten.

Ein niederschwelliges Setting ist dabei entscheidend und erleichtert den initialen Schritt, Unterstützung anzunehmen. Während der Öffnungszeiten im neunerhaus Gesundheitszentrum sind die Sozialarbeiter\*innen an der Anmeldung und im Wartezimmer präsent und setzen aktiv Gesprächsangebote. Die Gespräche können direkt im Wartezimmer oder in einem eigenen Beratungsraum geführt werden. Die Gesprächsinhalte sind offen und nicht auf einen medizinischen Kontext beschränkt. Bei Bedarf steht den Sozialarbeiter\*innen und Patient\*innen Videodolmetsch zur Verfügung, sodass Gespräche in der Erstsprache des\*der jeweiligen Patient\*in geführt werden können. Die Sozialarbeiter\*innen unterstützen bei sozialen, psychischen und gesundheitlichen Problemen. Bei Anliegen, die nicht durch das Team

vor Ort geklärt oder unterstützt werden können, kann bedürfnisorientiert an die jeweils zuständige Stelle verwiesen werden.

Wesentlich dabei ist, dass den Menschen, an die sich das niederschwellige Angebot adressiert, mit einer einladenden und akzeptierenden Haltung begegnet wird, die einen hohen Grad an Selbstbestimmung und Gestaltung des Betreuungsrahmens zulässt. Somit erfahren sie verlässliche Beziehungen und einen sozialen Ort, der immer wieder aufgesucht werden kann, ohne Verbindlichkeiten und Erwartungsdruck. So können frühere Ausschluss Erfahrungen bewältigt werden.[9] Insofern leistet die niederschwellige Sozialarbeit in einer Gesundheitseinrichtung Reparaturarbeit an gescheiterten Beziehungen zum Hilffssystem bzw. misslungenen Anschlüssen an dieses.[10]

Die Verankerung der niederschwelligen Sozialarbeit in Gesundheitseinrichtungen hat nicht nur Potenzial, solche Brüche zu beheben, sie verbessert auch die psychosoziale Gesundheit, indem soziale Teilhabe und persönliche Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen gestärkt werden.

VERWEISE

[1 ] Vgl. Fuchs et al. (2017), 83.

[2 ]Das betrifft u.a. Drittstaatsangehörige ohne aufrechten Aufenthaltstitel, EU-Staatsangehörige, die kein Einkommen haben oder Personen, die aus den Bundesländern zugezogen sind und vorausgesetzte Meldezeiten in Wien nicht erfüllen. Vgl. Verband Wiener Wohnungslosenhilfe: 11ff.

[3] Statistik Austria (2022), 92. Die Durchschnittliche Armutsgefährdungsquote lag 2021 bei 17%.

[4] Christanell et al. (2018-2019), 7.

[5] Peers der Wohnungslosenhilfe sind (ehemals) obdach- oder wohnungslose Menschen, die über reflektiertes Erfahrungswissen verfügen und Betroffene auf Augenhöhe begegnen und unterstützen. Mittlerweile ist die Peer-Arbeit fest in der Wiener Wohnungslosenhilfe für sämtliche Angebote verankert.

[6] Stark (2011), 203f.

[7] Mayrhofer (2012), 147f.

[8] Interne Zahlen aus dem neunerhaus Berichtswesen.

[9] Steckelberger (2016), 453.

[10] Mayhofer (2012), 153.

[11] Unterlerchner et al. 2020: 402- 404.

[12] Art 25 Abs 1 AEMR, Art 11 ESC, Art 5 (e) (iv) CERD, Art 11 Abs 1 (f) und 12 CEDAW, Art 24 CRC.

[13] In der Folge „Sozialpakt“.

[14] BGBl. Nr. 590/1978.

[15] Vgl. CESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 14; Anm. freie Übersetzung der Autorin.

[16] Ebd., 14.

[17] Art 2 IPwskR enthält ein für alle im Pakt angeführten Rechte geltendes und umfassendes Diskriminierungsverbot, das ua. die soziale Herkunft und den sozialen Status mitumfasst.

LITERATUR

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021) (Hg.): Obdachlosigkeit beenden. Eine bundesweite Strategie, 2021. [https://bawo.at/101/wp-content/uploads/2023/01/Grundlagenpapier\\_BAWO\\_Fachtagung\\_2022.pdf](https://bawo.at/101/wp-content/uploads/2023/01/Grundlagenpapier_BAWO_Fachtagung_2022.pdf)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022) (Hg.): Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2021. Indikatoren für soziale Inklusion in Österreich.

Christanell, Anja / Gremmel, Stephan (2018-2019): Professional, interdisciplinary care for people in situations of homelessness and mobile EU citizens without medical insurance: the neunerhaus health centre, in: Homeless in Europe, Services for Homeless EU Citizens, FEANTSA Magazine, 7-9.

Fonds Soziales Wien (2020): Wohnungslosenhilfe in Wien. Grafiken und Daten zu KundInnen, Leistungen & Partnerorganisationen. Online unter: [https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/zahlen-daten-fakten/fakten/Factsheet\\_Wohnungslosenhilfe\\_Stand2020.pdf](https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/zahlen-daten-fakten/fakten/Factsheet_Wohnungslosenhilfe_Stand2020.pdf) (Letzter Zugriff: 06.06.2022).

Fuchs, Michael / Hollan, Katharina / Schenk, Martin (2017) Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht. Wien Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive.

Stark, Christian (2011): Niederschwelligkeit. Methodisches Arbeiten in niederschwelligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe: Verwahrung von Armut oder professionelle Hilfe zu einem menschenwürdigen Leben? In: BAWO (2011): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z, 198-207.

STATISTIK AUSTRIA (2022): Tabellenband EU-SILC 2021 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2019 bis 2021. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Steckelberger, Claudia (2016): Niederschwelligkeit als Handlungskonzept Sozialer Arbeit. Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen und aktuelle Herausforderungen. In: Soziale Arbeit, 12/2016, 449-455.

Unterlerchner, Barbara / Moussa-Lipp, Sina / Christanell, Anja / Hammer, Elisabeth (2020): Wohnungslos während Corona. Auswirkungen der Grundrechtseinschränkungen auf das Leben von obdach- und wohnungslosen Menschen während der COVID-19-Pandemie in Wien. juridikum 3/2020.

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2022): Ein Teil der Stadt? Wohnungslos und Anspruchslos in Wien. Situationsbericht 2022. Online: <http://www.verband-www.at/Situationsbericht%20VWWH%202022.pdf>.



## 1.4 DAS RECHT AUF GESUNDHEIT

Mit einer niederschweligen und inklusiven Gesundheitsversorgung, die Soziale Arbeit als Teil des Angebots integriert, werden bestehende strukturelle Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ein Stück weit behoben und damit den menschenrechtlichen Verpflichtungen Österreichs Rechnung getragen.[11] Das Recht auf Gesundheit wird bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) festgeschrieben und in zahlreichen internationalen Instrumenten weiter ausgeführt.[12] Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte[13] billigt jedem Menschen das Recht auf „das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ zu. [14] Das Recht bezieht sich auf einen gleichberechtigten Zugang zu einem vorhandenen Gesundheitssystem.[15] Kriterien zur Erreichung des Rechts auf Gesundheit werden vom UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte definiert. Ein breites Spektrum an sozioökonomischen Faktoren ist einzubeziehen, um Menschen ein gesundes Leben zu ermöglichen. Dazu gehören u. a. Essen und Nahrung, Wohnen und eine angemessene sanitäre Versorgung. [16] Das staatliche Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgungseinrichtungen müssen nicht nur im ausreichenden Maße vorhanden sein, sondern außerdem diskriminierungsfrei für alle Teile der Bevölkerung zugänglich und leistbar sein[17]. Hierbei werden vulnerable und marginalisierte Gruppen explizit hervorgehoben.

Die Erläuterung des Menschenrechts auf Gesundheit legt nahe, dass auch hier von einem breiten Gesundheitsverständnis ausgegangen wird, das neben dem Zugang zu medizinischer Versorgung auch Aspekte der psychosozialen Gesundheit unter Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren miteinbezieht. Gesundheit ist eng verwoben mit Lebensbedingungen und Sozialem. Eine fehlende Krankenversicherung schließt vom Zugang zu benötigter medizinischer Versorgung aus. Fehlende Möglichkeiten der Existenzsicherung verschärfen Armutslagen, gesellschaftlicher Ausgrenzung bis hin zu Gesundheitsrisiken. Niederschwellige Sozialarbeit ist ein zentraler Ansatz, um die Inklusion von Menschen, die von Armut, Krankheit und Ausgrenzung stark belastet sind, in unser Sozial- und Gesundheitssystem zu sichern.

## 2. CONCLUSIO

Die Anzahl an Patient\*innen im neunerhaus Gesundheitszentrum sowie der Bedarfe an sozialer Unterstützung und psychosozialer Hilfe steigen kontinuierlich an. Das fordert vor allem die niederschwellige Sozialarbeit als bedeutende Maßnahme, um die Inklusion von Menschen, die von Armut, Krankheit und Ausgrenzung stark belastet sind, in unser Sozial- und Gesundheitssystem

zu sichern. Zu den direkten positiven Wirkungen gehören die ganzheitliche und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit und dadurch eine gesteigerte Lebensqualität, Selbstermächtigung und Autonomie, soziale Teilhabe sowie soziale und gesundheitliche Chancengleichheit.

Die niederschwellige Sozialarbeit ist folglich nicht nur den sozialen – sondern gleichsam den gesundheitsfördernden Berufen zuzuordnen. Soziale Arbeit kann in Gesundheitseinrichtungen das medizinische Personal entlasten, da abseits der jeweiligen gesundheitlichen Beschwerden durch die Beratungs- und Beziehungsarbeit der niederschweligen Sozialarbeit existenzbedrohende Themen aufgefangen werden können. So steigert sich die Effektivität und Effizienz des gesamten Gesundheitsangebots.

