

# Arlt Symposium

## 2011

Tagungsdokumentation

## 99/10 Soziale Arbeit –

# 99 Jahre Profession, 10 Jahre im Hochschulsystem

Arlt Symposium, 29.-30. September 2011

### **Ausstellung und Firmenmesse**

Einrichtungen der Sozialen Arbeit präsentierten sich an den beiden Veranstaltungstagen im Foyer der FH St. Pölten. Die Studiengänge Soziale Arbeit der FH St. Pölten präsentierten parallel dazu in einer Ausstellung u.a. Projekte der Studierenden und Lehrenden, das Wirken und Werke von Ilse Arlt und Publikationen.

### **be a part of it...**

Alle Symposiumsteilnehmer\*innen wurden gebeten ein Artefakt mitzunehmen, das für Sie persönlich einen Bezug zur Geschichte, zur Professionalisierung oder zur Profession der Sozialen Arbeit hat. Das konnte beispielsweise ein Foto, ein alter Zeitungsartikel, die erste Fachzeitschrift oder anonymisierte Aufzeichnungen von Klient\*innenarbeit, Teamsitzungen usw. sein. Wir wollten versuchen aus diesen Gegenständen eine gemeinsame Ausstellung während 99/10 zu machen und so gemeinsam einen kleinen Beitrag zur Dokumentation der Geschichte leisten und die Sozialarbeit sichtbarer zu machen. Gegenständliche Artefakte waren ebenfalls willkommen.

# Programm am 29. September 2011

## Symposien „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert: Soziale Innovation?“

**12:00 Uhr** | Registrierung und Besuch der Ausstellung sowie Firmenmesse im Foyer

**13:00 Uhr** | Begrüßung und Eröffnung

**13:15 – 14:45 Uhr** | **Symposien (Parallelveranstaltungen)**

### **Symposium 1** (Aufzeichnung)

Kinderrechte in der Verfassung – ein zu Tode geprügeltes Kind?

Gabriela Peterschofsky-Orange / Christine Haselbacher / Michaela Moser

### **Symposium 2** (Aufzeichnung)

Zukünftige Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels

Christoph Reinprecht / Erich Fenninger / Johannes Pflegerl

### **Symposium 3**

Der Sog der Ökonomisierung – wenn neue Währungen ins System kommen

Alexander Bernardis / Monika Dickinger

**14:45 Uhr** | **Pause**

**15:00 – 16:30 Uhr | Symposien (Parallelveranstaltungen)**

**Symposium 4**

Mobilität und Interkultur

Darja Zavirsek / Gertraud Pantucek / Dominik Sandner / Murat Düzel

**Symposium 5 (Aufzeichnung)**

Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

Albert Mühlum / Christoph Redelsteiner / Kurt Fellöcker / Sonja Kirchweger

**Symposium 6**

Sozialarbeit und Outplacement:

Im Spannungsfeld von Ethik und Quote – ein Diskurs

Alois Huber / Judith Pühringer / Gertrude Hausegger / Barbara Bühler

**16:30 Uhr | Pause**

**17:00 – 18:30 Uhr | Symposien (Parallelveranstaltungen)**

**Symposium 7**

Soziale Arbeit im Hochschulsystem

Heinz Wilfing / Peter Pantucek / Sandra Nussbaumer

(Aufzeichnung Sandra Nussbaumer)

## **Symposium 8**

Democratic Psychiatry in a European perspective

Vito Flaker / Lorenzo Torressini / Bernhard Rupp / Kasia Jurczak / Tom Schmid

## **Symposium 9 (Aufzeichnung)**

„Orte – Felder – Praxen“ – 5 Thesen zur Verräumlichung Sozialer Arbeit

Manuela Brandstetter / Jan Zychlinksy / Ursula Stattler / Andreas Neidl

**ab 18:45 Uhr** | Empfang, Buffet und musikalischer Rahmen sowie Besuch der Ausstellung und Firmenmesse im Foyer

.

# Programm am 30. September 2011

**Festveranstaltung „Soziale Arbeit – 99 Jahre Profession, 10 Jahre im Hochschulsystem“**

**9:00 – 10:00 Uhr** | Besuch der Ausstellung und Firmenmesse im Foyer

**10:00 – 12:00 Uhr** | Festveranstaltung im Großen Festsaal der FH St. Pölten

**10:00 Uhr** | Eröffnung

FH-Prof. Barbara Schmid, MSc, Rektorin

Dipl.-Ing. Gernot Kohl, Geschäftsführer FH St. Pölten

## **Grußworte**

Mag. Matthias Stadler, Bürgermeister St. Pölten

Dr. Erwin Pröll, Landeshauptmann

Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Videobotschaft)

o.Univ. Prof. Dr. Karlheinz Töchterle, Bundesminister für Wissenschaft und Forschung (Videobotschaft)

**Keynote speech** (Aufzeichnung ab 55:10)

Sozialarbeiterausbildung im vergleichenden Kontext der europäischen wohlfahrtstaatlichen Systeme

Dr.in phil. Aila-Leena Matthies, Professorin für Soziale Arbeit an der University of Jyväskylä (Finnland) – Partneruniversität der FH St. Pölten

**Keynote speech** (Aufzeichnung ab 30:15)

Sozialpolitik in Europa (Livestream aus Graz)

Mag. phil. Dirk Jarré, Lehrbeauftragter Soziale Arbeit Master an der FH JOANNEUM

**Präsentation Social Clips**

Filmische Assoziationen zum Thema Sozialarbeit

Studentischer Wettbewerb an der FH JOANNEUM Graz unter Leitung von Rudi Dolezal

**Schlussworte**

FH-Prof. Dr. Peter Pantucek, Leiter Bereich Soziale Arbeit

**Im Anhang:**

- Einladung
- Programm
- Vortragsfolien Aila-Leena Matthies
- Vortragsfolien Gabriela Peterschofsky-Orange
- Vortragsfolien Christine Haselbacher
- Vortragsfolien Christoph Reinprecht
- Vortragsfolien Erich Fenninger
- Vortragsfolien Johannes Pfliegerl
- Vortragsfolien Dominik Sandner
- Vortragsfolien Murat Düzel
- Vortragsfolien Gertraud Pantucek
- Vortragsfolien Darja Zavirsek
- Vortragsunterlagen Albert Mühlum
- Vortragsfolien Christoph Redelsteiner
- Vortragsfolien Kurt Fellöcker
- Vortragsfolien Sonja Kirchwegger
- Zusammenfassung der Diskussion mit Judith Pühringer, Trude Hausegger, Barbara Bühler und Alois Huber
- Vortragsfolien & Text Peter Pantucek
- Vortragsfolien Heinz Wilfing
- Vortragsfolien Shula Ramon
- Vortragsfolien Michaela Amerling
- Vortragsfolien Lorenzo Toresini
- Vortragsfolien Manuela Brandstetter
- Vortragsfolien Jan Zychlinski
- Vortragsunterlagen & Bürokratietest Wolfgang Gratz
- Vortragsfolien Andreas Neidl

Einladung

# 99/10 Soziale Arbeit

Symposien und Festveranstaltung

29. und 30. Sept. 2011  
FH St. Pölten



**/fh///**  
st. pölten



Veranstalter:  
FH St. Pölten – Studiengang  
Soziale Arbeit, Ilse Arit Institut für  
Soziale Inklusionsforschung,  
NÖBDS (NÖ Berufsverband der  
SozialarbeiterInnen)

[www.fhstp.ac.at](http://www.fhstp.ac.at)

**99/10 ERSTER TAG** Donnerstag, 29. September 2011  
Langer Nachmittag der Sozialen Arbeit | Ausstellung | FH St. Pölten

## SYMPOSIEN „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert: Soziale Innovation?“

**12:00 Uhr:** Registrierung und Besuch der Ausstellung sowie  
Firmenmesse im Foyer

**13:00 Uhr:** Begrüßung und Eröffnung

**13:15 – 14:45 Uhr: SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen):

**Symposium 1:** Kinderrechte in der Verfassung –  
ein zu Tode geprügeltes Kind?

Gabriela Peterschofsky-Orange / Christine Haselbacher /  
Michaela Moser

**Symposium 2:** Zukünftige Herausforderungen für die  
Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels

Christoph Reinprecht / Erich Fenninger / Johannes Pflegerl

**Symposium 3:** Der Sog der Ökonomisierung – wenn neue  
Währungen ins System kommen

Alexander Bernardis / Monika Dickinger

**14:45 Uhr: PAUSE**

**15:00 – 16:30 Uhr: SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen):

**Symposium 4:** Mobilität und Interkultur

Darja Zavirsek / Gertraud Pantuček / Dominik Sandner /  
Murat Düzel (angefragt)

**Symposium 5:** Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

Albert Mühlum / Christoph Redelsteiner / Kurt Fellöcker /  
Sonja Kirchwegger

**Symposium 6:** Sozialarbeit und Outplacement:

Im Spannungsfeld von Ethik und Quote – ein Diskurs  
Alois Huber / Judith Pühringer / Gertrude Hausegger /  
Barbara Bühler

**16:30 Uhr: PAUSE**

**17:00 – 18:30 Uhr: SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen)

**Symposium 7: Soziale Arbeit im Hochschulsystem**

Heinz Wilfing / Peter Pantuček / Sandra Nussbaumer / N.N.

**Symposium 8: Democratic Psychiatry in a European perspective**

Vito Flaker / Lorenzo Torressini / Bernhard Rupp / Kasia Jurczak / Tom Schmid

**Symposium 9: „Orte – Felder – Praxen“ – 5 Thesen zur Verräumlichung Sozialer Arbeit**

Manuela Brandstetter / Jan Zychlinksy / Ursula Stattler / Andreas Neidl

**ab 18:45 Uhr:** Empfang, Buffet und musikalischer Rahmen sowie Besuch der Ausstellung und Firmenmesse im Foyer

Bei rechtzeitiger Anmeldung erhalten die BesucherInnen Teilnahmebestätigungen beim Rezeptions-Desk.

### **Ausstellung und Firmenmesse**

Einrichtungen der Sozialen Arbeit werden sich an den beiden Veranstaltungstagen im Foyer der FH St. Pölten präsentieren.

Die Studiengänge Soziale Arbeit der FH St. Pölten präsentieren parallel dazu in einer Ausstellung u.a. Projekte der Studierenden und Lehrenden, das Wirken und Werke von Ilse Arlt und Publikationen.

### **be a part of it...**

Alle SymposiumsteilnehmerInnen werden gebeten ein Artefakt mitzunehmen, das für Sie persönlich einen Bezug zur Geschichte, zur Professionalisierung oder zur Profession der Sozialen Arbeit hat. Das kann beispielsweise ein Foto, ein alter Zeitungsartikel, die erste Fachzeitschrift oder anonymisierte Aufzeichnungen von KlientInnenarbeit, Teamsitzungen usw. sein.

Wir wollen versuchen aus diesen Gegenständen eine gemeinsame Ausstellung während 99/10 zu machen und so gemeinsam einen kleinen Beitrag zur Dokumentation der Geschichte leisten und die Sozialarbeit sichtbarer zu machen. Gegenständliche Artefakte sind ebenfalls willkommen, sollten diese größer oder schwerer sein, bitte vorab um E-Mail an [margit.kranawetter@fhstp.ac.at](mailto:margit.kranawetter@fhstp.ac.at).

Wir werden versuchen die Eintrittsgegenstände entsprechend zu dokumentieren, sie dürfen nach Ende der Veranstaltung wieder mitgenommen werden. Für die Artefakte kann keine Haftung übernommen werden.

**99/10 ZWEITER TAG** Freitag, 30. September 2011  
Festveranstaltung | Ausstellung | FH St. Pölten



## FESTVERANSTALTUNG „Soziale Arbeit – 99 Jahre Profession, 10 Jahre im Hochschulsystem“

**9:00 – 10:00 Uhr:** Besuch der Ausstellung und Firmenmesse im Foyer  
(In dieser Zeit sind die Stände besetzt und man kann mit den AusstellerInnen Kontakt aufnehmen.)

**10:00 – 12:00 Uhr:** Festveranstaltung im Großen Festsaal der FH St. Pölten

**10:00 Uhr:** Eröffnung

FH-Prof. Barbara Schmid, MSc, Rektorin

Dipl.-Ing. Gernot Kohl, Geschäftsführer FH St. Pölten

**Grußworte**

Mag. Matthias Stadler, Bürgermeister St. Pölten

Dr. Erwin Pröll, Landeshauptmann (angefragt)

Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Videobotschaft)

o.Univ. Prof. Dr. Karlheinz Töchterle, Bundesminister für Wissenschaft und Forschung (Videobotschaft)

**KEYNOTE SPEECH:** Sozialarbeiterausbildung im vergleichenden Kontext der europäischen wohlfahrtstaatlichen Systeme  
Dr.<sup>in</sup> phil. Aila-Leena Matthies, Professorin für Soziale Arbeit an der University of Jyväskylä (Finnland) – Partneruniversität der FH St. Pölten.

**KEYNOTE SPEECH:** Sozialpolitik in Europa (Livestream aus Graz)  
Mag. phil. Dirk Jarré, Lehrbeauftragter Soziale Arbeit Master an der FH JOANNEUM

**PRÄSENTATION SOCIAL CLIPS:** filmische Assoziationen zum Thema Sozialarbeit  
Studentischer Wettbewerb an der FH JOANNEUM Graz unter Leitung von Rudi Dolezal

**SCHLUSSWORTE:** FH-Prof. Dr. Peter Pantuček, Leiter Bereich Soziale Arbeit

Im Anschluss laden wir zum Sektempfang sowie zum Besuch der Ausstellung und Firmenmesse.