Ein wichtiger Schritt wäre es, jetzt in den Ausbau von Gesundheitssystemen zu investieren, die soziale Bedürfnisse bzw. Belastungen von Patient\*innen als wichtigen Einflussfaktor auf deren Gesundheit anerkennen und entsprechend in den Fokus nehmen. Dabei ist zentral, soziale und medizinische Bedarfe zusammen zu denken und bestehende Gesundheitskonzepte dahingehend zu überprüfen. Insbesondere muss die Inklusion von vulnerablen Zielgruppen wie obdachlose, wohnungslose und nicht-versicherte Menschen zum Ziel erklärt werden, die niederschwellige Hilfe ohne Druck und Bedingungen bedürfen. Die Erfahrungen des neunerhaus Gesundheitszentrums zeigen deutlich, wie niederschwellige Sozialarbeit Menschen zurück in die Gesundheitsversorgung holen kann und damit einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit leistet.

### Daniela Schinko

*ist Sozialarbeiterin und leitet das Team der niederschweligen Sozialarbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum, einer Arztpraxis und Zahnarztpraxis für Nichtversicherte und/oder wohnungslose Menschen*



### Barbara Unterlerchner

*ist Juristin und Kriminologin, arbeitet als Referentin Grundlagen & Innovation bei neunerhaus in Wien mit Schwerpunkt auf Beratung, Betreuung sowie Grund- und Menschenrechte.*



## SIND ES DIE KLIENT\*INNEN, DIE KRANK SIND?

Und ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese Zuschreibung vorzunehmen?

„phi schreibt, was sie sich denkt. **Kommentar aus der Redaktion**“

**Die Pathologisierung der Gesellschaft, der sozialen Verhältnisse und nicht zuletzt des Individuums, das sich in diesen bewegt, ist Ausdruck einer Individualisierung, der auch die Soziale Arbeit unterworfen zu sein scheint.**

Als Bewertungsreferenz werden eher die Kategorien „gesund/krank“ herangezogen als „ungerecht/gerecht“. Wird das eigene Professionsverständnis der Sozialen Arbeit und die Soziologie als eine wichtige Bezugswissenschaft von der Medizin oder Psychologie abgelöst? Und was macht das mit einer Sozialen Arbeit, die sich der Menschenrechte und sozialen Gerechtigkeit verschreibt und sich in die gesellschaftlichen Verhältnisse – als Teil und Produkt eben dieser – einmischt?

Die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit ist mit der Industrialisierung entstanden. Die kapitalistische Akkumulationslogik impliziert das Aufkommen globaler sozialer Ungleichheit, was soziale Probleme verursacht und damit eine Gruppe schafft, von der wir heute als „unsere“ Klientel sprechen. Sind diese krank? Leiden sie an körperlichen oder psychischen Gebrechen und verfügen über weniger (als sich positiv bestärkend bewertete) soziale Ressourcen?

Ja, oft ist dies wohl der Fall. Muss ihnen daher eine Diagnose gestellt werden oder etikettiert werden?

Manche werden auch diese Frage mit „ja“ beantworten, was angesichts der Versorgungsmöglichkeiten und des Zugangs zu Leistungen als legitim erscheint. Was aber, wenn als Erklärungsmodell und Analyseinstrument in der Sozialen Arbeit die Umstände in den Vordergrund rücken und so die Priorisierung oder der Fokus nicht auf die Gesundheit des\*der Einzelnen, sondern auf jene der Verhältnisse gerichtet werden? Was, wenn die Frage gestellt wird, ob das System, in dem wir leben, krank ist, wenn schon pathologisierende Zuschreibungen vorgenommen werden und infolgedessen die Menschen erkranken?

In diesen Überlegungen steckt emanzipatorisches Potential, das nur darauf wartet, ausgeschöpft zu werden. Dafür ist es vonnöten, die politische Dimension der Sozialen Arbeit (wieder) zu entdecken – sich nicht völlig zu unterwerfen und verindividualisieren zu lassen. Dies gilt für die Gesundheit auf allen Ebenen, welche natürlich die individuelle Gesundheit impliziert, aber eben darüber hinaus geht. Dieses Darüber-Hinaus-Gehen lässt Denk- und Handlungsräume entstehen, die sich der Entpolitisierung Sozialer Arbeit entschieden entgegenstellen und die Möglichkeit in Betracht ziehen, die Pathologisierung der Gesellschaft als Teil einer Individualisierungstendenz in der neoliberalen Ausprägung der kapitalistischen Verhältnisse verstehen. Oder zumindest gewillt ist, es zu versuchen.

ÖAGG | PD

in Kooperation mit



## UNIVERSITÄTSLEHRGANG PSYCHOTHERAPIE: FACHSPEZIFIKUM PSYCHODRAMA

Die Psychodrama-Ausbildung befähigt zur Ausübung von Einzel-, Paar- und Gruppentherapie sowie zur Arbeit mit Familien

GEPLANTER BEGINN DER NÄCHSTEN LEHRGÄNGE:

Salzburg (PLUS)  
Herbst 2024

Graz/Klagenfurt/Salzburg (PLUS)  
Herbst 2024

Wien/St. Pölten (BSU)  
September 2023

**Abschluss:** Master of Science (MSc), 8 Semester berufsbegleitend  
**Bewerbungen:** psychodrama@oeagg.at

[www.psychodrama-austria.at/fachspezifikum](http://www.psychodrama-austria.at/fachspezifikum)

# SOZIALE ARBEITSSPLITTER

von Rudi Rögner

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN OBERÖSTERREICH

Eine ähnliche Studie wurde von Sora im Auftrag der Arbeiterkammer in Oberösterreich durchgeführt. Im März 2022 wurden 1.212 Oberösterreicher\*innen telefonisch und online befragt. Ähnlich wie bei der Wiener Studie sind manche Gruppen massiver betroffen als andere.

Die AK errechnete anhand der Studie, dass in Oberösterreich für 72.500 Hilfesuchende das Angebot an psychosozialer Unterstützung zu teuer sei. Sie fordert eine zentrale, niederschwellig nutzbare, gut beworbene Beratungsstelle. Weiters sei der Ausbau der Sozialleistungen wichtig, wie die Anhebung der Nettoersatzrate beim Arbeitslosengeld von 55 auf 70 % und des Familienzuschlags von 0,97 Euro auf zwei Euro täglich, denn dieser sei seit 20 Jahren nicht erhöht worden. Das würde für die Betroffenen die ökonomischen Sorgen erleichtern.

Aus: [ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/Stille\\_Pandemie-30.000\\_Junge\\_brauchen\\_Hilfe.html](https://www.ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/Stille_Pandemie-30.000_Junge_brauchen_Hilfe.html)

## 11. UND 12. SCHULSTUFE FÜR JUGENDLICHE MIT BEEINTRÄCHTIGUNG

Wie der Falter kürzlich berichtete, wurden heuer in Wien alle 313 Anträge auf ein 11. oder 12. Schuljahr für Jugendliche mit Beeinträchtigung von der Bildungsdirektion genehmigt. Die Freude über die neue Vorgangsweise bei den Betroffenen ist groß, denn im Vorjahr war es kein einziger. Bei der Entscheidung sind die Schulbehörde und der Schulerhalter an keine Vorgaben gebunden.

Laut Generalsekretär des Bildungsministeriums wurden zuletzt österreichweit 800 Anträge auf ein 11. Schuljahr gestellt, wovon 240 abgelehnt wurden, in Wien sei die Problematik wegen des größeren Zuzugs am größten. Zehn Schuljahre sind bereits jetzt gesetzlich möglich.

Der Paradigmenwechsel in Wien könnte auch auf den Druck der Initiative „Ich will Schule“ zurückgehen. Eltern von betroffenen Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf starteten eine Bürgerinitiative an das Parlament, für die schon 40.000 Unterschriften

gesammelt werden konnten. Die Volksanwaltschaft nahm sich zu Jahresbeginn dieses Themas an. Weiters wird von drei betroffenen Familien der Rechtsweg bis zum Verfassungsgerichtshof beschritten.

Gefordert wird eine Änderung des Schulpflichtgesetzes, sodass Kinder mit Behinderung wegen einer Entwicklungsverzögerung bis zu zwei Jahre später eingeschult werden. Die Schulpflicht würde sich daher um zwei Jahre nach hinten verschieben. Im Schulunterrichtsgesetz soll für die Jugendlichen mit Behinderung ein Rechtsanspruch auf ein 11. und 12. Schuljahr festgelegt werden. In den berufsbildenden mittleren Schulen sollen auch inklusive Settings aufgebaut werden. Schließlich müssten die Ausbildungsplätze für Inklusiv- und Sonderpädagogik an den Pädagogischen Hochschulen aufgestockt werden.

Aus: [ichwillschule.at/](https://www.ichwillschule.at/); [volksanwaltschaft.gv.at/artikel/11-und-12-Schuljahr-fuer-Kinder-mit-Behinderung](https://www.volksanwaltschaft.gv.at/artikel/11-und-12-Schuljahr-fuer-Kinder-mit-Behinderung); [parlament.gv.at > Recht auf Bildung für alle](https://www.parlament.gv.at/Recht-auf-Bildung-fuer-alle);

## 200 ZWANGSHEIRATEN IN ÖSTERREICH

Das Institut für Konfliktforschung (IKF) befragte im Auftrag des Österreichischen Integrationsfonds (ÖIF) bundesweit die Mitarbeiter\*innen der Kinder- und Jugendhilfe nach ihren Erfahrungen zum Problemfeld Zwangsheirat. Im Jahr 2021 wurden an diese Stellen 54 Verdachtsfälle gemeldet. Die Leiterin des IKF und Studienautorin Birgitt Haller schätzt darauf aufbauend 200 Fälle für Österreich, zumal ja viele betroffene Frauen älter als 17 Jahre sind und somit nicht mehr in den Bereich der Jugendwohlfahrt fallen.