**MODERATION:** Marie-Theres Euler-Rolle



**MUSIK:**  
Moša Šišić & Gipsy Express

### Veranstaltungsort

Fachhochschule St. Pölten  
Matthias Corvinus-Straße 15  
3100 St. Pölten

### Organisationsleitung

Mag.<sup>a</sup> Margit Kranawetter  
Assistentin Bereich Soziale Arbeit, FH St. Pölten

### Anmeldung

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos, um Anmeldung bis 20.09.2011 wird gebeten. (Achtung: Begrenzte TeilnehmerInnenzahl bei den Symposien)  
Anmeldung online unter <http://9910.fhstp.ac.at/index.php/anmeldung>,  
E: [margit.kranawetter@fhstp.ac.at](mailto:margit.kranawetter@fhstp.ac.at) oder  
T.: +43/ 2742/ 313 228 - 503 (Mo, Di, Do, Fr von 9:00 – 12:00 Uhr)

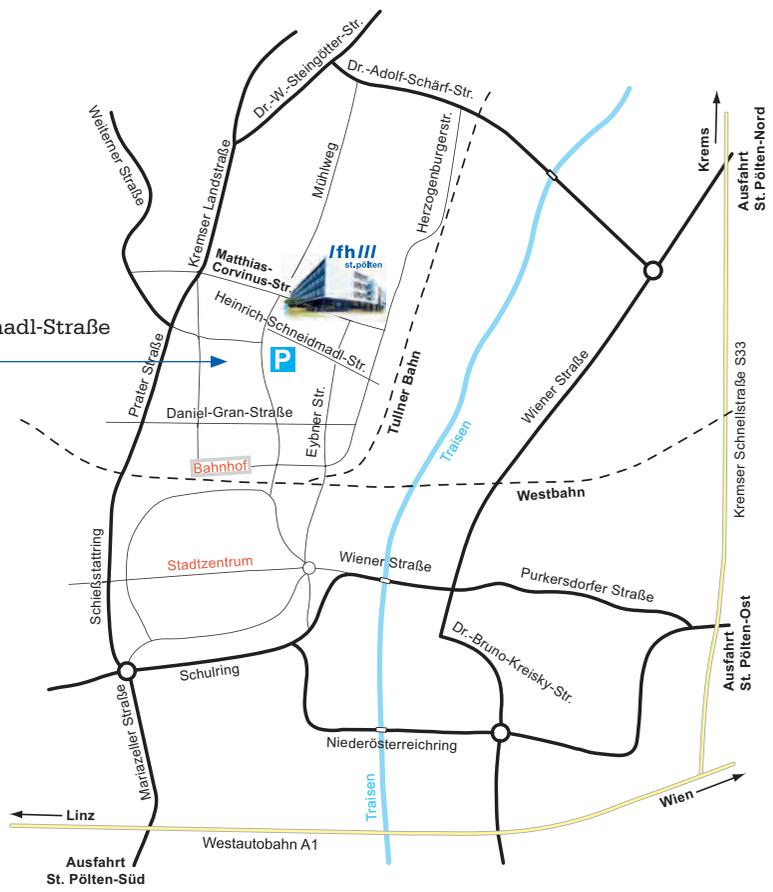
### Nähere Infos

Tagungshomepage:  
<http://9910.fhstp.ac.at>



Anfahrt:

Parkmöglichkeit:  
Heinrich-Schneidmadl-Straße



Fachhochschule St. Pölten GmbH  
Matthias Corvinus-Straße 15, A-3100 St. Pölten  
T: +43/2742/313 228 - 502, F: +43/2742/313 228 - 409  
E: so@fhstp.ac.at, I: www.fhstp.ac.at

Programm

# 99/10 Soziale Arbeit

Symposien „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert:  
Soziale Innovation?“

29. Sept. 2011  
13:00 Uhr  
FH St. Pölten



**/fh///**  
st. pölten



Veranstalter:  
FH St. Pölten – Studiengänge  
Soziale Arbeit, Ilse Arit Institut für  
Soziale Inklusionsforschung,  
NÖBDS (NÖ Berufsverband der  
SozialarbeiterInnen)

[www.fhstp.ac.at](http://www.fhstp.ac.at)

**99/10 SOZIALE ARBEIT** Donnerstag, 29. September 2011  
Langer Nachmittag der Sozialen Arbeit | Ausstellung | FH St. Pölten

## SYMPOSIEN „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert: Soziale Innovation?“

99 Jahre nach Gründung der "Vereinigten Fachkurse für Volkspflege" durch Ilse Arlt, feiert die Fachhochschule St. Pölten den 10. Jahrestag des Ankommens der Sozialen Arbeit im Hochschulsystem.

Anlässlich dieses Jubiläums wollen wir in neun Symposien den Bogen der Sozialen Arbeit über die verschiedenen Einsatzbereiche von Jugend bis Alter, Gesundheit, Migration und sozialer Raum spannen. Beleuchtet werden auch Schnittpunkte und/oder Spannungsfelder zu den Bereichen Wirtschaft und Arbeitsmarkt. Europäische Perspektiven und das Hochschulsystem runden das Themenspektrum ab. Insgesamt rund 30 ExpertInnen aus dem In- und Ausland widmen sich in Ihren jeweiligen Spezialgebieten der Frage „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert: Soziale Innovation?“ und versprechen einen spannenden und informativen langen Nachmittag der sozialen Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten.

Umrahmt wird die Jubiläumsveranstaltung von einer Ausstellung der Studiengänge Soziale Arbeit sowie des Ilse Arlt Instituts für Soziale Inklusionsforschung sowie einer Präsentation sozialer Einrichtungen. HINWEIS: Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums laden wir am Freitag, den 30. September 2011 von 10:00 – 12:00 Uhr zur Festveranstaltung an die FH St. Pölten. Die FH Standorte St. Pölten und Graz laden zu einem gemeinsamen Fest, bei dem Teile des Festprogramms wechselseitig per Video übertragen werden.

### Anmeldung

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos,  
um Anmeldung bis 20.09.2011 unter

<http://9910.fhstp.ac.at/index.php/anmeldung>,

E: [margit.kranawetter@fhstp.ac.at](mailto:margit.kranawetter@fhstp.ac.at) oder

T.: +43/ 2742/ 313 228 - 503 (Mo, Di, Do, Fr von 9:00 – 12:00 Uhr)  
wird gebeten.



# 99/10 Soziale Arbeit



"Die Sozialarbeit hat etwas zu feiern. Als Profession ist sie fast ein Jahrhundert alt, seit zehn Jahren repräsentiert sie die Sozialwissenschaften an den Fachhochschulen. Ich freue mich auf zwei Tage mit Vorträgen, Debatten, Essen, Trinken und Musik. Wir laden die Fachcommunity ein und alle, die Sozialarbeit schätzen und sich für sie interessieren."

FH-Prof. Dr. Peter Pantuček  
Leiter Bereich Soziale Arbeit,  
Fachhochschule St. Pölten

„Ein Fest für die Sozialarbeit und ihre Ausbildung. Da möchte die Berufs- und Interessensvertretung der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter Niederösterreichs nicht fehlen. Die enge Verbundenheit und Zusammenarbeit der Fachhochschule St. Pölten mit dem Berufsverband zeigt sich in vielen Bereichen, Studierende der Studiengänge Soziale Arbeit arbeiten im Berufsverband mit, Vorstandsmitglieder des NÖ Berufsverbandes kommen zum fachlichen Austausch zu verschiedenen Themen an die FH. Wir freuen uns sehr über diese gelebte und wechselseitig belebende Vernetzung und wünschen der Festveranstaltung 99/10 einen guten Verlauf.“

DSA Mag.a (FH) Sonja Kirchweger  
Vorsitzende des NÖBDS (NÖ Berufsverband der SozialarbeiterInnen)

## Vorwort

## Inhalt

	Seite
Programm	4 – 5
Kurzbeschreibungen	6 – 11
ReferentInnen	12 – 21
AusstellerInnen-Übersicht	22
Allgemeine Informationen	23



## SYMPOSIEN „Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert: Soziale Innovation?“

**12:00 Uhr:** Registrierung und Besuch der Ausstellung sowie Firmenmesse im Foyer

**13:00 Uhr:** Begrüßung und Eröffnung  
Peter Pantuček, Leiter Bereich Soziale Arbeit FH St. Pölten

**13:15 – 14:45 Uhr:** **SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen):

**Symposium 1:** Kinderrechte in der Verfassung – ein zu Tode geprügeltes Kind?

Gabriela Peterschofsky-Orange / Christine Haselbacher / Michaela Moser

**Symposium 2:** Zukünftige Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels

Christoph Reinprecht / Erich Fenninger / Johannes Pflegerl / Ulrike Rautner-Reiter

**Symposium 3:** Der Sog der Ökonomisierung – wenn neue Währungen ins System kommen

Alexander Bernardis / Monika Dickinger

**14:45 Uhr:** PAUSE

**15:00 – 16:30 Uhr:** **SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen):

**Symposium 4:** Mobilität und Interkultur

Darja Zavirsek / Gertraud Pantuček / Dominik Sandner / Murat Düzel

**Symposium 5:** Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

Albert Mühlum / Christoph Redelsteiner / Kurt Fellöcker / Sonja Kirchweger

**Symposium 6:** Sozialarbeit und Outplacement:

Im Spannungsfeld von Ethik und Quote – ein Diskurs

Alois Huber / Judith Pühringer / Gertrude Hausegger / Barbara Bühler

**16:30 Uhr: PAUSE**

**17:00 – 18:30 Uhr: SYMPOSIEN** (Parallelveranstaltungen)

**Symposium 7: Soziale Arbeit im Hochschulsystem**

Heinz Wilfing / Peter Pantuček / Sandra Nussbaumer

**Symposium 8: Democratic Psychiatry in a European perspective**

Vito Flaker / Lorenzo Torressini / Michaela Amering /

Shula Ramon / Kasia Jurczak / Tom Schmid

**Symposium 9: „Orte – Felder – Praxen“ – 5 Thesen zur Verräumlichung Sozialer Arbeit**

Manuela Brandstetter / Jan Zychlinski / Wolfgang Gratz /

Andreas Neidl

**ab 18:45 Uhr: Schlußworte**

Monika Vyslouzil, Leiterin Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der FH St. Pölten

Empfang, Buffet und musikalischer Rahmen sowie Besuch der Ausstellung und Firmenmesse im Foyer

Bei rechtzeitiger Anmeldung erhalten die BesucherInnen Teilnahmebestätigungen beim Rezeptions-Desk.

### **Ausstellung und Firmenmesse**

Einrichtungen der Sozialen Arbeit werden sich an den beiden Veranstaltungstagen im Foyer der FH St. Pölten präsentieren.

Die Studiengänge Soziale Arbeit der FH St. Pölten präsentieren parallel dazu in einer Ausstellung u.a. Projekte der Studierenden und Lehrenden, das Wirken und Werke von Ilse Arlt und Publikationen.

### **be a part of it...**

Alle SymposiumsteilnehmerInnen werden gebeten ein Artefakt mitzunehmen, das für Sie persönlich einen Bezug zur Geschichte, zur Professionalisierung oder zur Profession der Sozialen Arbeit hat. Das kann beispielsweise ein Foto, ein alter Zeitungsartikel, die erste Fachzeitschrift oder anonymisierte Aufzeichnungen von KlientInnenarbeit, Teamsitzungen usw. sein.

Wir wollen versuchen aus diesen Gegenständen eine gemeinsame Ausstellung während 99/10 zu machen und so gemeinsam einen kleinen Beitrag zur Dokumentation der Geschichte leisten und die Sozialarbeit sichtbarer zu machen. Gegenständliche Artefakte sind ebenfalls willkommen, sollten diese größer oder schwerer sein, bitte vorab um E-Mail an [margit.kranawetter@fhstp.ac.at](mailto:margit.kranawetter@fhstp.ac.at).

Wir werden versuchen die Eintrittsgegenstände entsprechend zu dokumentieren, sie dürfen nach Ende der Veranstaltung wieder mitgenommen werden. Für die Artefakte kann keine Haftung übernommen werden.

## **SYMPOSIUM 1: Kinderrechte in der Verfassung – ein zu Tode geprügeltes Kind?**

Gabriela Peterschofsky-Orange / Christine Haselbacher / Michaela Moser

Die Wahrung des Kindeswohls ist seit jeher Kerngebiet der Sozialen Arbeit. Von der Fürsorge, der Arbeit für Familien und ihre Kinder entwickelte sie sich zur Arbeit mit Familien, Kindern und Jugendlichen. Methodische Vielfalt und professionelle Verfahren verbinden das klassische Paradoxon in eine Synthese zu Hilfe und Kontrolle. Die Soziale Arbeit positioniert sich als Menschenrechtsprofession und betont die Kinderrechte, sie übt Partizipation und User-Involvement. Dennoch, Empowerment, Ressourcenorientierung und Resilienz stehen gegenüber familiären Notlagen und vererbter Armut. Strukturelle Systemfragen beschneiden auch die Soziale Arbeit, die Organisation von Hilfe und ihre Qualitätsentwicklung.

Das Ziel der Kurzreferate ist es, aktuelle Fragen zu stellen, Ansichten zu gewinnen, Ungeohntes zu öffnen, Fruchtbares aufzugreifen. StudentInnen der Sozialen Arbeit verkörpern die Kinderrechte, Christine Haselbacher moderiert das World Café.

## **SYMPOSIUM 2: Zukünftige Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels**

Christoph Reinprecht / Erich Fenninger / Johannes Pfliegerl / Ulrike Rautner-Reiter

Im Zuge des demografischen Wandels wird sich Österreich weiter zu einer demografisch alten Gesellschaft entwickeln. Neue Aufgaben wie Altersarmut, Vereinsamung, Zunahme der zu pflegenden Personen, neue Wohnmodelle, Demenzberatung, Beratung und Begleitung der pflegenden Angehörigen usw. werden die Sozialarbeit in den nächsten Jahren herausfordern. Die Sozialarbeit ist aufgefordert, die Chance sich in diesem wichtigen Handlungsfeld zu etablieren, wahr zu nehmen. Dazu sind Rahmenbedingungen und Angebote erforderlich, die es älteren Menschen auch bei Armut, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ermöglichen, so lange als möglich ein selbstbestimmtes Leben zu führen und auch pflegenden Angehörigen Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Betreuungsaufgaben bieten. Wie eine Umsetzung gelingen kann wird in diesem Workshop diskutiert. Dazu referieren Christoph Reinprecht aus sozialwissenschaftlicher Sicht sowie Erich Fenninger aus WohlfahrtsträgerInnensicht.