Motive für die Zwangsverheiratung sind althergebrachte Geschlechtervorstellungen oder die Wiederherstellung der Ehre nach einer Vergewaltigung oder die finanzielle Absicherung der Eltern bzw. der Betroffenen, etwa wenn es sich um ein Mädchen mit Lernschwierigkeiten oder einer körperlichen Behinderung handelt.

Die Studie identifiziert unter den Betroffenen drei Gruppen, einmal die Mädchen und jungen Frauen der zweiten oder dritten Generation, die bereits eine österreichische Staatsbürgerschaft haben, dann Frauen, die zum Zweck der Zwangsheirat nach Österreich gebraucht wurden und drittens Frauen in verschiedenen Stadien des Asylverfahrens.

In Folge der Unterzeichnung der Istanbul-Konvention des Europarats zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen wurde die Zwangsheirat 2016 als Delikt ins Strafbuch aufgenommen. Allerdings wurde - meist auf Wunsch der Betroffenen - in keinem der berichteten Fälle Anzeige erstattet. Was laut Haller durchaus nachvollziehbar ist, hier sei dann die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe umso mehr gefragt.

Dort sehen sich aber viele Mitarbeiter\*innen zu wenig für diese Thematik geschult. Und so könnte es sein, dass das Problem Zwangsheirat auch manchmal übersehen wird. Als große Unterstützung wird in Wien die Arbeit der Stelle Orient-Express gesehen, wo betroffene Mädchen und junge Frauen auch vorübergehend wohnen können. Eine weitere spezialisierte Beratungsstelle existiert in Graz mit dem Namen Divan (Träger: Caritas), wobei sich auch Fachkräfte anderer Bundesländer eine solche Stelle mit Expert\*innen wünschen würden.

Aus: [integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/forschungsbericht-zwangsheirat-in-oesterreich-17094/](https://www.integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/forschungsbericht-zwangsheirat-in-oesterreich-17094/); [ots.at](https://www.ots.at), 25.4.2023; [Der Standard](https://www.derstandard.at), 25.4.2023

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER WIENER \* INNEN VERSCHLECHTERTE SICH

60 % der Wiener\*innen berichten, dass sie an einzelnen Tagen oder öfter Depressionen, Ängste oder Erschöpfung erlebt haben, im Jahr davor war es nur knapp die Hälfte. Das ist eines der Ergebnisse einer telefonischen Erhebung des Sozialforschungsinstituts Sora im Auftrag des PSD (Psychosoziale Dienste Wien), bei der im April und Mai 2022 rund 1.000 Wiener\*innen teilnahmen.

Vergleichbare Studien wurden zur selben Zeit in den Jahren 2020 und 2021 durchgeführt. Rund 50 % gaben 2022 an, dass sie öfter unter Niedergeschlagenheit, unkontrollierbaren Sorgen oder Einsamkeit leiden, 30 % berichten über familiäre Konflikte, wobei sich dieser Wert gegenüber 2020 verdoppelt hat.

Als Belastung wird neben der Corona-Pandemie von der Hälfte der Befragten auch die Teuerung und der Ukraine-Krieg angegeben. Die Betroffenheit von diesen Problemen ist bei jungen Menschen, Frauen und Personen im unteren Einkommensdrittel massiver als bei anderen.

Bei der Präsentation der Studie Anfang März 2023 wurde die Weiterführung der Corona-Sorgen-Hotline als Sorgenhotline (01 4000/53 000) angekündigt, welche anonym von Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr zur Verfügung steht.

Weiters soll das Home-Treatment, das als Pilotprojekt in Kooperation von PSD und Kinder- und Jugendpsychiatrie 2021 gestartet wurde, ausgebaut werden. Zu den beiden multiprofessionellen Teams, welche Jugendliche mit psychischer Erkrankung über einen längeren Zeitraum zu Hause betreuen, kommt nun ein drittes.

Aus: [psd-wien.at](https://www.psd-wien.at); [Der Standard](https://www.derstandard.at), 8.3.2023;

## ANTISEMITISMUS UNTER MIGRANT\*INNEN

Für eine Studie im Auftrag des Parlaments wurden 2.000 Personen in Österreich telefonisch und online befragt, wobei die Auffassungen der Menschen unter 25 Jahren und der Menschen aus der Türkei und dem arabischen Raum (= Aufstockungsgruppe) eigens untersucht wurden.

Aufhorchen lassen die Ergebnisse, wonach die Aussage „die Juden beherrschen die internationale Geschäftswelt“ bei 36 % der Migrant\*innen generell eine Zustimmung (jeweils „sehr“ und „eher“) findet und die Aussage, „in wachsendem Ausmaß zeigen sich heute wieder Macht und Einfluss der Juden in der internationalen Presse und Politik“, von 30 % bejaht wird. Bei den Menschen aus der Türkei und dem arabischen Raum war die Zustimmung zur ersten Aussage aber bei 55 % und bei der zweiten bei 53 %.

Die Studie zeigt auch, dass 32 % der Befragten während der Schulzeit nicht über den Holocaust und die Verbrechen der Nazi-Zeit gesprochen haben und 46 % auch keine Gedenkstätte besucht haben. Dennoch sieht der Rechtsextremismus-Forscher Andreas Peham, Mitarbeiter des Dokumentationsarchivs des Österreichischen Widerstands (DÖW), Grund zum Optimismus. Er meint, dass die Jugendlichen durchaus noch für gezielte Bildungsarbeit erreichbar seien und auch in der islamischen Glaubensgemeinschaft heutzutage vieles selbstkritischer angegangen werde als noch vor Jahren.

Aus: [parlament.gv.at/fachinfos/rhw/Antisemitismus-2022/falter.at/mail/20230425/der-antisemitismus-der-einwanderer](https://www.parlament.gv.at/fachinfos/rhw/Antisemitismus-2022/falter.at/mail/20230425/der-antisemitismus-der-einwanderer)



# Buchhinweise



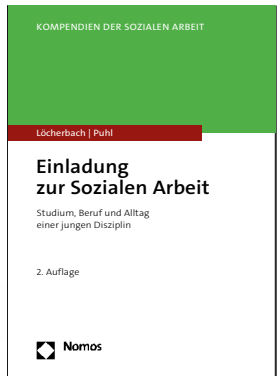
Sucht- und Drogenkoordination Wien gem. GmbH

## Mobile Soziale Arbeit im öffentlichen Raum

Haltungen, Ansätze und Herausforderungen

ÖGB Verlag  
340 Seiten  
29,90 Euro  
ISBN: 978-3-99046-617-9

In Wien wird seit dem Jahr 2005 auf ein Konzept der Mobilen Soziale Arbeit im öffentlichen Raum mit situativ reflexiver Parteilichkeit und einem starken Fokus auf multiprofessionelle Kooperationen gesetzt. In diesem Buch beleuchten Expert\*innen unterschiedlicher Fachrichtungen die Entstehungsgeschichte und Besonderheiten des Wiener Modells der Mobilen Sozialen Arbeit im öffentlichen Raum. Dabei erläutern sie die Rahmenbedingungen und Herausforderungen einer modernen, wachsenden Stadt – speziell auch in Bezug auf Diversität und Menschenrechte – auf die in der täglichen Arbeit Rücksicht genommen wird. Darüber hinaus wird auch auf das Thema Sicherheit im öffentlichen Raum und wie es mitunter in der medial-politischen Darstellung missbraucht wird, eingegangen.



Löcherbach | Puhl

## Einladung zur Sozialen Arbeit

Studium, Beruf und Alltag einer jungen Disziplin

Nomos, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, 2022  
251 Seiten  
25,00 Euro  
ISBN: 978-3-8487-8185-0

Eine lockere und flockig geschriebene Einladung sich dem Thema Soziale Arbeit zu nähern. Sie richtet sich an Berufseinsteiger\*innen, an Studierende und allgemein an Menschen, die ein Interesse an diesem Berufsfeld haben. Leser\*innen erhalten wesentliche Fakten zu den Konzepten, Arbeitsfeldern und Anwendungsgebieten der Sozialen Arbeit. So wird die Bandbreite der Tätigkeiten vom Kuscheln bis Kampfsport beschrieben, in einem Kapitel wird über die spezifische Brille mit der Sozialarbeiter\*innen die Probleme brachten gesprochen, in einem anderen wird über aktuelle Auseinandersetzung über interkulturelle Kompetenz diskutiert. Wertvolle sind die berührenden, humorvollen, manchmal zugespitzten Gedankensplitter von Fachkräften. Diese Gedankensplitter erweitern das Buch mit beispielgebenden Erfahrungen aus der Praxis. Das Buch ist eine lebendig und gut geschriebenen Annäherung an die Soziale Arbeit, die sich prächtig für Lesekreise eignet.

Buchhinweise von

**Redaktion**

# K O L U M N E

## Mit Recht gegen Diskriminierung

Frau D. wehrt sich – über den Diskriminierungsschutz bei chronischen Infektionen und längerfristigen Erkrankungen

Paul **Haller**, Theresa **Hammer**

Als Frau D. zur Zahnärztin ging, hatte sie nicht damit gerechnet, dass sie an diesem Tage keine Behandlung erhalten und später vor Gericht ziehen würde. Auf einem standardisierten Fragebogen gab sie wahrheitsgemäß ihre HIV-Infektion an. Die behandelnde Zahnärztin verwehrte ihr daraufhin die Behandlung – einzig und allein aufgrund der HIV-Infektion. Sie „erklärte der Klägerin [Frau D.], dass es ihr nicht möglich sei, sie zu behandeln, weil sie nicht über die Arbeitsmaterialien verfüge, denn sie müsste nach ihr alles doppelt sterilisieren, desinfizieren und gründlich reinigen, weil die Klägerin sonst eine Gefährdung für die anderen Patient\*innen und die Mitarbeiter\*innen der Beklagten darstelle“, heißt es in der Sachverhaltsfeststellung des Wiener Bezirksgerichts Döbling. Das ist falsch, wie das Gericht später feststellte, denn alle Patient\*innen müssen jedenfalls so behandelt werden, dass Übertragungen von HIV und anderen, weitaus ansteckenderen Infektionen ausgeschlossen sind. Besonders skurril: Die Viruslast von Frau D. ist unter der Nachweisgrenze, sie ist also gar nicht ansteckend.

Das Gespräch mit der Ärztin und die Gesamtsituation waren für Frau D. sehr unangenehm und mit hohem Stress verbunden. Umso mehr als andere Patient\*innen das Gespräch hätten mithören können und Frau D. zu dem Zeitpunkt nicht als HIV-positiv geoutet werden wollte. Sie fühlte sich durch die Ablehnung diskriminiert und gedemütigt, wollte aber dennoch medizinisch behandelt werden – schließlich hatte sie vorab einen Termin erhalten, für den sie sich extra frei genommen hatte.

Derartige Diskriminierungserfahrungen sind für Menschen mit HIV leider kein Einzelfall. Knapp zwei Drittel der Diskriminierungsfälle, die 2022 den österreichischen AIDS-Hilfen gemeldet wurden, betreffen Diskriminierung im Gesundheitswesen. Frau D. wollte die Diskriminierung nicht auf sich sitzen lassen und wehrte sich. Sie nahm Beratung bei der Aids Hilfe Wien in Anspruch. Nach einem gescheiterten Schlichtungsversuch im Jahr 2019 vor dem Sozialministeriumservice klagte sie schließlich mit Unterstützung des Klagsverbands gegen die ihr widerfahrene Diskriminierung. Im Februar 2023 gab ihr das Gericht schließlich recht, stellte eine Diskriminierung fest und sprach Frau D. einen Schadenersatz in der Höhe von 1.500 Euro zu. Menschen mit HIV dürfen also auch beim Zahnarztbesuch nicht diskriminiert werden. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig, aber ein erster wichtiger Erfolg.

Aufmerksame Leser\*innen unserer Kolumne fragen sich nun: Gilt der Diskriminierungsschutz nicht nur aufgrund einer der definierten Diskriminierungsgründe, nämlich Geschlecht, Behinderung, ethnische Zugehörigkeit bzw. Herkunft, Religion und Weltanschauung, Alter und sexuelle Orientierung? Eine HIV-Infektion fällt als chronische Erkrankung rechtlich unter das Diskriminierungsmerkmal Behinderung. Diskriminierung aufgrund einer Behinderung ist sowohl in der Arbeitswelt als auch beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen (z.B. im Gesundheitsbereich) verboten. Das Behindertengleichstellungsgesetz definiert Behinderung als „Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten“ (§3 BGStG). Der Begriff Behinderung ist rechtlich also weit gefasst und umfasst auch Menschen, die zum Beispiel aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer Infektion diskriminiert werden, zumal Betroffene leider häufig mit Stigmatisierung und erschwerter gesellschaftlicher Teilhabe konfrontiert sind.

Nicht immer ist der Klagsweg für Diskriminierungsbetroffene die „richtige Lösung“, um sich gegen Diskriminierung zu wehren. Verfahren dauern lange, sind mit Unsicherheiten verbunden und können Stress verursachen. Auf der anderen Seite ist oft allein schon das Wissen um den Diskriminierungsschutz eine Entlastung. Sich erfolgreich gegen Diskriminierung zu wehren, kann aber auch eine empowernde Erfahrung sein. Oder in den Worten von Frau D.: „Mir geht es nicht um den Schadenersatz. 1.500 Euro machen nicht wieder gut, was ich erlebt habe. Es geht mir darum, aufzuzeigen, dass man sich gegen Diskriminierung wehren kann. Und ich möchte, dass anderen das nicht mehr passiert.“

\*\*

*Paul Haller und Theresa Hammer sind seit 2022 das neue Geschäftsführungsteam des Klagsverbands zur Durchsetzung der Rechte von Diskriminierungsopfern ([www.klagsverband.at](http://www.klagsverband.at)). In der Kolumne „Mit Recht gegen Diskriminierung“ berichten sie aus ihrer Arbeitspraxis und gehen auf Antidiskriminierungsthemen ein, die für die Soziale Arbeit relevant sind.*



# Die neue Hoffnung auf ein Berufsgesetz

Stimmen von Stakeholder\*innen aus ganz Österreich

**Studierende des Masterstudienlehrgangs Soziale Arbeit der FH St. Pölten haben sich auf die Suche nach Befürworter\*innen und Unterstützer\*innen für eine rechtliche Regelung dieser Berufsgruppe gemacht. Heidelinde Luger berichtet davon und liefert einen aufschlussreichen österreichweiten Stimmungsbarometer der Stakeholder\*innen.**

Heidelinde Luger

Wenn einer Absolventin der Sozak Freytaggasse voller Begeisterung vom Forschungsprojekt an der FH St. Pölten zum Berufsgesetz für Soziale Arbeit erzählt wird, kann als Reaktion darauf ein müdes Lächeln, gemeinsam mit dem Hinweis kommen, dass dieses Thema schon vor 20 Jahren als hochrelevant und hoffnungsträchtig gehandelt wurde. Ganz von der Hand zu weisen wäre die pragmatisch resignierende Haltung der Kollegin nicht. Bereits eine Petition des Berufsverbands für Sozialarbeiter\*innen an das Österreichische Parlament aus dem Jahr 2004 verweist auf die langjährigen Bemühungen um ein Berufsgesetz (1). Aktuell stehen die Zeichen allerdings tatsächlich so gut wie selten zuvor. Die Regierungsbeteiligung der Grünen mit Vorsitz im Gesundheits- und Sozialressort und die Verankerung des Berufsgesetzes für Soziale Arbeit im aktuellen Regierungsprogramm (2) haben neue Hoffnungen und verstärkte Bemühungen im Feld aktiviert. Einen Sozialarbeiter als Gesundheits- und Sozialminister vorzufinden, ist darüber hinaus eine glückliche Fügung für das Ansinnen eines Berufsgesetzes. Aber Neuwahlen kommen in letzter Zeit oft schneller als gedacht und es gilt günstige Rahmenbedingungen zu nutzen, solange

diese noch vorhanden sind. Im Masterstudiengang für Soziale Arbeit an der FH St. Pölten finden daher momentan intensive Aktivitäten rund um das Thema Berufsgesetz statt. Neben dem bereits erwähnten Forschungsprojekt (3) bemühten sich Studierende im Rahmen einer Lehrveranstaltung im Sommersemester 2022 darum, Bewusstsein für ein Berufsgesetz für Soziale Arbeit zu schaffen. Relevante Stakeholder\*innen aus Politik, Sozialwirtschaft und Forschung wurden kontaktiert und um Stellungnahmen gebeten. Zentrale Fragestellungen dabei waren die persönliche Haltung gegenüber einem Berufsgesetz für Soziale Arbeit, die Einschätzung der Vor- und Nachteile durch ein Berufsgesetz und Ratschläge zum weiteren Vorgehen.

## POSITIONEN ZUM BERUFSGESETZ AUS BUND UND LÄNDERN

Auf **Bundesebene** wurden alle Parlamentsparteien kontaktiert. Mit René Brasser (Parlamentarischer Mitarbeiter, FPÖ) kam ein Gespräch zustande, in dem er Verständnis für die Sinnhaftigkeit eines Berufsgesetzes

in Bezug auf Standards, Qualifikationen und Kompetenzen der Sozialen Arbeit zeigte. Markus Netter (Fachbereichssekretär, Vida) positionierte sich klar als Befürworter eines Berufsgesetzes positionierte. Für Netter braucht die Initiative fürs Berufsgesetz ein neues Image, ausgeprägte Vernetzungsarbeit und ein intensives „Nerven“ der Politiker\*innen, um in die Umsetzung zu kommen. Erich Fenninger (Geschäftsführer, Volkshilfe Österreich) nahm sich Zeit für ein Gespräch. Er sprach sich dafür aus, Wirksamkeit und Systemrelevanz der Sozialen Arbeit in der Öffentlichkeit sichtbarer zu machen und gleichzeitig hartnäckig bezüglich des Berufsgesetzes mit der Politik im Gespräch zu bleiben. Johanna M. Hefel (Präsidentin, OGSA) sprach in einer schriftlichen Stellungnahme die Bedeutung des Berufsgesetzes in Bezug auf Anerkennung und Schutz für Adressat:innen und Professionist\*innen an. Sie verwies auf die Bedeutung der Mitgestaltungsmöglichkeiten von Sozialarbeiter\*innen im Gesetzesentstehungsprozess und die hohe Relevanz von breitflächig angelegter Lobbying- und Öffentlichkeitsarbeit.

Im **Burgendland** gestaltete sich die Lobbyarbeit überaus produktiv. Auf politischer Ebene konnten einige Protagonist\*innen für Stellungnahmen gewonnen werden. Neben Roland Fürst (Landesgeschäftsführer und Sozialsprecher, SPÖ) sprachen sich auch Thomas Grandits (Klubdirektor, FPÖ) und Markus Ulram (Klubobmann, ÖVP) klar für ein Berufsgesetz für die Soziale Arbeit aus. Auf zivilgesellschaftlicher Ebene nahm sich Manfred Taucher (Studiengangsleiter, FH Burgenland) Zeit für ein Gespräch und wies deutlich auf die notwendige Qualitätsprofilierung hin, die ein Berufsgesetz mit sich bringen kann.

Die Kontaktaufnahmen in **Kärnten** verliefen in aller Offenheit gesagt enttäuschend. Trotz engagierter Bemühungen und wiederholten telefonischen sowie schriftlichen Anfragen kam von keiner/m einzigen/m Protagonist\*in in irgendeiner Form Rückmeldung.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Berufsgesetz in **Niederösterreich** konnten einige relevante Unterstützer\*innen identifiziert werden. Schriftliche Stellungnahmen von Ulrike Königsberger-Ludwig (Landesrätin Soziales, SPÖ), Gottfried Waldhäusl (Landesrat, FPÖ) und Vesna Schuster

(Landtagsabgeordnete, FPÖ) wiesen eine klare Befürwortung des Berufsgesetzes für Sozialarbeiter\*innen aus, wobei gleichzeitig auf die Herausforderungen im föderalistischen politischen Systems Österreich hingewiesen wurde. René Pfister (Landtagsabgeordneter, SPÖ) zeigte sich im Gespräch als Befürworter des Berufsgesetzes aus und bot auch seine Unterstützung in den weiteren Bemühungen im Umsetzungsprozess an.