Im Anschluss präsentiert Johannes Pfliegerl die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen“. Moderation: Ulrike Rautner-Reiter

**SYMPOSIUM 3: Der Sog der Ökonomisierung – wenn neue Währungen ins System kommen**

Alexander Bernardis / Monika Dickinger

Die Sozialarbeit ist es gewohnt, Widersprüche balancieren zu müssen. Diese Kompetenz gehört zum zentralen Handwerk sozialarbeiterischer Interventionen. Doch wie verhält es sich wenn neue Währungen – wie die Logiken und Muster des Wirtschaftssystems – zentral für Organisationen der Sozialarbeit werden. Social Profit Organisationen nehmen sich immer mehr die Wirtschaftsorganisationen als Rollenmodell für organisationale Professionalisierung – von der Logik des Shareholder Value bis hin zu Effizienzvorteilen aus Arbeitsorganisation über Systeme wie MbO, Controlling und Qualitätsmanagement – gewinnen zu wollen. Ist mehr Wettbewerb unter den AnbieterInnen Sozialer Arbeit von Nutzen oder ein Fluch für sozialarbeiterische Arbeit.

Welche organisationalen Musterbrüche haben Social Profit Organisationen in Zukunft in welcher Form zu bewältigen, um die Folgen möglichst fruchtbar für die Arbeit mit und für Menschen werden zu lassen.

Dieser Workshop wird von Alexander Bernardis (Beratergruppe Neuwaldegg) in Szene gesetzt. Aufbauend auf einem Impulsreferat werden die Fragestellungen am Arbeitsalltag der ProfessionistInnen aufgearbeitet.

**SYMPOSIUM 4: Mobilität und Interkultur**

Darja Zavirsek / Gertraud Pantucek / Dominik Sandner / Murat Düzel

Seit 2002 kamen rund 320.000 ausländische Staatsangehörige mehr nach Österreich als das Land wieder verließen (vgl. Statistisches Jahrbuch 2010). Österreich wird von ExpertInnen als ein reifes Einwanderungsland bezeichnet und die Zuwanderung nach Österreich lag im Durchschnitt der Jahre 2000 – 2008 im oberen Drittel der europäischen Staaten. Mittlerweile kommt der Großteil der ZuwanderInnen aus dem europäischen Raum und nutzen diese die Niederlassungsfreiheit und den freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Was bedeutet das Ausmaß und die Struktur dieser Mobilität für Städte, Regionen und auch für soziale Organisationen?

In diesem Workshop wird neben Inputreferaten zum Umgang mit Diversität in spezifischen Organisationen ein Modell von Mark Terkessidis vorgestellt und diskutiert.

GastreferentInnen: Dominik Sandner (Gemeinde Wien), Murat Düzel (Leiter des Integrationservice NÖ), Darja Zavirsek (Uni Ljubljana, Faculty of Social Work)

## SYMPOSIUM 5:

### Keynote Albert Mühlum: **Braucht Gesundheit soziale Arbeit?**

Zur Beziehung zwischen Gesundheitsarbeit und sozialer Arbeit. An Argumenten für das Zusammenspiel von Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit fehlt es nicht, die Schwierigkeiten liegen in den unterschiedlichen Kulturen des Sozial- und Gesundheitswesens. Der Beitrag versucht, einige Aspekte gesundheitssensibler Sozialarbeit über Sprachbilder oder Vignetten zu vermitteln und Systemgrenzen zu perforieren.

### Christoph Redelsteiner: **Die Soziale Arbeit als Seismograf für die Entwicklung der öffentlichen Gesundheit**

Menschen und Gruppen die von sozialer Ungleichheit betroffen sind, beispielsweise MigrantInnen, Inhaftierte oder Obdachlose werden besonders rasch und häufig mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen dieser Disparität konfrontiert. SozialarbeiterInnen arbeiten in der beruflichen Praxis in verschiedenen Kontexten unmittelbar und direkt mit diesen Betroffenen. Neben der unmittelbaren Intervention und Hilfe ergibt sich dadurch auch die Möglichkeit frühzeitig Entwicklungen, die die Gesundheit eines größeren Kollektivs ungünstig beeinflussen zu erkennen und aufzuzeigen. Der Vortrag beschreibt Beispiele aus der beruflichen Praxis und stellt diese in Bezug zu einem theoretischen Rahmen, der eine Verbindung zwischen der sozialen Arbeit, sozialer Epidemiologie und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge herstellt.

### Kurt Fellöcker: **Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum**

Die Öffentlichkeit in industrialisierten Ländern ist in Veränderung begriffen. So werden zur Zeit Handlungen, die früher dem privaten Bereich vorbehalten waren, zunehmend in der Öffentlichkeit gesetzt: man denke an das Essen, Trinken, Telefonieren und Musikhören auf der Straße, in Parks und in öffentlichen Verkehrsmitteln, wie auch an den Austausch von körperlichen Intimitäten und im krassesten Fall an die Erleichterung körperlicher Bedürfnisse. Die angesprochene Entwicklung bringt mit sich, dass in der Öffentlichkeit vermehrt auch gesundheitlich riskante Handlungen stattfinden, gleichzeitig birgt dies aber auch die Möglichkeit präventiv einzugreifen. Das Referat fokussiert die Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit in diesem Bereich.

### Sonja Kirchwegger: **Klinische Sozialarbeit – Von der PflegebettensucherIn zur KoordinatorIn komplexer Hilfeprozesse!**

Die Aufgabenstellung in der Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit stellt eine große Herausforderung für die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter dar, die in diesem Feld tätig sind. Die Fachdisziplin „Klinische Sozialarbeit“ sieht ihren Schwerpunkt in psychosozialer Beratung, sozialtherapeutischer Intervention und sozialer Diagnostik. Am Beispiel der Aufgabenstellung „Organisation eines freien Pflegebettes“ wird die Auseinandersetzung mit – möglicherweise nicht sofort sichtbaren – komplexen Problemstellungen in einem immer komplexer werdenden Feld von Hilfeanbietern beleuchtet und die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit differenziert betrachtet.

## SYMPOSIUM 6: Sozialarbeit und Outplacement: Im Spannungsfeld von Ethik und Quote – ein Diskurs

Alois Huber / Judith Pühringer / Gertrude Hausegger / Barbara Bühler

Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext steht unterschiedlichen Anspruchsgruppen/ Stakeholdern mit teils widersprüchlichen Erwartungen gegenüber und ist zum anderen ein in sich ausgesprochen heterogenes Feld: Dadurch ergeben sich für in diesem Bereich tätige Personen vielfältige Spannungsfelder. Aktuelle Entwicklungen werfen Fragen nach Kriterien für Erfolg auf:

- Zeigt sich dieser in Form von Vermittlungsquoten?
- Und welche Konsequenzen hat diese Form der Erfolgsmessung?
- Was sind Alternativen?
- Wo sind die Grenzen zwischen Sozialarbeit – Outplacement – Personalentwicklung?

In diesem Workshop setzen wir uns aus vielfältigen Blickwinkeln mit diesen Phänomenen auseinander.

Es diskutieren:

Alois Huber, Sozialarbeiter, freiberuflicher Coach und Supervisor, Lektor an der FH St. Pölten für Soziale Arbeit,

Judith Pühringer, Geschäftsführerin des bdv austria (Bundesdachverband für soziale Unternehmen)

Gertrude Hausegger, Geschäftsführerin und Gesellschafterin von Prospect Unternehmensberatung

Moderation und Konzeption:

Barbara Bühler, NÖB (NÖ Dachverband für Bildung-Beratung-Beschäftigung)

## SYMPOSIUM 7: Soziale Arbeit im Hochschulsystem

Heinz Wilfing / Peter Pantucek / Sandra Nussbaumer

Der Einstieg der Sozialen Arbeit fiel in eine turbulente Zeit der Entwicklung des Hochschulsystems. Die Bologna-Reformen, Finanzierungsprobleme an Unis und FHs, mangelnde Basisfinanzierung der Forschung waren und sind herausfordernde Rahmenbedingungen. Die Berufsgruppe ist mit einer Diversifizierung der Abschlüsse konfrontiert. In diesem Symposium wird versucht, eine Bilanz zu ziehen und Aufgaben für das nächste Dezennium zu skizzieren.

Peter Pantucek: **10 Jahre, viele Baustellen, und eine Perspektive**

Heinz Wilfing: **Leben mit dem Fachhochschulstatus**

Sandra Nussbaumer: **Praxis und Hochschule**

## **SYMPOSIUM 8: Democratic Psychiatry in a European perspective**

Vito Flaker / Lorenzo Toresini / Michaela Amering / Kasia Jurczak / Tom Schmid / Shula Ramon

The democratic psychiatry is closely connected with deinstitutionalization of large, closed institutions like psychiatric hospitals or psychiatric care homes. In the very beginning, in the fifties and sixties of the 20th century we found theoreticians and humanists like Goffman (*Asylum*) and Foucault and theoretical practitioners like Franco Basaglia. In the last decades this movement spread into nearly all European countries and became a valuable part of European Human Rights strategies and policies. In this workshop we will discuss these experiences from different perspectives.

Discussants are

Vito Flaker, University of Ljubljana, faculty for social work and actor in the deinstitutionalisation project of Hrastovec/Trate (Slo), Shula Ramon, Anglia Ruskin University, Cambridge (UK)

Kasia Jurczak, European Agency for Fundamental Rights (FRA), Michaela Amerling, University of Vienna (A), Lorenzo Toresini, psychiatrist Merano/Meran and former collaborator of Franco Basaglia in Trieste (I).

The discussion is moderated by Tom Schmid, FH St. Pölten (A).

The workshop is held in English.



## SYMPOSIUM 9: "Orte – Felder – Praxen" – 5 Thesen zur Verräumlichung Sozialer Arbeit

### Manuela Brandstetter: Die Verwechslung des sozialen mit dem physischen Raum – zwischen Raumforschung und Raumgestaltung

Gewachsene Kulturen der Hilfe in und von Sozialräumen, soziale Strategien sowie Selbstverständnisse lebender und handelnder Personen in Orten bzw. Räumen sind es, womit wir uns in diesem Symposium beschäftigen werden. Es geht uns um jene Praxen, welche die soziale Hilfe in den Räumen verschiedener Teilbereiche (ländlich-urban-virtuell) ausmacht und welche sie zu Professionen werden ließ.

### Jan Zychlinski: Die Soziale Arbeit zwischen Gemeinwesenarbeit und Sozialraumbezug

"Sozialraum" ist als Terminus technicus inzwischen in der Sozialen Arbeit etabliert und findet sich in vielen theoretischen Abhandlungen und praxisbezogenen Konzepten als hoffnungsvolle Alternative zu bisherigen Strategien im Umgang mit wachsenden Differenzen im Bereich des "Sozialen". Schaut man genauer hin, verbirgt sich dahinter jedoch oft ein entweder "emanzipatorisches" oder technokratisches Verständnis von "Doing Community" (Böhnisch), in dem der soziale Nahraum, die "Community" (Gemeinschaft) und damit die Selbst-Verantwortung der Menschen in den Fokus Sozialer Arbeit und ihrer spezifischen Problemlösungskompetenzen gerät. Bei einem kritischen Blick stellt sich die Frage, wie man "bei den Menschen" sein kann und dennoch aus einem anderen theoretischen Verständnis heraus, welches den Sozialen Raum als "Entwicklungsraum" wahrnimmt, die gängigen Vorstellungen von Sozialraum als neue Steuerungsform und Handlungsoberfläche für sozialpolitische Neuprogrammierungen unterlaufen und tatsächlich kritisch-emanzipatorische Strategien, verbunden mit einer erweiterten Handlungsorientierung Sozialer Arbeit, entwickeln und umsetzen kann."

### Wolfgang Gratz: Organisationskultur und Raumbezug

#### Andreas Neidl: Mobile Jugendarbeit auf Facebook. Praxis, Chancen, Gefahren

Social Networks wie Facebook sind zu einem wesentlichen Bestandteil der Lebenswelt von Jugendlichen geworden und schaffen einen neuen (virtuellen) Raum der Kontaktaufnahme. Mobile Jugendarbeit sollte Jugendliche bei der Nutzung von Social Networks begleiten. Es wird eine Praxis vorgestellt, welche die Potentiale von webbasierter Plattformen für sich nützt und Jugendlichen gleichermaßen mögliche Gefahren aufzeigt.

## **Amering Michaela, FH-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>**

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Diplom Ärztin für psychotherapeutische Medizin, ÖÄK

1999: Verleihung der Lehrbefugnis für Psychiatrie durch die medizinische Fakultät Wien (Habilitationsthema: "Die Sozialpsychiatrie der Panikstörung") und Verleihung des Berufstitels "Außerordentliche Universitätsprofessorin"

Klinische Tätigkeit: 2003 – 2007: Ärztliche Leitung des Schwerpunktbereiches "Integrative Psychosebehandlung" an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien (stationäre, tagesklinische und ambulante Angebote), 2007-2009: Forschungsaufenthalt University of London, seit 2009: wieder oberärztliche Tätigkeit an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien; Vorstandsmitglied der Österreichischen Schizophreniegesellschaft und der World Association of Social Psychiatrists (WASP) u.a.