In **Oberösterreich** wurden zahlreiche relevante Personen und Institutionen aus Politik, arbeitsrechtlichem Kontext und Bildungsbereich kontaktiert. Drei Protagonist\*innen aus der politischen Landschaft konnten als Befürworter\*innen des Berufsgesetzes ausgemacht und für Stellungnahmen gewonnen werden. Birgit Gerstorfer (Landesrätin, SPÖ) sprach sich für ein Berufsgesetz aus und unterstrich die Bedeutung von Qualitätsstandards sowie die notwendige Klärung der Dimensionen für einen Berufsschutz. Marco Ratzenböck (Sozialreferent, FPÖ) thematisierte Rechtssicherheit und Wertschätzung als Gründe für ein Berufsgesetz. Er verwies gleichzeitig auf die kompetenzrechtlichen Hürden und die generelle Behähigkeit der Politik. Ines Vukajlovic (Landtagsabgeordnete, Grüne) erachtete eine rechtliche Gleichstellung der Sozialen Arbeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als notwendig. Sie sah als große Herausforderung eines Berufsgesetzes die Herstellung einer Einigkeit im föderalistischen System.

Die Lobbyarbeit in **Salzburg** gestaltete sich fruchtbar und interessant. Aus dem politischen Bereich konnte insbesondere Daniela Gutschi (Landesrätin, ÖVP) als motivierte Unterstützerin des Berufsgesetzes identifiziert werden. In einem persönlichen Gespräch zeigte sie die Bereitschaft, sich auf Landesebene um einen Antrag für das Berufsgesetz zu bemühen. Anna Schiester (Salzburger Sozialausschuss, Grüne) und Anja Hagenauer (Sozialressort Stadt Salzburg, SPÖ) sprachen sich in einer schriftlichen Stellungnahme ebenfalls für ein Berufsgesetz aus. Im zivilgesellschaftlichen Bereich fanden Gespräche mit Astrid Jakob (Lektorin, FH Salzburg), Peter Fritz (Betriebsrat, AK-Rat) und Paul Weidinger (Sozialarbeiter, OBDS Salzburg) statt. Alle drei setzen sich auf unterschiedlichen Ebenen mit der Thematik Berufsgesetz auseinander und gehören zu den zentralen Unterstützer\*innen im Bundesland Salzburg.

## LITERATUR

(1) Niederwieser, Erwin/ Reheis, Gerhard/ Wurm, Gisela (2004): Petition an den Nationalrat betreffend Berufsgesetz für SozialarbeiterInnen. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/PET/PET\\_00046/imfname\\_035923.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/PET/PET_00046/imfname_035923.pdf) (Zugriff: 11.5.2022)

(2) Bundeskanzleramt Österreich Hg. (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020-2024. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:7b9e6755-2115-440c-b2ec-cbf64a931aa8/RegProgramm-lang.pdf> (Zugriff: 13.5.2022)

(3) Hefel, Johanna M./ Redelsteiner, Christoph/ Uhl, Marco (2021): Berufsgesetz für Sozialarbeiter\*innen in Österreich. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/berufsgesetz-fuer-sozialarbeiter-innen-in-oesterreich> (Zugriff: 11.5.2022)



In der Kommunikation mit Protagonist\*innen in der **Steiermark** konnte ein schriftliches Statement von Claudia Klimt-Weithaler (Landtagsklubobfrau, KPÖ) erwirkt werden, in dem sie sich für ein Berufsgesetz ausspricht. Auch Gertraut Pantucek (Leiterin des Instituts Soziale Arbeit, FH Joanneum) erachtet ein Berufsgesetz für Sozialarbeiter\*innen als notwendig und spricht sich für einen beharrlichen Einsatz dafür aus.

Im Bundesland **Tirol** stellte sich die Lobbyarbeit trotz zahlreicher hartnäckiger Bemühungen herausfordernd dar. Es gab vielfach keine Rückmeldungen oder es fanden Verweise auf andere Personen statt. Im Bereich zivilgesellschaftlicher Organisationen konnten keinerlei produktive Kontakte hergestellt werden. Offensichtlich fühlten sich nur wenige politische Repräsentant\*innen für das Thema Berufsgesetz zuständig und zeigten Interesse daran. Zu diesen wenigen zählten Stephanie Jicha (Landtagsabgeordnete, Grüne) und Andrea Haselwanter-Schneider (Landtagsabgeordnete, Liste Fritz), die sich schriftlich als Befürworterinnen des Berufsgesetzes positionierten.

In **Vorarlberg** konnten nur wenige, dafür mit Katharina Wiesflecker (Landesrätin Soziales, Grüne) und Martina Rüscher (Landesrätin Gesundheit, ÖVP) wichtige Protagonist\*innen für einen Austausch gewonnen werden. Es fand hier ein Gespräch statt. Beide Landesrätinnen wiesen deutlich auf die Komplexität des Themas (föderalistische Organisation und Kompetenzverteilung im Bereich Berufsgesetz bzw. Sozialpolitik) und die zahlreichen Herausforderungen dabei (Personalmangel, Einschränkungen durch Tätigkeitsdefinitionen, etc.) hin. Herr Kerbleder (Landtagsabgeordneter, FPÖ) sprach sich in einer kurzen schriftlichen Stellungnahme pro Berufsgesetz aus.

Das Thema Berufsgesetz fand im Bundesland **Wien** hauptsächlich auf zivilgesellschaftlicher Ebene Anklang. Von den zahlreichen kontaktierten Politiker\*innen bezog

nur Judith Pühringer (Landesparteivorsitzende, Grüne) Stellung und verwies auf den innerparteilichen Austausch mit Minister Rauch. Tanja Wehsely (Geschäftsführerin, Volkshilfe Wien) nahm in schriftlicher Form Stellung und positionierte sich klar als Unterstützerin eines Berufsgesetzes.

### KOMPLEXE STRUKTUREN ÖSTERREICHS ALS HERAUSFORDERUNG

Die Ergebnisse zeigen den Erfolg konsequenter Bemühungen. Einige relevante Protagonist\*innen konnten identifiziert beziehungsweise gewonnen werden. Diese können und werden ein Berufsgesetz für Sozialarbeiter\*innen von Kommunal-, Landes- und Bundesebene aus unterstützen. Es wurde deutlich, dass die komplexen föderalistischen Strukturen in Österreich eine bedeutsame Herausforderung für das Berufsgesetz darstellen. So muss ein dahingehender rechtlicher Rahmen auf Bundesebene beschlossen werden, die Umsetzung der daraus resultierenden Konsequenzen für die Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen bleibt auf Landesebene zu regeln. Es bleibt zu hoffen, dass verbale Zusicherungen auch in Handlungen übersetzt werden und das Gesetz bald in Bearbeitung genommen wird. Damit könnten über 20 Jahre begründeter und motivierter Einsatz zahlreicher Kolleg\*innen die wohlverdiente Anerkennung bekommen und eine relativ junge aber sozial hochrelevante und wissenschaftlich fundierte Profession fände endlich auch in Österreich ihre gesetzliche Legitimation.

**Mag.a Heidelinde Luger, BA,  
cand. MA**

ist Masterstudentin Soziale Arbeit FH St. Pölten



### Mit den Zielen der Klient\*innen arbeiten: Der Systemisch-Lösungsfokussierte Ansatz in der Sozialen Arbeit

Ein Praxislehrgang für stärken- und ressourcenorientiertes Vorgehen (gerade auch bei „schwierigen“ Klient\*innen) in der Sozialen Arbeit, in Beratung, Coaching und Therapie.

**Beginn: 18. - 21. Oktober 2023, in 1060 Wien**

Der Lehrgang umfasst insgesamt 12 Seminartage in Präsenz und 3 Gruppensupervisions-Abende über Zoom und endet Anfang März 2024. Die Termine finden Sie auf unserer Webseite.

Infoabend über Zoom: am 12.06.2023, 18:00-19:15 - Anmeldung per E-mail, Betreff: Infoabend



Anmeldung und Informationen bei:  
**Institut für Lösungsfokussierte Praxis,  
Verein OS'T**

Tel.: +43-1-523 38 55  
E-mail: office@netzwerk-ost.at  
Web: www.netzwerk-ost.at

Gerne beraten wir Sie auch zu möglichen finanziellen Förderungen Ihrer Teilnahme!



## Qualitätsvolle Betreuung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe durch Weiterbildungen stärken

Das zwischen Februar 2021 und Dezember 2022 im Rahmen eines groß angelegten, von FICE Austria initiierten Kooperationsprojektes entwickelte „Curriculum für die duale praxisorientierte Weiterbildung von Fachkräften der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ (FICE Austria 2023) will einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Betreuungsqualität in stationären Einrichtungen in Österreich leisten. Im vorliegenden Artikel werden die Gründe für die Entwicklung sowie zentrale Eckpunkte des Curriculums dargelegt.