## **Bernardis Alexander, MA DSA**

Geb. 1971 in Wien, Senior Consultant Beratergruppe Neuwaldegg GmbH

Tätigkeitsschwerpunkte: Entwicklung der Organisationskultur und -identität, Strategie und Vision; Begleitung von Change Prozessen; Begleitung von Non-Profit-Organisationen; Leadership Development; Coaching von Führungskräften; Teamentwicklung.

Berufserfahrung als Trainer, Supervisor, Coach & Organisationsberater für Profit- & Non-Profitunternehmen sowie Lektor an der FH St. Pölten.



## **Brandstetter Manuela, FH-Prof.in Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup>**

geb. 1973, Department Gesundheit & Soziales an der FH St. Pölten, Leiterin der Arbeitsgruppe Sozialer Raum

Arbeitsschwerpunkte: Sozialraumanalyse, Jugend im ländlichen Raum, Justizsozialarbeit, verdeckte Kommunikation.

Jüngste Veröffentlichungen: „Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl Soziale Arbeit“, Wiesbaden: VS, 2010 (Hg. gem. m. M. Vyslouzil). „Personenbezogene Selbsthilfe in Foren des www. Eine Skizze zum Forschungsbericht“, e-beratungsjournal, 7 (1), 2011 (gem. m. A. Neidl und B. Stricker).



**Bühler Barbara, Mag.<sup>a</sup> (FH) Bakk. phil.**

Sozialarbeiterin und Soziologin, Assistentin der Geschäftsführung, NÖ Dachverband für Bildung, Beratung und Beschäftigung



**Dickinger Monika, Mag.<sup>a</sup> MBA**

geb. 1963 in Wien, Principal bei der Beratergruppe Neuwaldegg GmbH  
Tätigkeitsschwerpunkte: Entwicklung und Umsetzung von Unternehmens- und IT-Strategien, Organisationsentwicklung und Change Management im IT-Umfeld; Beratung internationaler Führungs- und Organisationsprojekte, Fragen des Remote-Managements und der Interkulturalität; Value-Selling: Entwicklung und Umsetzung von Sales Transformation Programmen; Coaching von Führungskräften und int. Projektteams.  
Berufserfahrung: Oracle (Director des int. Beraterteams für IT-Strategie Projekte, Consulting Director Wien-Paris-Zürich), selbständiger Unternehmensberater mit den Schwerpunkten Projektmanagement, Change Management und Coaching.

**Düzel Murat, Mag.**

Leiter des Integrationservice NÖ



**Fellöcker Kurt, FH-Prof. MSc MA DSA**

Professor für Methodik der Sozialen Arbeit an der FH St. Pölten, Lehrgangsführer des Hochschullehrgang/Masterlehrgangs Suchtberatung und Prävention (FH St. Pölten), Lehrgangsführer des Masterlehrgangs Psychotherapie (PD) an der Donau-Universität Krems, Modulleiter im Rahmen des Masterstudiengangs Sozialmanagement des Studienzentrums der Sozialwirtschaft in Berlin.



### Fenninger Erich, Mag. (FH) DSA

Absolvent des Masterstudiengangs Soziale Arbeit an der FH St. Pölten  
Seit Juni 2003 Bundesgeschäftsführer der Volkshilfe Österreich, Geschäftsführer der Equal GmbH, Mitglied in Vorständen und Aufsichtsräten von Volkshilfe Teilbetrieben (Volkshilfe Beschäftigung, wien work, etc.) sowie Vorstandsmitglied von Solidar.

Zusätzlich ist er folgenden weiteren Funktionen tätig: Stellvertretender Vorsitzender – BAGS, Vorstand – BAG, Vorstand – ÖKSA, Vorstand – österreichische-saharaurische Gesellschaft sowie Tätigkeit im Publikumsrat.



### Flaker Vito, Prof. Dr.

University of Ljubljana, professor at the faculty for Social Work  
Main areas of interests: social work methods and theories, community mental health, theory of total institution, process of deinstitutionalisation, long-term care, empowerment, individual planning, risk analysis, residential community services, action and qualitative research, styles and careers of drug use and harm reduction. He wrote several books and is member of various national and international editorial boards, scientific committees, government councils etc. Presently he is director of The School for Social Work Theory and Practice at Inter-University Centre in Dubrovnik.



### Gratz Wolfgang, Dr.

geb. 1950; Studium der Rechtswissenschaften und Soziologie, habilitiert in Kriminologie

Ausbildungen u.a. in Supervision und Organisationsentwicklung, berufliche Situation: Anstaltsleiter im Maßnahmenvollzug, Leitungstätigkeit im Verein für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit, Leiter des Fortbildungszentrums Strafvollzug und der Strafvollzugsakademie, Studiengangsleiter Public Management (FH Campus Wien), dzt. Gesellschafter der Gratz & Partner OG (Beratung und Training).



### Haselbacher Christine, FH Prof.in Mag.ª (FH) DSA

Dozentin an der Fachhochschule St. Pölten

Schwerpunkte: Methoden der Sozialen Arbeit, Familien und generationale Beziehungen, Familienformen und Kinderrechte, Netzwerkaktivierung



### Hausegger Gertrude, Mag.<sup>a</sup> MSc

Geschäftsführerin und Gesellschafterin Prospect Unternehmensberatung Planung und Leitung unterschiedlicher Forschungs- und Beratungsprojekte in den Bereichen innovative Arbeitsmarkt- und Personalpolitik. Schwerpunkte: Arbeitsmarktpolitik, Qualifikations- und Branchenentwicklungen, lern- und gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Qualitätskriterien für Bildungsangebote. Ausbildung: Studium der Pädagogik und Soziologie in Graz. Psychodramaassistentin (ÖAGG) und Supervisorin (ÖVS), Trainerin und Coach. Weiterbildung in Moderation und systemischer Beratung, Organisationsaufstellung. Upgrade zum Master of Science Supervision und Coaching an der Universität Wien.



### Huber Alois, Mag. (FH) DSA

Sozialarbeiter, freiberuflicher Coach und Supervisor, Dozent an der FH St. Pölten für Soziale Arbeit, Telekommunikation und Medien Berufliche Stationen: ASINOE (Archäologisch Soziale Initiative NÖ): Aufbau und Geschäftsführung, archäologische Facharbeiterausbildungen, 60 Beschäftigte. Personalentwicklung und Sozialarbeit. CARITAS St. Pölten: Arbeitsassistenz für psychisch Beeinträchtigte, Region Krems. SPE-Strategische Personalentwicklung, Wirtschaftscoach und Trainer, Wien.



### Jurczak Kasia, MA

Programme Manager at the European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) in Vienna

Kasia is working on the FRA's project on the impact of Racial Equality Directive, as well as issues related to fundamental rights of persons with disabilities. Before joining the FRA in April 2009, Kasia was working as a Research Officer for the Eurofound, an EU agency in charge of research on living and working conditions. Kasia is a social policy analyst by training and holds degrees from London School of Economics and University of Leuven.



### **Kirchweger Sonja, Mag.ª (FH) DSA**

Fachliche Leitung der Klinischen Sozialarbeit und Sozialarbeiterin an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer, Lektorin an der FH für Soziale Arbeit St. Pölten, Vorsitzende des NÖBDS (NÖ Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen), Stellvertretende Vorsitzende des ECCSW (European Centre for Clinical Social Work).

### **Moser Michaela, Dr.ª**

Theologin, Philosophin und PR-Beraterin

Schwerpunkte: Sozialethik, Sozialpolitik, Armut, Gutes Leben, Verständigungsorientierte Öffentlichkeitsarbeit - und sieht ihre Arbeit an den Schnittpunkten von Lobbying, Forschung, Öffentlichkeits- und Empowermentarbeit verortet. Seit 2003 als Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit der Dachorganisation der staatlich anerkannten Schuldnerberatungen beschäftigt; seit vielen Jahren in der österreichischen Armutskonferenz engagiert, seit 2006 Vizepräsidentin des Europäischen Antiarmutsnetzwerks EAPN; freiberufliche Tätigkeit als Referentin, Autorin und Lehrbeauftragte. Aktuelle Publikation: *Matin Schenk und Michaela Moser: Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut*, Wien: Deuticke 2010.



### **Mühlum Albert, Prof. Dr. phil. Dipl. Sozialwissenschaftler**

Geb. 1943, ehem. Professor für Sozialpolitik und Sozialarbeitswissenschaft an der SRH Hochschule Heidelberg und Lehrbeauftragter der Universität Heidelberg, Sprecher der Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA. Mitherausgeber der 10bändigen UTB-Reihe "Soziale Arbeit im Gesundheitswesen" (mit H.G. Homfeldt) und der Schriftenreihe *Gesundheit-Pflege-Soziale Arbeit* (Hans Jacobs Verlag). Mitbegründer und Beirat der Zeitschrift "Klinische Sozialarbeit". Arbeitsschwerpunkte: Rehabilitation, Schulsozialarbeit, Klinische Sozialarbeit.



**Neidl Andreas, MA**

geboren 1986 in Tulln. Sozialarbeiter im Bereich Mobile Jugendarbeit/ Streetwork. Ehrenamtlicher Bewährungshelfer beim Verein Neustart. Absolvent des Masterstudiengangs Soziale Arbeit und wissenschaftlicher Assistent am Ilse Arit Institut der FH St. Pölten.



**Nussbaumer Sandra, Mag.ª (FH)**

Ausbildung:

9/2004 – 6/2008 Diplomstudiengang Soziale Arbeit an der FH St.Pölten

9/2009 – 6/2011 Masterstudiengang Soziale Arbeit an der FH St.Pölten

Seit Juli 2007 am PSZ Schiltern beschäftigt, Tätigkeitsfelder: Arbeitsdiagnostische Abklärungsmaßnahme, Wohnbegleitung sowie aktuell Sozialpädagogische Stabstelle.



**Pantucek Gertraud, FH-Prof.in Mag.ª DSA**

geb. 1962, Studiengangsleiterin des Bachelor-Programms Soziale Arbeit an der FH St. Pölten - berufs begleitende und Vollzeit-Studierende, Professorin im Fachbereich Soziale Arbeit; Supervisorin; Sozialarbeiterin  
Derzeitige Schwerpunkte: Arbeitsmigration und Beratung; Qualität in der Sozialen Arbeit; Soziale Innovation und selbstorganisiertes Lernen.



**Pantucek Peter, FH-Prof. Dr. DSA**

geb. 1953, Dipolsozialarbeiter, Soziologe und Supervisor; Leiter Bereich Soziale Arbeit sowie Studiengangsleiter Master Soziale Arbeit an der FH St. Pölten

Forschungs-, Fortbildungs- und Publikationstätigkeit zur Theorie und Methodik der Sozialen Arbeit mit den Schwerpunkten Theorie der Sozialarbeit, Soziale Diagnostik und Case Management.



### **Peterschofsky-Orange Gabriela, Mag.<sup>a</sup>**

Juristin, dipl. Mediatorin, dipl. Coach  
 8 Jahre Leitung eines non profit Unternehmens, nach dem Studium Gerichtsjahr, Leitung zweier Abteilungen der BH Krems, zwei Jahre in der Sozialabteilung des Landes NÖ, seit 1. Juli 2001 NÖ Kinder & Jugend Anwältin.  
 Ausgedehnte Vortrags- und Seminartätigkeit



### **Pflegerl Johannes, FH-Prof, Mag.**

FH Prof. für Soziologie, Familiensoziologie und Soziologie des Alterns  
 Forschungsschwerpunkt: Altern – Soziale Netzwerke und Soziale Arbeit.  
 Zudem Publikationen zu den Themenbereichen: Familie und Migration, Jugendwohlfahrt und Qualität, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Partnerschaft und Gewalt in der Familie, Sozialgeschichte der Familie



### **Pühringer Judith, Mag.<sup>a</sup>**

Geb. 1976, ist Betriebswirtin und Expertin in den Bereichen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik  
 Seit 2004 ist sie Geschäftsführerin des Bundesdachverbands für Soziale Unternehmen (bdv austria). Seit 2006 engagiert im Koordinationsteam der Österreichischen Armutskonferenz und im European Anti Poverty Network (EAPN). Sie arbeitet außerdem als Projektentwicklerin in den Themenbereichen Arbeit und Alter, Mädchen und Frauen, Stadtteilentwicklung, Erinnerungsarbeit und Kulturvermittlung und ist eine Initiatorin des Projekts „Herklotzgasse 21“.



**Ramon Shula, Prof.<sup>in</sup>**

Professor Faculty of Health and Social Care, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK; Mental Health Research Lead, School of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Hertfordshire

A social worker and clinical psychologist by training, Prof. Ramon has researched and published extensively on community mental health, innovation and reform, service users involvement in research and education, the new meaning of recovery, and organisational change in the UK and Continental Europe.

She is currently the principal investigator of two projects:

1. Shared decision making in psychiatric medication management
2. Empower women: domestic violence and mental health



**Rautner-Reiter Ulrike, Mag.<sup>a</sup> (FH) DSA**

geb. 1965, Sozialarbeiterin am Sozialamt der Stadt Krems, Lektorin an der Fachhochschule St. Pölten Studiengang Soziale Arbeit sowie Dozentin an der Donauuniversität Krems



**Redelsteiner Christoph, Mag. (FH) PhD. MSc. DSA**

Dozent an der Fachhochschule St. Pölten Studiengang Soziale Arbeit, Fachwissenschaftlicher Lehrgangsteiter des Universitätslehrgangs Rettungsdienstmanagement der Donau-Universität Krems

Schwerpunkte/Interessen: Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Qualitätsmanagement, Krisenintervention und -management, Public Health: Versorgungsforschung und -gerechtigkeit



**Reinprecht Christoph, Univ.-Prof. Dr.**

Professor der Soziologie, lehrt und forscht an den Universitäten Wien und Paris 8 Vincennes Saint Denis

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: soziale Ungleichheit und Prekarisierung, Migration, Stadt.

Seine Schwerpunkte in der Lehre liegen in der Methodologie der Sozialwissenschaften, Spezielle Soziologien (Politische Soziologie, Soziologie der Migration, Stadtsoziologie, Sozialstruktur und soziale Ungleichheit, Politische Soziologie sowie in der angewandten Sozialforschung (Forschungslabor).



### **Sandner Dominik**

Referent in der Magistratsabteilung 17 für Integration und Diversität der Stadt Wien

Vorerfahrung/Ausbildung: Studium der Handelswissenschaft, Trainer, Berater und Lehrender im Bereich Diversity Management, facheinschlägige Publikationen, Mitarbeit an der "Ö-Norm S2501" zu Diversity Management.



### **Schmid Tom, FH-Prof. Dr.**

Politologie und dipl. Sozialmanager, Institutsleiter der Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) in Wien; Dozent an der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang Soziale Arbeit, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ilse Artl Institut für Soziale Inklusionsforschung



### **Toresini Lorenzo, Prim. Dr.**

Consultant Psychiatrist in Merano

He worked in Trieste and in Portogruaro (Venice) before. Since 1986 he has been chairing the International Permanent Seminar called : "Alpe - Adria for Mental Health" between northeast of Italy, Carinthia (A) and Slovenia. He took part to a TEMPUS EU in Slovenia for the training of postgraduate psychiatric staff in the field of Mental Health in that Country. He lead the TEMPUS project for mental Health in Bosnia Hercegovina, focused on the Universities both of Sarajevo and Banja Luka. He is active in the field of work integration for the disabled people.



**Wilfing Heinz, FH-Prof. Dr. DSA**

Geb. 1949

1969 – 1971: Lehranstalt für gehobene Sozialberufe der Stadt Wien, Diplomsozialarbeiter

1971 – 1984: Sozialarbeiter, Gesundheitsamt der Stadt Wien, Psychosozialer Dienst Wien

1971 – 1977: Univ. Wien, Psychologie, Pädagogik, Philosophie, berufsbegl. Studium

1984 - 2002: Direktor der Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien

1990 – 2001: Univ. Wien, Univ.-Lektor Sonder u. Heilpädagogik, Verein Wiener Sozialprojekte, Gründungsobmann, Psychotherapeut, Klin.- u. Gesundheitspsychologe

2002 – laufend: Departmentleiter Soziales und Studiengangsleiter Diplom- und Masterstudien an der FH Campus Wien

**Zavirsek Darja, Prof.in Ph.D.**

Professorin an der Universität Ljubljana, Slowenien, Fakultät für Sozialarbeit

Arbeitsschwerpunkt: Disability Studies, Mental Health, medizinische Anthropologie und Genderfragen.



**Zychlinski Jan, Prof.**

Geb. 1961 in Chemnitz

Studium Pädagogik, Geschichte, Germanistik an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Studium Sozialwissenschaften an der Fernuniversität Hagen, Berufsbegleitendes Studium Erziehungswissenschaft/Sozialpädagogik an der Technischen Universität Dresden Langjährige Tätigkeit bei Caritas Leipzig (Projektentwicklung und -durchführung Quartiersmanagement Leipzig Grünau) sowie Caritas Deutschland (Fachberater "Sozialraumorientierte Projekte in den Flutgebieten Ostdeutschland", Koordinator "Soziale Entwicklung und Existenzsicherung")

Seit August 2007: Professor für Soziale Arbeit an der FH Bern, Schwerpunkte Sozialer Raum, Gemeinwesenarbeit, Pojektarbeit, Netzwerkarbeit, Entwicklungszusammenarbeit. Weitere Aktivitäten: Seit Anfang 2011: Vizepräsident der „Vereinigung für Beratung, Integration und Gemeinwesenarbeit“ Bern.

## Ausstellung

Folgende Sozialen Einrichtungen präsentieren sich im Rahmen der Jubiläumsfeierlichkeiten im Foyer der FH St. Pölten.

- 144 – Notruf NÖ
- AKUTteam NÖ
- Caritas St. Pölten
- Diakonie – Flüchtlingsdienst gem. GmbH
- Emmausgemeinschaft St. Pölten
- Fachstelle für Suchprävention
- Frauenzentrum St. Pölten
- Fonds Soziales Wien
- Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer
- Malteser Care-Ring GmbH
- Mutter-Kind-Haus
- NÖ Dachverband für Beratung, Bildung, Beschäftigung (NÖB)
- Psychosomatisches Zentrum Waldviertel
- Schuldnerberatung NÖ
- Haus der Frau St. Pölten
- NÖBDS (NÖ Berufsverband der SozialarbeiterInnen)

Präsent wird auch der neu gegründete alumni.club der FH St. Pölten sein.

### Veranstaltungsort

Fachhochschule St. Pölten  
Matthias Corvinus-Straße 15  
3100 St. Pölten



### Organisationsleitung

Mag.<sup>a</sup> Margit Kranawetter  
Assistentin Bereich Soziale Arbeit, FH St. Pölten

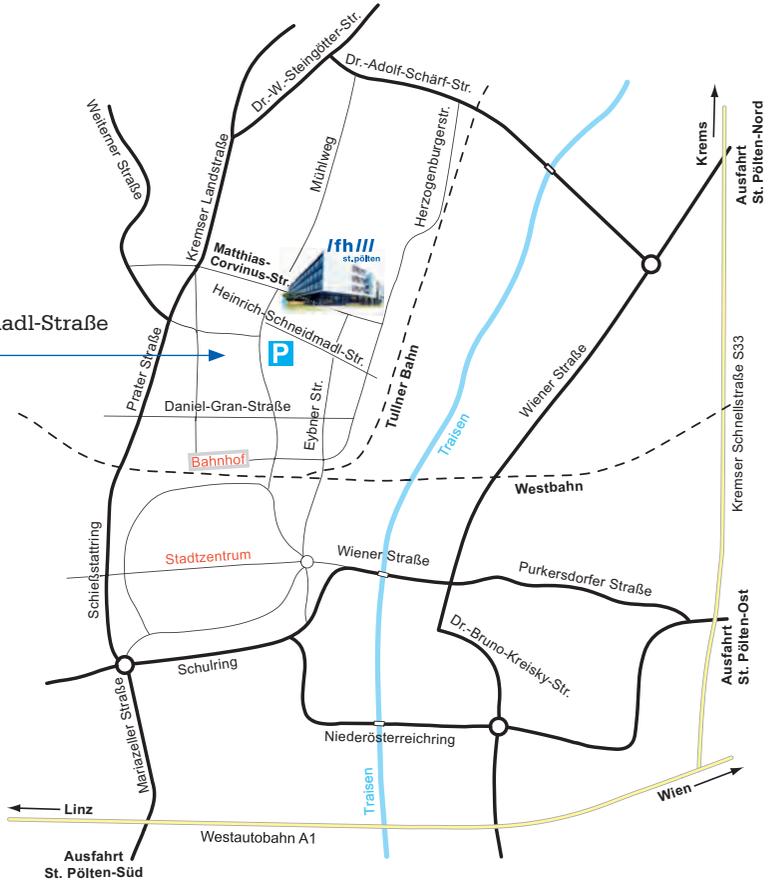
### Nähere Infos

Tagungshomepage:  
<http://9910.fhstp.ac.at>



Anfahrt:

Parkmöglichkeit:  
Heinrich-Schneidmadl-Straße



Mit freundlicher Unterstützung:

**kabelsignal**  
TV + WEB + TELEFON

**wuba**  
werbe- & büroartikel  
Wunderbaldinger GmbH



Fachhochschule St. Pölten GmbH  
Matthias Corvinus-Straße 15, A-3100 St. Pölten  
T: +43/2742/313 228 - 502, F: +43/2742/313 228 - 409  
E: so@fhstp.ac.at, I: www.fhstp.ac.at



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ  
KOKKOLA UNIVERSITY CONSORTIUM  
CHYDENIUS



# Sozialarbeiterausbildung im europäisch vergleichenden wohlfahrtsstaatlichen Kontext

Festveranstaltung FH St.Pölten  
30.9.11

Prof. Dr. Aila-Leena Matthies  
Universität Jyväskylä Finnland





# Hauptthese: Soziale Arbeit im Aufbruch – Wohlfahrtsstaat im Abbruch

- Sozialarbeiterausbildung erlebt momentan europaweit (weltweit) eine quantitative und qualitative Erweiterung
- Soziale Arbeit als Praxis wird aber gleichzeitig von ihrem wohlfahrtsstaatlichen Rückhalt und Instrumenten entkoppelt
- Bourdieu: Zwei Zukunftsprofessionen: "Ökonomen und Sozialarbeiter"
- Risiko: Missbrauch der Profession als "Reparaturwerkstatt des globalen Kapitalismus"





# Unterschiede in Sozialarbeiterausbildung in Europa

Drei Grundtypen der Ausbildung: Universitär, FH und nicht-akademisch:

Unterschiede stehen im Zusammenhang mit den Differenzen im

- Dienstleistungssystem (public/private/dritter Sektor),
- Geschlechtermodelle und Familienpolitik (Ein-/Dopperverdiener)
- Bildungssystem (inklusive/selektiv)

Hohe Akademisierung: + starker öffentlicher Dienstleistungssektor + Frauenerwerbstätigkeit + inklusives Bildungsmodell

- Konvergierende Entwicklung zu besser vergleichbaren Strukturen





# Aufbruch

- Akademisierung
- Forschungsorientierung
- Quantitativer Ausbau der Studienplätze und Gründung neuer Studiengänge
- Internationalisierung
- Anpassung des Studiums an europäische Bezugsrahmen (BA/MA, ECTS, EQF...)
- Doktorandenstudium und internationale Doktorandenstudiengänge
- Präsenz in den Medien und gesellschaftliche Relevanz
- Aufbau der Ausbildung weltweit, insb. in großen Ländern wie Russland, China, Indien, afrikanische Länder



# Abbruch des wohlfahrtstaatlichen Rückhalts der Sozialen Arbeit

- Privatisierung der Einrichtungen
- Prekäre Arbeitsbedingungen
- Management durch professionsfremde Kräfte (Ökonomen, Verwaltungswissenschaftler, Ingenieure, Mediziner, Gesundheitsexperten)
- Vermarktung von individualisierten Einzelmaßnahmen statt nachhaltiger sozialpolitische Orientierung an Strukturen und Gemeinwesen
- "Organisierte Nicht-Verantwortung" (Beck)





# Herausforderungen für das Studium: Chancen nutzen!

- Wege in eine sozial, ökonomisch und ökologisch nachhaltige Soziale Arbeit?
- Internationalisierung in dieser Frage: Erkenntnisse über die internationalen Zusammenhänge
- Praxismodelle, die betroffene BürgerInnen mitgestalten lassen und bürgerschaftliche Unterstützung absichern
- Forschungsorientierung und analytische Kompetenzen
- Politische Kompetenzen, um den wohlfahrtstaatlichen Rahmen neu zu konzipieren als zivilgesellschaftliches Projekt
- PALJON ONNEA!



# NÖ Kinder & Jugend Anwaltschaft

anonym – vertraulich – kostenlos



[www.kija-noe.at](http://www.kija-noe.at)

# NÖ Kinder & Jugend Anwaltschaft

anonym – vertraulich – kostenlos

Weisungsfreies Organ des Landes NÖ  
Ombudsstelle für Kinder und Jugendliche

## Ziel:

Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen durch Erfüllung des gesetzlichen Auftrags auf Basis der UN Kinderrechtskonvention.

## Zielgruppe:

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre;  
Eltern und andere Bezugspersonen, sofern es sich um Interessen von Kindern & Jugendlichen handelt.

## Angebote/gesetzlicher Auftrag:

- **Beratung** von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anonym - vertraulich - kostenlos
- Durchführung von **Informationsveranstaltungen** und **Projekten**:  
Kindermusiktheater z.B. „Kinder haben Rechte - oder...?“, Broschüren, Homepage, Vorträge, Präventionsarbeit, Information zu/über Kinderrechte und NÖ Jugendgesetz
- **Gesetzesbegutachtungen/Stellungnahmen**
- **Vernetzung**

Rennbahnstraße 29, Tor zum Landhaus, Stiege B, 1. OG, 3109 St. Pölten  
Telefon: 02742/90811, Mail: [post.kija@noel.gv.at](mailto:post.kija@noel.gv.at)  
[www.kija-noe.at](http://www.kija-noe.at)





# Family Group Conference – Ressourcenerweiterung in der Familienbetreuung

Christine Haselbacher

# Geschichte

*He aha te mea nui i tenei Ao?  
He tangata, he tangata, he tangata.  
Was ist das wichtigste auf der Welt?  
Menschen, Menschen, Menschen*

*Maori*

- Familienrat (Family Group Conference)
- Hilfeplanungs- und Entscheidungsfindungsverfahren
- Nachhaltige Lösungsvereinbarungen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit
- Kinderrechte und Partizipation – strukturelle Verankerung und Umsetzung in der Jugendwohlfahrt
- Verbreitung über die USA, Großbritannien, die Niederlande, den Skandinavischen Raum nach ganz Europa bis nach Russland

# Begrifflichkeiten

- Family Group Conference (NZ)
- Family Decision Making Process (USA)
- Eigen Kracht (NL – „Eigene Kraft“)
- Verwandtschaftsrat (D alt)
- Familienrat (D)
- Familiengruppenkonferenz

# Anlässe

- Familien, die mit herkömmlichen Hilfen schwer erreichbar sind oder waren, geringe Beteiligung der Familien
- Konflikte in der Zusammenarbeit zwischen Familie und Institutionen
- Familien ohne Unterstützung im Umfeld
- Erlernte Hilflosigkeit
- Familien, die den Schutz des Kindeswohles nicht gewährleisten können
- Familien, die sich in einer Krisensituation befinden (Trennung, Krankheit, Tod)
- Bei Problemen wie: Schuldistanz, Delinquenz, Jugendkriminalität
- Hilfen sind wenig nachhaltig / erfolgreich
- Überlastete Fachleute