Monika Lengauer, Christian Posch

### 1. HINTERGRÜNDE FÜR DIE ENTWICKLUNG DES CURRICULUMS

Das kooperativ entwickelte<sup>1</sup> Curriculum soll einen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitätsvollen, entwicklungs- und gesundheitsförderlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen in Österreich leisten – und zwar über Bundesländer- und Organisationsgrenzen hinweg. Wesentlicher Hintergrund für die Entwicklung des Curriculums sind die zwischen 2017 und 2019 entwickelten Qualitätsstandards für Prozesse der Betreuung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen (FICE 2019). Die gelingende bundesländerübergreifende Umsetzung dieser Standards in die Praxis hängt wesentlich von den Haltungen, Wissensbeständen und Handlungskompetenzen der betreuenden Fachkräfte ab.<sup>2</sup> Die bestehenden anerkannten Basisausbildungen können jedoch überwiegend und aufgrund ihrer breiten inhaltlichen („generalistischen“) Ausrichtung nur sehr eingeschränkt spezifisch für die

stationäre Kinder- und Jugendhilfe qualifizieren und/oder sind nur wenig praxisorientiert. Auch zeichnen sie sich durch hohe inhaltliche Uneinheitlichkeit aus.<sup>3</sup> Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden (und wird auch von Führungskräften von Einrichtungen bestätigt), dass Absolvent\*innen der formal qualifizierenden Ausbildungen sehr unterschiedliche fachliche Voraussetzungen für ihre Betreuungstätigkeit mitbringen. Dieser Umstand wird dadurch verschärft, dass in den Bundesländern aufgrund der föderalistischen Strukturiertheit der Kinder- und Jugendhilfe sehr unterschiedliche Ausbildungen für die Tätigkeit in sozialpädagogischen Einrichtungen anerkannt werden. So gelten in einzelnen Bundesländern nur die Fachrichtungen Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Pädagogik, Erziehungswissenschaft, Psychotherapie oder Psychologie als facheinschlägig, in anderen Bundesländern werden auch Lehrkräfte, Elementarpädagog\*innen oder Sozial- und Lebensberater\*innen anerkannt.<sup>4</sup> Es kann daher keineswegs davon ausgegangen werden, dass in sozialpädagogischen Einrichtungen beschäftigte Fachkräfte

vergleichbare Qualifikationen mitbringen. Dies wird auch durch eine Erhebung der Volksanwaltschaft bestätigt, der zufolge nur etwa die Hälfte des Betreuungspersonals eine sozialpädagogische Ausbildung absolviert hat (vgl. Volksanwaltschaft 2022). Auch vor diesem Hintergrund erscheint es dringlich, dass Fachkräften eine Weiterbildung ermöglicht wird, um einheitliche fachliche Standards und eine vergleichbare qualitätsvolle Betreuung in Österreich bestmöglich zu gewährleisten und eine „österreichweite fachliche Perspektive aufrechtzuerhalten“ (Sting 2023). Denn das Recht auf eine vergleichbare qualitätsvolle Betreuung steht allen Kindern und Jugendlichen in Österreich gleichermaßen zu, egal in welchem Bundesland oder in welcher Einrichtung sie leben – ein Umstand, der vom UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes in Bezug auf die föderalistische Situation in Österreich schon mehrmals moniert wurde.

Ein weiterer zentraler Hintergrund für die Entwicklung des Curriculums stellt die lerntheoretische Grundposition dar, dass für eine bedarfsgerechte Bewältigung der Praxisanforderungen in sozialpädagogischen Einrichtungen die reflexive und theoretisch angebundene Arbeit von Fachkräften an und mit eigenen, „realweltlichen“ Praxiserfahrungen von zentraler Bedeutung ist. Durch den Wechsel zwischen pädagogischer Praxis einerseits und dem reflexivem, von Handlungsdruck entlasteten Rahmen in der Weiterbildung andererseits können Herausforderungen in der Praxis und theoretische Erkenntnispotentiale bestmöglich in Bezug gesetzt und professionelle Reaktionen in einem geschützten Rahmen geübt werden (vgl. Polutta 2020: 268). Die Weiterbildung

ist daher als „dual“ konzipiert, was bedeutet, dass die Teilnehmer\*innen zwischen zwei Lernorten wechseln und ihre eigenen Fragen, Fallbeispiele und Irritationen aus der Praxis im geschützten Lernort Weiterbildung reflexiv und übend bearbeiten können.

Nicht zuletzt trägt eine praxisorientierte duale Weiterbildung idealerweise dazu bei, dem aktuellen Mangel an und der hohen Fluktuation von Fachkräften entgegenzuwirken. Denn damit Mitarbeiter\*innen in diesem höchst komplexen, herausfordernden und ebenso bereichernden Berufsfeld und in den Einrichtungen längerfristig bleiben, ist eine strukturierte Einarbeitung und fachliche Begleitung besonders wichtig. Im Sinne einer entwicklungsförderlichen Begleitung von Kindern und Jugendlichen ist es unabdingbar, darauf hinzuwirken, dass gut ausgebildete, reflektierte und kontinuierliche Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Die Weiterbildung kann eine Maßnahme (unter vielen anderen notwendigen Maßnahmen) darstellen.

## 2. DIDAKTISCHE AUSRICHTUNG DES CURRICULUMS

Folgende didaktische Zugänge werden als richtungsweisend für eine lernförderliche Weiterbildung von Fachkräften in den stationären Erziehungshilfen erachtet:

### 2.1. Verstehensorientierter und reflexiver Zugang

Das Curriculum basiert auf der Grundposition, dass die Beantwortung der Frage nach angemessenen

sozialpädagogischen Handlungen und Unterstützungsangeboten immer geleitet ist durch das Bild von der Situation und den Unterstützungsbedarfen des Kindes/Jugendlichen, also davon, was (idealerweise) „vorher verstanden wurde“ (Nauerth 2016: 35). Je nachdem, was gerade „der Fall“ ist, geht es darum, Gefühle, Verhaltensweisen und Entwicklungsaufgaben oder Potentiale von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund ihrer biographischen Erfahrungen und aktuellen Kontext- und Situationsbedingungen nachvollziehend zu lernen, um daraus bedarfsgerechte Unterstützungsangebote und pädagogische Handlungsmöglichkeiten ableiten zu können. Wesentliche „Verstehensgegenstände“ im Kontext der stationären Erziehungshilfen sind neben familiären Dynamiken und Beziehungsgefügen, der Psychodynamik der\*des Heranwachsenden und damit verbundene Entwicklungsaufgaben („Entwicklungspädagogisches Verstehen“) die Dynamiken im weiteren Lebensumfeld der betreffenden Kinder und Jugendlichen (vgl. Schwabe 2021: 40-41). Von besonderer Relevanz dabei ist, dass im Verstehensprozess auch Situationsfaktoren und gesellschaftliche Kontextfaktoren, insbesondere die Chancenstruktur bzw. gesellschaftliche Benachteiligungen (Diskriminierungen, Stigmatisierungen), einbezogen werden, um angemessene Unterstützungsnotwendigkeiten ableiten zu können. Dies bedeutet, dass das aktuelle Erleben und die Unterstützungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen nicht allein familiär oder innerpsychisch erklärt werden können, sondern immer auch die aktuelle Situation und die aktuell wirkenden „Kräfte“ im gegebenen „Machtfeld“ (Lewin) zu berücksichtigen sind. Dazu zählen

auch die Erfahrungen der Kinder/Jugendlichen und ihre Herkunftssysteme mit den Hilfesystemen.

Schließlich bezieht sich der verstehensorientierte Zugang ebenso auf das **Selbstverstehen der Fachkräfte**. Da sich sozialpädagogische Prozesse und die Beziehungsgestaltung als so genannte Ko-Produktionsprozesse entwickeln, prägen die Fachkräfte die Hilfe- und Beziehungsprozesse unausweichlich mit; sie bringen immer auch ihre biographischen Erfahrungen und Prägungen ein und sind unabdingbar mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen konfrontiert. Der Selbstreflexion der eigenen Vorannahmen, Verstrickungen und biographischen Prägungen soll daher ein großer Platz eingeräumt werden. Dabei sollte insbesondere auch die Möglichkeit bestehen, dass Fachkräfte Irritationen und Erfahrungen der „Negation“ von Vorwissen und „eingespurten“ Deutungs- und Handlungsmustern in die eigene Praxis einbringen und reflektieren können. Denn wie aktuelle Lerntheorien nahelegen, profitiert Lernen in besonderer Weise von Situationen und Anlässen, in denen sich eingeübte Routinen oder implizite Deutungs- und Handlungsmuster nicht (mehr) bewähren (Meyer-Drewe 2010). Erforderlich hierfür ist Selbstreflexion und ein geschützter Raum für das Zulassen eigener Verunsicherungen und insbesondere die Möglichkeit, wertschätzend mit- und voneinander zu lernen.

Sowohl mit Bezug auf das Verstehen von Entwicklungsaufgaben, Verhaltensweisen, Bedürfnissen etc. der betreuten Heranwachsenden bzw. ihrer Eltern, als auch mit Blick auf das Selbstverstehen von Fachkräften

## VERWEISE / LITERATUR

<sup>1</sup> Die Erarbeitung des Curriculums erfolgte im Rahmen des sog. „C-Zirkels“, der sich aus 20 Expert\*innen von 16 Organisationen zusammensetzte und der insgesamt mehr als 130 Stunden sowohl online als auch in Präsenz tagte. Parallel zum C-Zirkel wurde eine 8-köpfige „Praxisgruppe“ eingerichtet, die für die Entwicklung der Lern-Lehrformen verantwortlich war und 12-mal tagte. Zusätzlich fanden 5 Treffen eines „Soundingboards“ statt. Vertreten waren Entscheidungsträger\*innen von in der KJH tätigen Organisationen, Vertreter\*innen von angrenzenden Hilfesystemen und der Wissenschaft/Lehre.

<sup>2</sup> Neben den pädagogischen Haltungen und Kompetenzen der betreuenden Fachkräfte spielen für eine Implementierung der Qualitätsstandards zweifellos noch andere Faktoren eine bedeutsame Rolle. Dazu zählen insbesondere die vorangegangene Hilfeplanung sowie Merkmale der Strukturqualität der betreuenden Einrichtungen wie die verfügbaren Personalressourcen und Dienstplangestaltung.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu die Studie zur Situation der Ausbildung für die Kinder- und Jugendhilfe von Stephan Sting und Karin Lauermann (2020), in der die Uneinheitlichkeit der für die stationären Erziehungshilfen qualifizierenden Ausbildungen dargelegt wird. Auch weisen die Autor\*innen darauf hin, dass in den Curricula der aktuellen Studiengänge keine explizit kinder- und jugendhilfebezogenen Inhalte erkennbar sind und das Ausmaß an Pflichtpraktika beträchtlich divergiert.

<sup>4</sup> Ein Überblick über die anerkannten Ausbildungen in den unterschiedlichen Bundesländern gibt die <sup>2022</sup> erschienene Masterarbeit von Christine Riedl (Riedl 2022). Allerdings wurde die in der Masterarbeit zusammengefassten Bestimmungen aufgrund des aktuellen Personalmangels mittlerweile im Rahmen von bundesländerspezifischen Verordnungen adaptiert, indem etwa auch Fachkräfte in Ausbildung anerkannt werden.

Ader, S./Schrappner, Ch. (2020): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Ernst Reinhardt Verlag.

FICE Austria (2019): Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. Freistadt: Plöchl.

FICE Austria (Hg.): Curriculum - Duale praxisorientierte Weiterbildung für Fachkräfte der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Freistadt: Verlag Plöchl.

Kläui, Ch. (2015): Psychoanalytisches Arbeiten. Für eine Theorie der Praxis. 3., unveränderte Auflage. Bern: Hogrefe.

Kuhl, J./Schwer, Ch./Solzbacher, C. (2014): Professionelle pädagogische Haltung. Versuch einer Definition des Begriffes und ausgewählte Konse-

quenzen für Haltung. S. 107-121. In: Schwer, Ch./Solzbacher, C. (Hg.): Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff. Osnabrück: Klinhardt.

Meyer-Drewe, K. (2010): Zur Erfahrung des Lernens. Eine phänomenologische Skizze. In: Santalka.

Filosofija 18 (3): 6-16.

Nauerth, M. (2016): Verstehen in der Sozialen Arbeit. Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik. Wiesbaden: Springer VS.

Polutta, A. (2020): Die Bedeutung von Praxis- und Theoriestudium für die Fachlichkeit Sozialer Arbeit. Herausforderungen, Kontroversen und Perspektiven. In: Sozial Extra 5: 265–269.

Riedl, Ch. (2022): Stationäre Kinder- und Jugendhilfe in Österreich. Bundesländervergleich diverser Ausbildungswege von MitarbeiterInnen in den sozialpädagogischen Wohngruppen in Hinblick auf Qualitätsstandards, Kompetenzerwerb, professionelle Haltungen und Praxisbezug. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts (MA). Institut für Erziehungswissenschaft, Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Innsbruck.

Schwabe, M. (2021): Praxisbuch Fallverstehen und Settingkonstruktion. Hilfeplanung für krisenhafte Verläufe. Weinheim: Beltz.

Sting, S./Lauermann, K. (2020): Umwege, Abwege, Sackgassen. Ausbildungen für die KJH in Österreich. In: Sozialpädagogische Impulse 3: 12-17.

Sting, S. (2023): Fachliche Weiterbildung als Weg zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe. Vortrag gehalten am 26. Jänner 2023 bei der Kick-Off-Tagung „CURRICULUM für die duale praxisorientierte Weiterbildung von Fachkräften in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ im Festsaal der Volksanwaltschaft, Wien. [www.fice.at/\\_files/ugd/b9f7fe\\_4cd90097a2ff4044b4a10e2db065b8.pdf](https://www.fice.at/_files/ugd/b9f7fe_4cd90097a2ff4044b4a10e2db065b8.pdf) [Zugriff am 09.04.2023].

Volksanwaltschaft (2022): Aus- und Fortbildung des sozialpädagogischen Personals Prüfungsschwerpunkt der Volksanwaltschaft Ergebnisse und Empfehlungen. Presseunterlage. <https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/Volksanwaltschaft-pruefte-schwerpunktmaessig-sozialpaedagogische-Einrichtungen> [Zugriff am 09.04.2023].



gilt es jedoch immer, die Grenzen des Verstehens zu erkennen und anzuerkennen. Denn weder Selbst- noch Fremdverstehen ist umfassend möglich. Nicht-Wissen und die Konfrontation mit einem „unübersetzbaren Rest“ (Kläui 2015) stellen daher Kernmerkmale sozialpädagogischer Praxis dar. Es geht daher wesentlich um den Umgang mit diesem Nicht-Wissen sowie auch mit den unausweichlich gegebenen Spannungsverhältnissen sozialpädagogischer Praxis. Diese geben immer wieder Anlass zu neuen Suchbewegungen, die auch Freude bereiten können/dürfen und wertvolle Impulse für die fachliche und persönliche Weiterentwicklung der Fachkräfte bieten können.

2.2. Handlungs- und Praxisorientierung

Das Curriculum ist wesentlich handlungs- und praxisorientiert ausgerichtet. In Anschluss an sozialwissenschaftliche Praxistheorien wird dabei von der Annahme ausgegangen, dass kompetentes Handeln und Reagieren nicht durch Wissen allein hergestellt werden können, sondern entsprechende Erfahrungen und deren Reflexion voraussetzen, aber auch einen entsprechenden Deutungsrahmen. Theoretisches Wissen dient daher dazu, Beobachtungsstandpunkte zu erweitern, fachlich begründete pädagogische Handlungsoptionen zu entwickeln und Distanz zum pädagogischen Geschehen und zur eigenen Verstricktheit herzustellen.

Im Curriculum wird dabei die Grundposition vertreten, dass die Weiterentwicklung professioneller Selbstwirksamkeit wesentlich darauf angewiesen ist, Praxiserfahrungen und theoretisches Deutungswissen in Beziehung zu setzen und die eigenen Praxiserfahrungen einer kritischen (Selbst-) Reflexion zu unterziehen. Dies bedeutet, dass die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer\*innen gezielt in die Lern-, Übungs- und Reflexionsprozesse einbezogen werden. Durch den Wechsel zwischen pädagogischer Praxis einerseits und reflexivem Rahmen in der Weiterbildung (und damit Handlungsentlastung und Möglichkeiten zur zeitlichen und emotionalen Distanzierung) andererseits können Herausforderungen in der Praxis und theoretische Erkenntnispotentiale gut in Bezug gesetzt sowie professionelle Reaktionen in einem geschützten Rahmen geübt werden.

2.3. Haltungsorientierung

Das Curriculum gründet in der Annahme, dass professionelle Haltungen für die Weiterentwicklung von sozialpädagogischen Handlungskompetenzen von zentraler Bedeutung sind. Mit Ader und Schrapper (2020: 42) lässt sich eine innere Haltung grundsätzlich als Grundeinstellung, Überzeugung und innerer Kompass begreifen (vgl. auch Kuhl et al. 2014: 107). Haltungen inkludieren daher Vorstellungen des Wünschenswerten und sind eng mit ethischen Grundannahmen

verbunden. Es ist wichtig, sich dessen bewusst zu sein, da sie einen normativen Charakter haben und ihnen eine Orientierungs- und Reflexionsfunktion für das pädagogische Handeln zukommen.

2.4. Kombination von unterschiedlichen Lehr-Lernformen

Aufbauend auf den didaktischen Grundorientierungen des Curriculums wurden unterschiedliche Lehr-Lernformate entwickelt. Zentrale Elemente hierbei sind:

1. Webinars/Lernvideos zur Vermittlung von deklarativem Wissen und pädagogischen Konzepten

2. Selbststudium, wofür Lernmaterialien zur Verfügung gestellt werden

3. Blockveranstaltungen (Präsenzveranstaltungen), die folgende Gruppenformate vorsehen:
- Lehrgangsgruppe (Gesamtgruppe des Lehrgangs) zur Vertiefung von Lerninhalten und zur Reflexion der Lern- und Gruppenprozesse

• Praxisgruppen (Kleingruppe), die einen geschützten Raum für praxis- und handlungsorientiertes Lernen (Bearbeitung von Fallbeispielen, Üben von Methoden, Rollenspiele etc.) bieten

• Supervisionsgruppe zur Reflexion eigener biographischer und beruflicher Erfahrungen mit Blick auf die eigenen emotionalen Anteile und Übertragungsprozesse in beruflichen Beziehungsdynamiken

4. Peergruppe zur Vertiefung der jeweils behandelten Themenbereiche (Literaturstudium, kollegiale Beratung, Übungen)

5. Praxistraining, im Rahmen dessen Praxisaufgaben während der Regelarbeitszeit in der eigenen Einrichtung umgesetzt (z.B. Biographiearbeit, Partizipationsprojekte etc.) und die anschließend in den Kleingruppen reflektiert werden

6. Buddy-System zur Diskussion von offenen Fragen, Verfassen gemeinsamer schriftlicher Arbeiten, Reflexion von Herausforderungen in der Berufspraxis etc.

7. Verfassen von drei Zwischenarbeiten und einer Abschlussarbeit

Darüber hinaus wird eine (freiwillige) Einzelsupervision im Umfang von 20 Stunden empfohlen.