# Anlassfälle konkret

- Sorgerechtsstreit zwischen Verwandten um einen 12jährigen Jungen nach tödlichem Unfall der Eltern
- Drogenabhängige Eltern mit einjähriger Tochter: Das Jugendamt muss das Wohl des Kindes sichern
- Sorgen wegen wiederholter Psychriaufenthalte und Schuleschwänzens eines 17 jährigen
- Sorgerechtsentzug – Der Verwandtschaftsrat als letzte Chance vor der Heimunterbringung
- Verwandtschaftsrat nach Flucht vor der Zwangsheirat
- Verwandtschaftsrat nach einer Inobhutnahme um Sicherheit für ein sechsjähriges Kind herzustellen
- Verwandtschaftsrat zum Abschluss einer Hilfe zur Erziehung soll die soziale Kontrolle durch die Lebenswelt aktivieren
- Schulausschluss wegen Gewalttätigkeit

Fachhochschule Potsdam

# Wie entsteht ein Familienrat?

- Die Jugendamtssozialarbeiterin entdeckt einen Missstand
- Sie bietet das Verfahren eines Familienrates an
- Nach Einverständnis durch die Familie beauftragt die Sozialarbeiterin eine unabhängige Koordinatorin, die den Familienrat mit der Familie organisiert
- Der Familienrat tagt

# Das Verfahren und sein Ablauf

## FGC Phasenmodell

Überweisung

Koordination

Vorbereitung und Einladung

Konferenz

Begrüßung und Information

Exklusive Familienzeit

Präsentation des Plans und Beschluss

Folgekonferenz

# Überweisung – Vorbereitung - Einladung

- Überweisung: Ideen zum Netzwerk, Zutrauen  
positive Überweisungsrate 87,5%
- Vorbereitung: ausführliche Information  
klare Sorgeformulierung
- Einladung: Netzwerkbelebung und –erweiterung  
zwischen 7 und 34 Personen  
durchschnittlich zwischen 9 und 13 TN  
Termin, Ort, Verpflegung

# Die Konferenz

## Begrüßung und Information

- Schilderung der aktuellen Situation
- Ziele des Familienrates
- Anforderung an den Plan
- Sorgeformulierung im Bezug auf KW
- Professionelle Unterstützungsangebote
- Festlegen von Diskussionsregeln
- Ressourcenrunde

Beteiligt sind Fachkräfte des Jugendamtes, KoordinatorIn, Familie, Verwandte,

Freunde, Bekannte, Nachbarn, ggf. weitere Fachkräfte

# Familienphase

- Exklusive Familienzeit: Standard des Familienrates  
96% Planerstellung  
Durchschnittlich 18 Vereinbarungen  
80% Hilfe innerhalb des Netzwerkes  
20% professionelle Hilfe gewünscht
- Präsentation und Beschluss: Plan muss sicher und legal sein
- Dauer zwischen 4 und 13 Stunden

# Umsetzungsphase

Durchführung der Pläne

Erhebung nach drei Monaten:

- 24% komplett umgesetzt
- 69% teilweise umgesetzt (wenn auch nur eine Einzelvereinbarung fehlte)
- 66% innerhalb der ersten acht Wochen umgesetzt
- Anteil der umgesetzten Vereinbarungen bei den Familien höher als bei den Institutionen.

Folgekonferenz

- In den meisten Fällen gibt es eine Folgekonferenz nach ca. 3 Monaten mit allen, die Aufgaben übernommen haben.

# Die Koordination

- Die Positionierung der Koordinatorin/des Koordinators ist völlig unabhängig vom Fall und von der Sozialarbeiterin/dem Sozialarbeiter. Sie ist neutral gegenüber der Familie und dem Jugendamt, der bereits vorausgegangenen Geschichte
- Ist lösungsabstinent

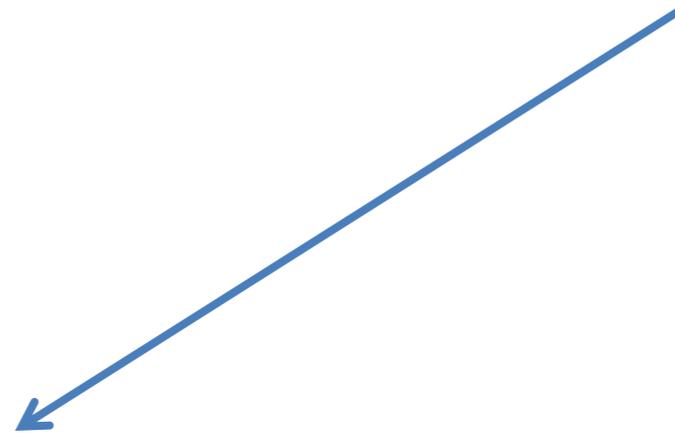
## Weiterbildung:

- Prinzipien von FGC
- Paradigmenwechsel
- Rollen- und Funktionenverständnis
- kindgerechte Kommunikation und Begleitung

# Der herkömmliche Arbeitsstil



SozialarbeiterIn  
Weiß alles besser  
und muss alles  
besserwissen,  
hat ja auch  
studiert

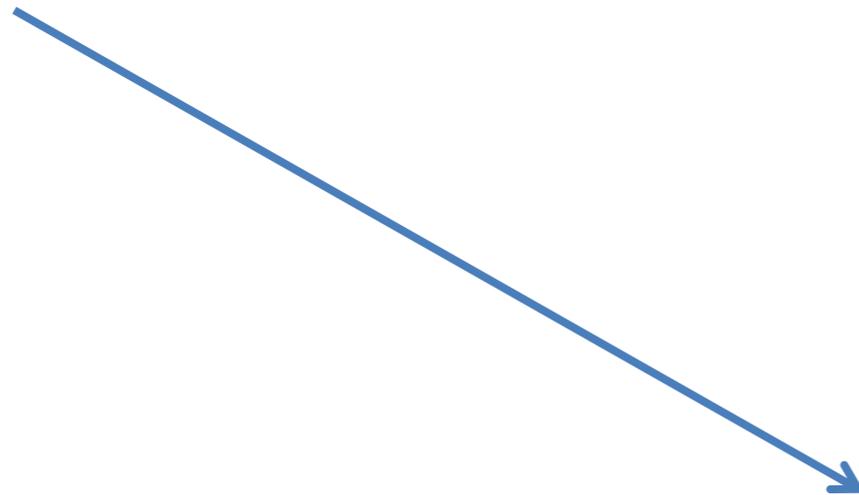


KlientIn  
Zeigt erhebliche Defizite  
und braucht  
professionelle Hilfe,  
da bildungsfern

# Eine von vielen Wirklichkeiten



Zeigt problematisches Verhalten  
und kann professionelle Helfer  
am langen Arm verhungern  
lassen



Fühlt sich als Helfer  
zunehmend hilfloser

# Eine neue Sichtweise von Sozialarbeit

Ist ExpertIn für die  
eigene Lebenswelt



Ist ExpertIn für Prozesse  
und Methoden



## **FGC ist...**

- Erweiterung der KlientInnenbeteiligung zur KlientInnenbemächtigung
- Paradigmenwechsel der Rolle der Sozialarbeit
- Struktureller Paradigmenwechsel von der Hilfe als Angebot zur Hilfe als Nachfrage
- Damit verbunden die Notwendigkeit von Flexibilität von Hilfe
- Die Betonung sozialer Netzwerke auf mehreren Ebenen

# Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit

SozialarbeiterInnen zwei zentral wichtige Funktionen:

- Sie sind Teil der Ermöglichung sozialer Netzwerke
- Sie stellen passgenaue Hilfe zur Verfügung, dort wo sie notwendig ist

Selbst übernehmen sie Verantwortung und Engagement für

- - eine sehr klare Formulierung der Sorge und der Mindestbedingungen
- - das zur Verfügung stellen aller notwendigen Informationen
- - das Bewerkstelligen der im Plan von außen erforderlichen Hilfe
- - sowie die Kontrolle von Punkten, die den Kinderschutz betreffen

# Zusammenfassung

Drei Fragestellungen für die Sozialarbeiterin/den Sozialarbeiter:

- Traut sie es der Familie zu?
- Ist das Netzwerk groß genug (mindestens sechs Personen)?
- Ist die Motivation der Familie vorhanden?

Zwei Kriterien für die Akzeptanz eines ausgearbeiteten Plans:

- Legalität
- Sicherheit

# Aus Sicht der NutzerInnen und ProfessionistInnen

Haltung:

- Lösungskompetenz bei den Familien
- Recht auf autonome Entscheidungen
- Übertragung der Verantwortung

*Hilfe, die hilft*

- Nachhaltigkeit der Vereinbarungen, da sie selbst erarbeitet wurden, und nicht von außen verfasst wurden.
- Passgenaue Hilfe ist flexibel
- Kreative neue Lösungen

# Projekt I Familienrat in NÖ

## Wissenschaftliche Begleitstudie

### Masterprojekt

- „Alleine geht's nicht“

### Aktivierung von Netzwerken

- Koordination von Familienräten

### Begleitung im Prozess - Ausbildung

- Wandel der Sozialarbeit – Implementierung

### SozialarbeiterInnen kommen zu Wort

- Kinderrechte

# KooperationspartnerInnen

- Jugendwohlfahrt NÖ GS6

Mag<sup>a</sup> (FH) DSA Claudia Aufreiter

DSA Elfriede Furtmüller

BH Amstetten und St. Pölten

- Rettet das Kind

Mag<sup>a</sup> Eva Kudronovsky

## Projekt II und III

- 2011-2013 Machbarkeitsstudie  
Netzwerkaktivierung in arbeitsmarktpolitischen  
Projekten
- Restorative Justice  
Neustart - Bewährungshilfe

# Interessierende Fragen

- Was passiert, wenn Hilfe sich verändert?
- Inwiefern kann sich verändernde Sozialarbeit Veränderungen in Organisationen bewirken?
- Macht Not erfinderisch? - Werden aus der Not finanzieller Ressourcen nachhaltige Tugenden sozialen Kapitals, gelebter BürgerInnenbeteiligung und flexibler Hilfe gemacht?
- Oder ist was recht ist auch billig? – Das Menschenrecht auf Beteiligung als Vorwand für Kosteneinsparung beim Personalaufwand?

Ilse Arlt Institut  
für Soziale Inklusionsforschung

**[www.familienrat-fgc.at](http://www.familienrat-fgc.at)**



**Danke für die Aufmerksamkeit!**

# Aufgaben zukünftiger Sozialer Arbeit im des Altersstrukturwandels aus sozialwissenschaftlicher Sicht

**Prof. Christoph Reinprecht**  
Institut für Soziologie  
Universität Wien

**Workshop Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung  
St. Pölten. 29. September 2011**

# Altern im Spiegel sogenannter „Megatrends“\*

- Globalisierung und Mobilität
- Individualisierung und neue Lebensformen
- Lebenslanges Lernen und Leistungsorientierung
- Feminisierung als Querschnittsthematik
- Zunahme von Einkommensdisparitäten
- Geändertes Nachfrageverhalten

# Was wandelt sich im Altersstrukturwandel?

(a) demographisch\*

- Weltweit absolut mehr alte Menschen
- Relative Zunahme älterer Menschen
- Hochaltrigkeit und Langlebigkeit

## (b) soziologisch\*:

- Verjüngung
- Entberuflichung
- Feminisierung
- Singularisierung

widersprüchliche Konsequenzen, zB.:

Menschen fühlen sich jünger vs. Altersarbeitslosigkeit

Wahlfreiheit vs. Vereinsamung

Wohlstandsgewinne und Verarmungsrisiken

Längere Autonomie und stärkere Abhängigkeit

# Schöne neue Metaphernwelt

- Kräfte des Alters
- Späte Freiheit
- Kunst des Alterns
- Neue Alten
- Weisheit des Alters

## Leitkonzepte

- Aktives
- produktiver
- erfolgreiches Altern

Aktives Altern (WHO) als *Prozess der Optimierung der Möglichkeiten* von Menschen: Gesundheitsfördernder Lebensstil und sozio-kulturelle Partizipation sollen dazu beitragen, den Horizont an Möglichkeiten optimal auszuschöpfen...

# *Und heute...*

- Stark unterschiedliche Geschwindigkeiten des Alterns
- diversifizierte Verortungen und Verwerfungen
- soziale und ökonomische Ungleichheiten
- Prekarisierung und komplexe Unsicherheit (Unsicherheit, Ungeschützttheit, Ungewissheit)
- Autonomiegewinne und zugespitzte Abhängigkeiten
- Verwundbarkeit (Generalisierung des biophysisch-psychischen Modells)
- Ausmusterungen und Unsichtbarkeiten

... versus „wasted lives“ ...

(Zygmunt Bauman\*)

*„Es ist die Grenze selbst, die den Unterschied zwischen beidem [dem nützlichen Produkt und dem Abfall] erahnt oder buchstäblich heraufbeschwört – den Unterschied zwischen dem Zugelassenen und dem Abgewiesenen, dem Ein- und Ausgeschlossenen“*

# Aufgabenfelder der sozialen Arbeit mit Älteren (und daraus abzuleitende Kompetenzen)

- Diversity and disadvantages
- Health, disability and advocacy
- Caring, networks, and community care
- Dementia
- Housing and residential care
- Intimate relationship and sexuality
- Risk and elder abuse
- End of life
- Meaningful ageing
- Lifelong learning
- Migration, mobility

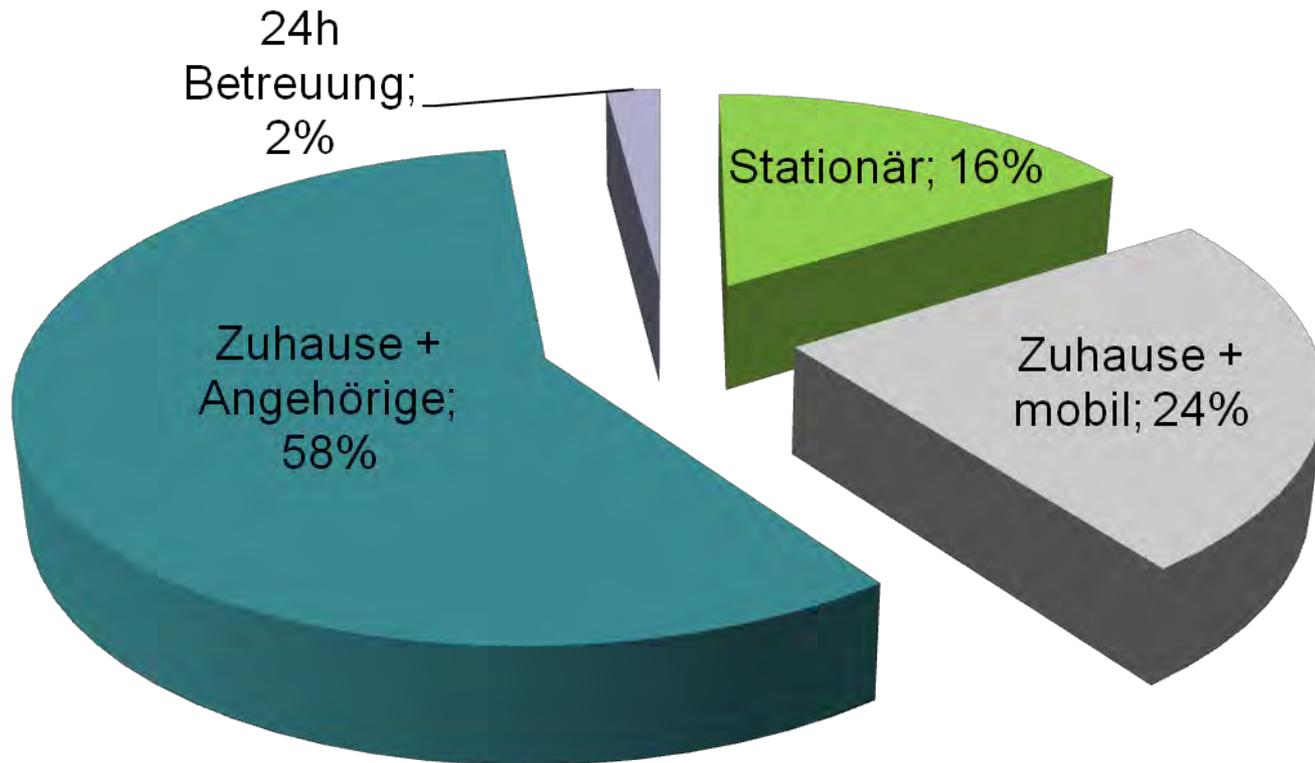
# Substantielle Probleme und Herausforderungen...

- Soziale Arbeit als Wächterin des methodologischen Nationalismus -> und des ihm verpflichteten Wohlfahrtsmodells
- Soziale Arbeit als „Müllmann/-frau“ -> ordnen und sortieren
- Soziale Arbeit als Caregiv(erin) -> Verwundungen pflegen und austrocknen
- Soziale Arbeit als das generalisierte Gute -> zwischen drittem Sektor und Ehrenamt
- Soziale Arbeit zwischen Krisenbezwingerin („Resilienz“) und Aktivierung („Individuum als unternehmerisches Selbst“)
- Soziale Arbeit als hoch ausdifferenziertes Berufsfeld -> Professionalisierung, Qualität
- Oder doch: Rebellion und Widerstand -> ausgesetzt dem Spannungsfeld des „Möglichen und Unmöglichen“ (A. Ehrenberg)?

# Zukünftige Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels



# Derzeitige Pflege- und Betreuungssituation in Österreich



**435.000 PflegegeldbezieherInnen**

367.000 Bundespflegegeld

68.000 Landespflegegeld

# Zukunft 2020: Steigerungen Plätze, Stunden, Personal



25% mehr  
stationäre Plätze

62.200 auf  
77.500 Plätze



6.500 mehr  
Pflegerkräfte  
stationär

27.000 auf 33.500  
VZA



60% mehr  
Einsatzstunden  
mobil

15 auf 23 Millionen  
Stunden

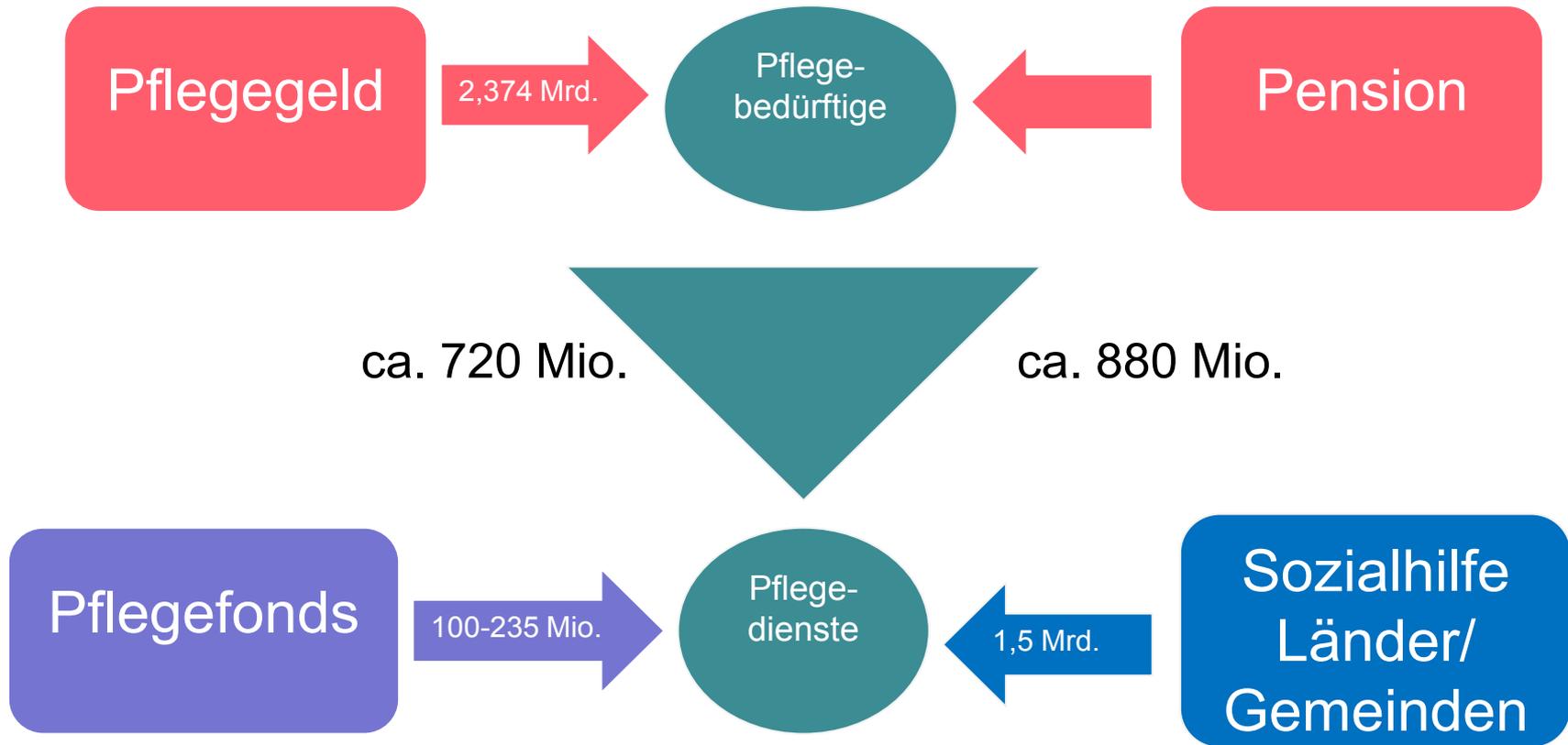


6.400 mehr  
Vollzeitpflegerkräfte  
mobil

10.600 auf 17.000  
VZA

**Zeithorizont in 10 Jahren**

# Geldflüsse im Pflegesystem\*)



# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

- Sicherstellung einer langfristige Finanzierung des v.a. demographisch bedingten Mehraufwands
- Verbesserung des Risikoausgleiches
  - zwischen den Gebietskörperschaften
  - zwischen Betroffenen und Solidargemeinschaft
- Verbesserung der Planungsgrundlagen und Steuerungsmöglichkeiten für den einzelnen und das Pflegesystem (= zentrale, bundesweite Anlaufstelle!)
- Pflegebedürftigkeit soll kein Armutsrisiko darstellen

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

- Ausgleich der starken regionalen Unterschiede bei Pflegegeldeinstufung, Selbstbehalten und Versorgungsniveau
- Erhöhung der Transparenz und Vereinfachung der Abläufe
- Unterstützung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige
- Pflegepersonal:
  - transparente Ausbildung,
  - mehr finanzielle Mittel zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
  - mehr Unterstützung bei Umschulungsmaßnahmen,
  - Imagekampagne zur Attraktiverung der Berufe etc.

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

## Grundsätzliche Behandlung der Leistungen

- **Geldleistungen**

- Pflegegeld für zu Hause betreute Personen soll im wesentlichen beibehalten werden
- Umwandlung bei stationärer Langzeitbetreuung in „stationäres Pflegegeld“ in Höhe der pflegebezogenen Kosten je PG-Stufe, Wegfall der 10%-Regelung, Taschengeld soll bei Pension berücksichtigt werden (derzeitige Regelung nicht sachgerecht), dabei soll die „Pflegekomponente“ im wesentlichen aus dem Pflegegeld abgedeckt werden, die „Hotelkomponente“ aus Eigenleistungen der BewohnerInnen.

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

## Grundsätzliche Behandlung der Leistungen

- **Sachleistungen**

- Leistungsstunden der mobilen Dienste, Tageszentren, Kurzzeitpflege u.a. werden öffentlich gefördert (Eigenbeitrag durch sozial gestaffelte Kostenzuschüsse)

# Qualitäts- und Effizienzsteigerung sowie Prozessverbesserung in der Sozialen Arbeit

## Das Qualitätsmanagement

- Mesoebene

## Die Patientenorientierung

- Mikroebene

## Die Gleichheitsorientierung - Umverteilung

- Makroebene

# QUALITÄTSMANAGEMENT

## Definition „Pflegequalität“:

ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens bzw. der Kunden und der wirklich geleisteten Pflege. (nach A. Donabedian)

## Definition „Qualität“:

Qualität ist der Grad, in dem ein Satz von Merkmalen, die einer Einheit (z.B. Abteilung eines Krankenhauses) zuzuordnen sind, Anforderungen bzw. festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse erfüllt. (vgl. Menche, 2007)

# QUALITÄTSMANAGEMENT

## Qualitätsdimensionen in der Pflege nach Donabedian (1966)

- **Strukturqualität**  
betrifft die Rahmenbedingungen, unter denen Leistungen erbracht werden.
- **Prozessqualität**  
beschreibt die Abläufe einzelner Arbeitsprozesse des Betriebs, an denen meistens mehrere Berufsgruppen bzw. Abteilungen zusammenarbeiten.
- **Ergebnisqualität**  
formuliert die vorgebrachten Leistungsergebnisse (quantitativ und qualitativ) einer Einrichtung, in Abhängigkeit von der Struktur- und Prozessqualität. (vgl. Menche, 2007)

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

„Im Mittelpunkt steht der Mensch, selbstverständlich hat sich alles Handeln am zu Pflegenden zu orientieren. Einen alten Menschen verpflanzt man nicht. Die Pflege soll bedarfsorientiert und bedürfnisorientiert angeboten werden. Nachhaltig sollen die Dienstleistungen am Pflegebedürftigen selbstverständlich sein.“

=> Zitat am 14. Februar 2011:

*„ In der Steiermark werden 10 bis 20% der Sozialausgaben gesenkt. Bis zu 80 der 400 Millionen Euro an Sozialausgaben müssten daher in den nächsten Jahren eingespart werden. Aber unter einer Prämisse: Die Qualität der Betreuung muss erhalten bleiben.“*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

Ausnahmen in der Qualitätssicherung gibt es im Gesundheits- und Pflegebereich. Im Vergleich zur Produktion von Gütern und Waren definiert die Patientenorientierung den Kunden nicht nur als Adressat einer Leistung, die er einkauft. Der/die PatientIn der/die Pflegebedürftige selbst, der Gegenstand der Leistungserbringung.

*Die Beziehung zwischen ProduzentIn und KonsumentIn ist dynamisch und interaktiv.*



# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

Die höchste Stufe der PatientInnenorientierung in der Pflege und der medizinischen Behandlung ist das gemeinsame Entscheiden (*engl. Begriff: shared decision making*) in verantwortlicher Partnerschaft von Arzt/Ärztin, TherapeutIn, Pflegeperson und PatientIn, z.B. bei der Entscheidung über die Therapie oder die Pflegeplanung, PatientInnenorientierung heißt auch, alles dafür zutun, die Grenzen der PatientInnenautonomie, wie sie etwa durch Leiden, Schmerzen, Bewusstseinstäubung, Koma etc. bedingt sind, zu erkennen und zu berücksichtigen.