3. INHALTLICHE SCHWERPUNKTE DES CURRICULUMS

Die Weiterbildung sollte einen Umfang von mindestens 60 ECTS-Punkten umfassen, damit die thematischen Schwerpunkte in der notwendigen Tiefe erarbeitet werden können. Die obenstehende Tabelle zeigt die Themenbereiche:

Thematische Bereiche

- 1

PÄDAGOGISCHES GRUNDVERSTÄNDNIS UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN
- 2

ENTWICKLUNGS- UND LEBENSWELTORIENTIERTES FALLVERSTEHEN
- 3

BINDUNG-BEZIEHUNG-TRAUMAPÄDAGOGIK
- 4

PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG & MENTALISIERUNG
- 5

BETEILIGUNG IN DER EINRICHTUNG
- 6

DIE EINRICHTUNG ALS SICHERER ORT
- 7

AUFNAHMEPROZESS UND BETREUUNGSPLANUNG
- 8

DOKUMENTATION
- 9

GESTALTUNG DES ALLTAGS IN DER EINRICHTUNG
- 10

GRUPPENDYNAMIK UND SOZIALPÄDAGOGISCHE ARBEIT IN UND MIT DER GRUPPE
- 11

BILDUNGSFÖRDERUNG
- 12

BEWÄLTIGUNGSAUFGABEN UND BEGLEITUNG VON JUGENDLICHEN IN DER ADOLESCENZ
- 13

SEXUALPÄDAGOGIK
- 14

ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HERKUNFTSSYSTEM
- 15

BEGLEITUNG VON ÜBERGÄNGEN AUS DER EINRICHTUNG
- 16

GESUNDHEITSVERSORGUNG UND -FÖRDERUNG
- 17

GRUNDLAGEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
- 18

SUCHTPRÄVENTION UND BEGLEITUNG VON JUGENDLICHEN BEI RISKANTEM SUBSTANZKONSUM
- 19

MEDIENPÄDAGOGISCHE BEGLEITUNG
- 20

QUALITÄTSENTWICKLUNG IN SOZIALPÄDAGOGISCHEN EINRICHTUNGEN

Besonders wichtig für die Grundausrichtung der Weiterbildung ist, dass die thematischen Schwerpunkte nicht als voneinander abgetrennte, in sich geschlossene inhaltliche Lerneinheiten, sondern eng verzahnt umgesetzt werden. So sollen etwa Querschnittsthemen und theoretische Ansätze wiederholend aufgegriffen werden (etwa Beteiligung im Fallverstehen, in der Betreuungsplanung, im Alltagsgeschehen, in der

Übergangsbegleitung, traumapädagogische Zugänge in Bezug auf Sexualpädagogik, Umgang mit hochriskantem Konsumverhalten etc.). Die wiederholte Zuwendung zu Themen- und Handlungsbereichen soll dazu beitragen, sowohl das Verstehen als auch die Handlungskompetenz der Teilnehmer\*innen im Sinne einer kontextgebundenen und zugleich möglichst vernetzten und umfassenden professionellen Handlungsfähigkeit nachhaltig zu fördern.

Dr.in Monika Lengauer

ist Sozial- und Kulturanthropologin, Mediatorin, Trainerin in der Erwachsenenbildung und Vorstandsmitglied von FICE Austria. Sie begleitete den Prozess der Entwicklung der „Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe“ und war Co-Leiterin des Projekts zur Entwicklung des Curriculums.



Dr. Christian Posch

ist International Child Care Consultant, Qualitätsmanager, Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Präsident der FICE Austria. Er war externer Berater bei der Entwicklung der Qualitätsstandards und Co-Leiter des Projekts zur Entwicklung des Curriculums.





© obds Kärnten

## NACHSCHAU: WORLD SOCIAL WORK DAY

Marina Salmhofer

Wir schreiben den 3. Dienstag im Monat März, ein wichtiges Datum im Hinblick auf die Soziale Arbeit. Aus meiner Sicht ein Feiertag in der sozialen Arbeit. Wieso? An diesem Tag findet alljährlich der WORLD SOCIAL WORK DAY, der Welttag der Sozialen Arbeit, statt. Für mich persönlich ist es gerade in Kärnten ein sehr besonderer Tag, da es eines meiner größten Projekte zu Beginn meiner Funktion als Landessprecherin von Kärnten im OBDS war.

Ziel war es, der Öffentlichkeit zu zeigen, was und wie vielfältig Soziale Arbeit ist und die Studierenden in ihrer professionellen Identität zu stärken. Zeitgleich war es der Beginn eines Zusammenschlusses der Ausbildungsträgerschaften und Organisationen in Kärnten, um eine gemeinsame Aktion für die Soziale Arbeit zu gestalten. Wenn man so will, ist der WSWD ein Aushängeschild von Solidarität, die untereinander existiert, eine innere Stärkung und ein Ausdruck von Vielfalt und Gemeinschaft.

Heuer konnte der World Social Work Day in Österreich mehrfach zelebriert werden. Einerseits mit einer österreichweiten Aktion, die zum zweiten Mal online stattfand. Der Kreativität waren keine Grenzen gesetzt und so wurden sehr kreative Bilder, Texte und Videos an den OBDS geschickt, welche anschließend über Social

Media viral gingen. Neben Kärnten fanden auch in anderen Bundesländern Veranstaltungen statt. Viele Eindrücke dazu gibt es auf unserer Homepage zu sehen. Alles in allem eine Vielfalt, passend zum heurigen Motto „Wir respektieren Vielfalt durch gemeinschaftliches soziales Handeln“.

In Kärnten konnten heuer sogar zwei Tage für den WSWD in Kooperation mit dem OBDS geplant werden. Den Auftakt machte die FH Feldkirchen, Studiengang Soziale Arbeit in Kooperation, am Freitag, den 17.03.2023. Zahlreiche Studierende und Interessierte pilgerten nach Feldkirchen, um sich dort spannende Inputs abzuholen. Den Hauptvortrag gestaltete FH-Professorin Katrin Feldermann zum Thema „Soziale Arbeit in Zeiten der Krise – Reflexive Vulnerabilität als Form der Solidarisierung“. Drei motivierte Studentinnen stellten sich ebenso der Thematik der Verantwortung mit einem Vortrag zum Thema „Verantwortung ist kein Bauchgefühl“. Eindrucksvoll präsentierten sie ihr wichtigstes Statement an die Praktiker\*innen und Studierende: „Nutzt eure Stimmen, seid laut, selbstbewusst und nehmt eure Verantwortung wahr. Tretet für das politische Mandat ein und fordert Gerechtigkeit“. Eindrucksvoll war vor allem ihre Schaufensterpuppe Alex. Zu Beginn der Präsentation trug die Puppe eine Mullbinde im Gesicht. Damit wurde

darauf hingewiesen, dass Studierende ihre Stimme erst im Laufe der Ausbildung bekommen. Die Studentinnen stellten fest, wie sie durch die Ausbildung und ihren Erfahrungen mehr Stimme bekamen und schlussendlich auch die Verantwortung, um das politische Mandat zu vertreten. Zu guter Letzt bekam noch jede/r Anwesend/e eine Stimme und konnte seine/ ihre Gedanken an Alex pinnen.

Am Hauptplatz von Feldkirchen fand schließlich noch eine Performance, einstudiert von Frau Feldermann und den Studierenden, in der Tradition des Theaters der Unterdrückten, statt. Eine mitreißende Aktion (das Video ging ebenso viral), die zu mehr Zusammenrücken einlud, eine enorme Stimmung verbreitete und zu vielen genialen Gesprächen im Anschluss führte.

Einen würdigen Abschluss fand die Veranstaltung mit unserer traditionellen Sozialarbeitssuppe. Ja, in Kärnten laufen die Uhren anders und zu jeder traditionellen Festlichkeit gibt es eine traditionelle Suppe. Hiermit bedanke ich mich noch einmal recht herzlich bei Moni's Eck, der Mama sowie der Familie von Lisa Fian, meiner besseren OBDS-Hälfte, für die köstliche Verpflegung.

Gleich am Montag fand eine Onlineveranstaltung zum Thema „Wer wir sind - und was wir tun“, organisiert von der Universität Klagenfurt und dem OBDS, statt. Julia Pollak führte in einem sehr spannenden Vortrag die Sichtweise des OBDS auf das Thema Berufsgesetz aus und man konnte den Ausführungen zu der Situation in der Schweiz von Avenir Social, dem Berufsverband der

Sozialen Arbeit in der Schweiz, lauschen. Spannend war ebenso der Austausch mit der Akademischen Sozialarbeit Österreichs.

Sehr viel Verbindendes entstand durch diese beiden Veranstaltungen und das ist doch auch das Ziel eines WORLD SOCIAL WORK DAY!

Marina Salmhofer, obds Kärnten

### SIÖ 221 INFORMATIONEN

Herausgeber, Medieninhaber und Verleger:

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit  
A-1060 Wien,  
Mariahilferstraße 81 /1/14  
ZVR: 275736079  
UID: ATU78095936  
www.obds.at

### ABONNENT\*INNEN INFORMATION:

Erscheinung, Preise, Abonnements: Die SIÖ erscheint vierteljährlich. Einzelpreis: € 13,20; Jahresabonnement: € 49,50,- Inland/ € 65,- Ausland. 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 der obds-Mitglieder ist kostenlos.

### ABONNENT\*INNEN SERVICE:

obds, 1060 Wien,  
Mariahilferstraße 81 /1/14,

Tel: +43 1 5874656,  
E-Mail: service@obds.at

**www.obds.at**

Join us on



### NOTIZEN:

Der Wiener Fachtag Soziale Arbeit mit älteren Menschen richtet sich an alle Sozialarbeiter\*innen, die mit älteren Menschen und deren An- und Zugehörigen arbeiten. Soziale Arbeit stellt einen wesentlichen Beitrag zur Alltagsbewältigung und Lebensqualität von älteren Menschen und deren Angehörigen dar. So vielfältig und bedeutsam Soziale Arbeit in diesem Bereich ist, bleibt sie im Verhältnis dazu wenig sichtbar. Der Fachtag zielt auf die Vernetzung, Fortbildung und Stärkung von Sozialarbeiter\*innen in diesem Feld hin. Zudem werden die Bedürfnisse und Themen von älteren Menschen sichtbar gemacht. Der 3. Wiener Fachtag Soziale Arbeit mit älteren Menschen findet am 5.10.2023 statt und widmet sich den Schwerpunkten psychische Gesundheit im Alter, Gewalt gegen ältere Menschen, Altersarmut sowie der Positionierung und Vernetzung Sozialer Arbeit im Kontext Alter. Detaillierte Informationen finden sich hier:

<https://psd-wien.at/fachtag>



# ARBEITEN IM SOZIALBEREICH?



Besuche unsere Jobbörse, um einen Job zu suchen oder zu inserieren.



[www.obds.at/stellenangebote](http://www.obds.at/stellenangebote)