**PatientInnenorientierung hat auch den Interaktionsprozess unter die Lupe zu nehmen.**

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

## Empowerment der Betroffenen

### Definitionen:

Ausgangspunkt von Empowermentprozessen ist das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung, am biographischen Nullpunkt.  
(vgl. Herriger, 1997)

Seit 1890 sagen Verfechter des Empowerment-Gedankens in der Sozialarbeit:

In jeder Epoche, anderer Sprache und anderen Selbstbeschreibungen haben die Klienten als Person, Familien, Gruppen und Gemeinschaften *mit vielfältigen Fähigkeiten* und Entwicklungschancen begriffen, *unabhängig davon*, wie benachteiligt, eingeschränkt oder erniedrigt sie auch sein mochten.  
(vgl. Herring, 2006)

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

## Empowerment der Betroffenen

### Ablauf der Ressourcendiagnostik

#### *1. Erstdiagnostik und Hilfeplanung:*

Ziel ist es, die dem Klienten verfügbare Bewältigungsressourcen systematisch in den Hilfeprozess einzubeziehen und gleichzeitig lebensgeschichtlich vergessene Ressourcen wieder zu finden und erneut zugänglich zu machen. Unverzichtbar ist im Rahmen des Erstgesprächs und der individuellen Hilfeplanung eine konkrete Vermessung von Ressourcen. (vgl. Herring, 2006)

## Empowerment der Betroffenen

### *2. Prozessbegleitende Reflexion:*

kann als Instrument der Verfahrensevaluation eingesetzt werden. Diese eignet sich als eine praktische Reflexionshilfe für z.B. Patient und Pflegeperson um die bereits eingetretenen Veränderungen zu dokumentieren, Hindernisse im Zugang zu Ressourcen zu reflektieren und das weiterführende Hilfeverfahren neu zu organisieren.

### *3. Evaluation und Qualitätsdokumentation:*

Für die abschließende Fallevaluation dienen Verfahren der Ressourcendiagnostik zur Abschätzung von Ressourcenentwicklungen. (vgl. Herring, 2006)

# DIE PATIENTENORIENTIERUNG

## PatientInnenempowerment

### Die Aufgabe:

- Ressourcen und adäquates Coping zu fördern
- Gesundheitsförderliches Verhalten aufrechtzuerhalten
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gegebenenfalls zu verändern
- Erkrankungen vorzubeugen
- Weitgehende Unabhängigkeit zu sichern (vgl. Menche, 2007)

**Ziel =>** *Durch bewusste Lernprozesse können die Menschen sich aktiv mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und dabei nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern auch ihre Fähigkeiten neu entdecken.*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

## Soziale Diagnostik

Die möglichen Methoden einer sozialen Diagnostik:

- Anwendung akkumulierten Wissens
- Wissenschaftlich gestützt
- Professionelle Regeln
- Objektivierbarkeit
- Vergleichbarkeit
- Genauigkeit
- Reflexion und Selbstreflexion
- Entwickeln einer objektiven Sicht
- Entwickeln und Beharren auf Schlussfolgerungen
- Klarheit über Intervention oder Nicht Intervention

**Ziel =>** *Durch die Methode Ressourcen erkennen und ausschöpfen.*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

## Sozialraumorientierung

- Orientierung an Interessen und am Willen
- Eigeninitiative und Selbsthilfe
- Konzentration auf die Ressourcen
  - der Menschen
  - des Sozialraums
- Bereichsübergreifende Sichtweise
- Kooperation und Koordination

**Ziel => Wunsch # Wille**

# GLEICHHEITSORIENTIERUNG – UMVERTEILUNG

In den reichen Ländern können Wirtschaftswachstum und das steigende Durchschnittseinkommen kaum etwas zum Wohlbefinden ihrer Bevölkerung beitragen, aber innerhalb einer Gesellschaft besteht sehr wohl ein enger Zusammenhang zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemen bzw. Einkommen.

Nicht nur Gewalt und Gesundheitsprobleme sind typische Phänomene in Gesellschaften mit deutlicher sozialer Ungleichheit.

# GLEICHHEITSORIENTIERUNG – UMVERTEILUNG

Die Probleme in den reichen Ländern erklären sich nicht aus zu wenig oder zu viel Reichtum, sondern aus dem sehr starken Wohlstandsgefälle innerhalb einer Gesellschaft. (vgl. Wilkinson und Pickett, 2009)

In Gesellschaften mit größerer Ungleichheit erleben die Kinder mehr Streit, Einschüchterung und körperliche Auseinandersetzungen. Gerade die Gewalterfahrung in der Kindheit ist ein sicherer Indikator für spätere Gewaltbereitschaft. (vgl. Wilkinson und Pickett, 2009)

**DANKE FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT!**

Mag. (FH) Erich Fenninger, DSA  
Bundesgeschäftsführer

**volkshilfe.**   
ÖSTERREICH



# **Ergebnisse des Masterprojektes Möglichkeiten und Grenzen familien- und pflegebegleitender sozialer Arbeit mit Älteren und deren Angehörigen**

29.9. 2011

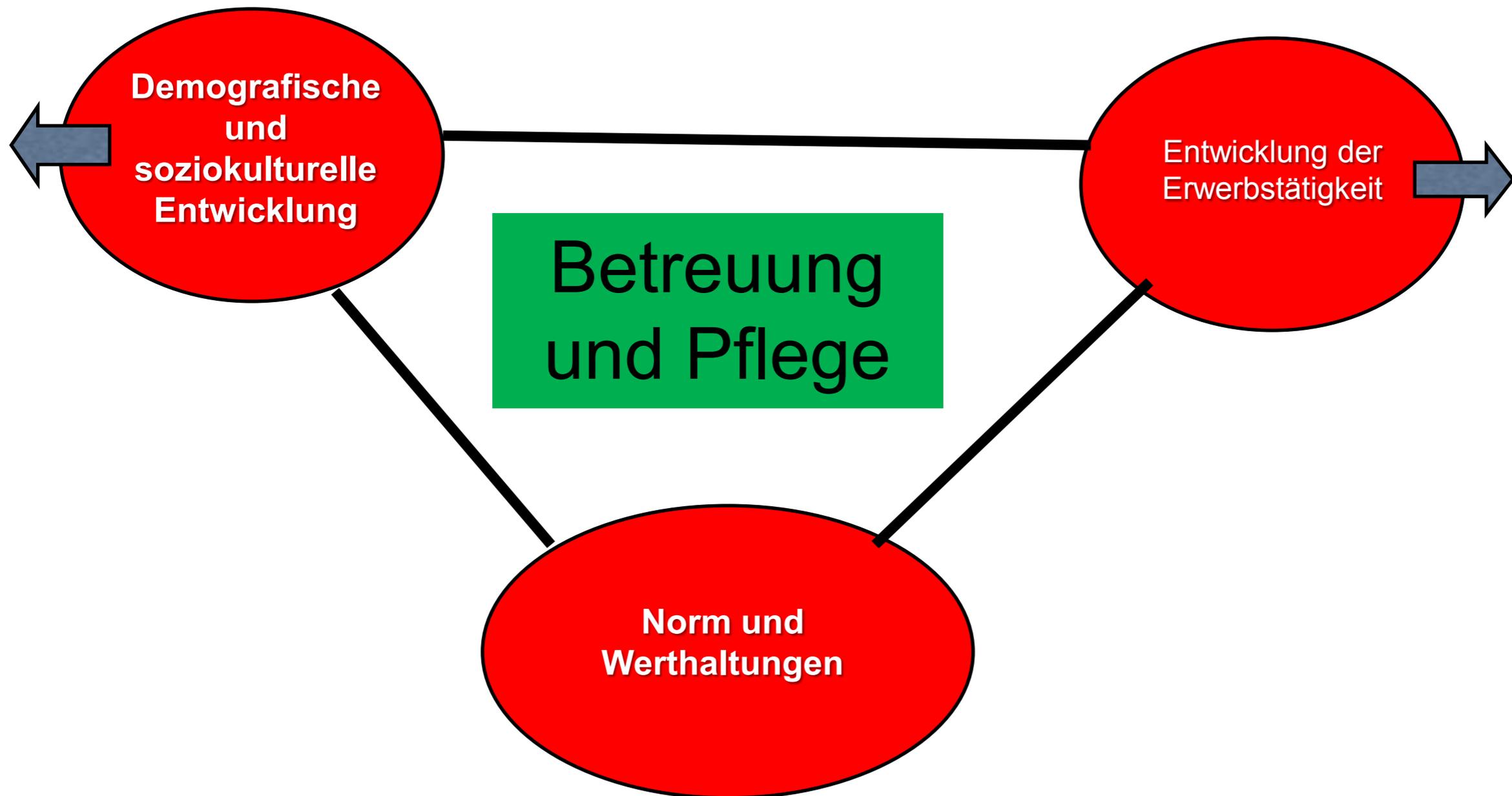
Symposium Zukünftige Herausforderungen  
für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels

FH-Prof. Mag. Johannes Pfliegerl

**Projektteam:** Carmen Elbe, Angela Fallmann, Carina Fritzer, Sabine Hofauer, Saskia Lipburger, Irene Negl, Sylvia Noyan, Birgit Paller, Kathrin Priglinger, Katrin Steinlesberger, Lucia Stelzeneder, Barbara Weißl, Birgit Zeilinger

**Projektleitung:** Johannes Pfliegerl

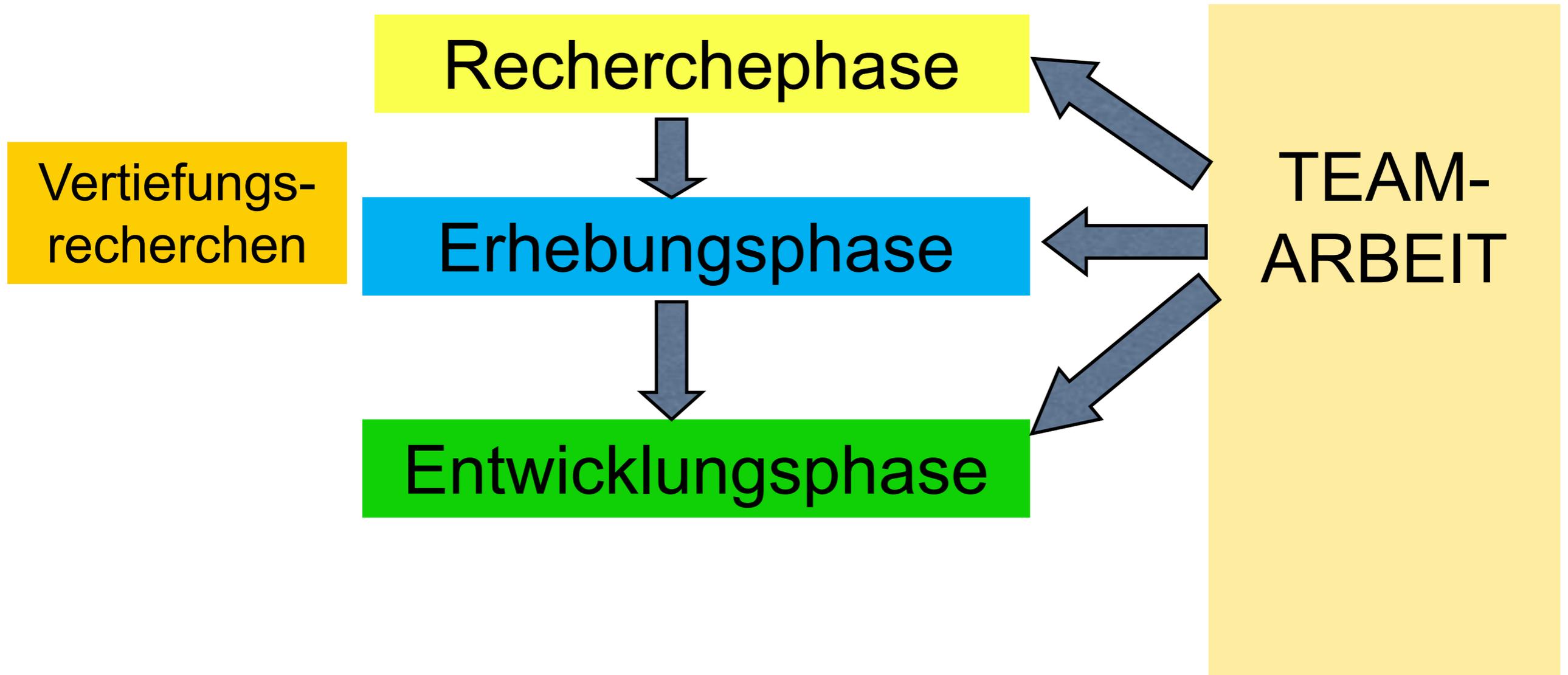
# Ausgangslage



## Ausgangslage

- Hilfsangebote in der Altenbetreuung werden in Österreich sehr stark von den Berufssparten der Pflege und Medizin dominiert.
- Soziale Arbeit nimmt in diesem Bereich nur eine marginale Randstellung ein.
- Über die medizinische Pflege hinausgehende Bedürfnisse der betreuten älteren Personen und ihrer relevanten Angehörigen in Pflegekontexten finden nur marginal und implizit Berücksichtigung.
- Es fehlen Forschungsarbeiten, die darauf abzielen mögliche Bedarfe aus der Sicht der Betroffenen festzustellen und empirisch zu belegen.

## Umsetzung des Projektes



# Methodisches Vorgehen

- **Erhebung von 16 Fällen**

Interviews mit:

pflegenden EhegattInnen

pflegenden Kindern

pflegebedürftigen Personen

professionellen Pflegekräften

- Interviews mit ExpertInnen aus der Altenarbeit
- Inhaltsanalytische Auswertung

## 4 Masterthesen

- Bedürfnisse von älteren pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen
- Möglichkeiten und Grenzen von Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege
- Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischer Hilfen im Kontext ambulanter Pflege von älteren Menschen
- Möglichkeiten und Grenzen von Case Management in der ambulanten Altenhilfe



# Bedürfnisse von älteren pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen



Kathrin Priglinger

Birgit Paller

Birgit Zeilinger

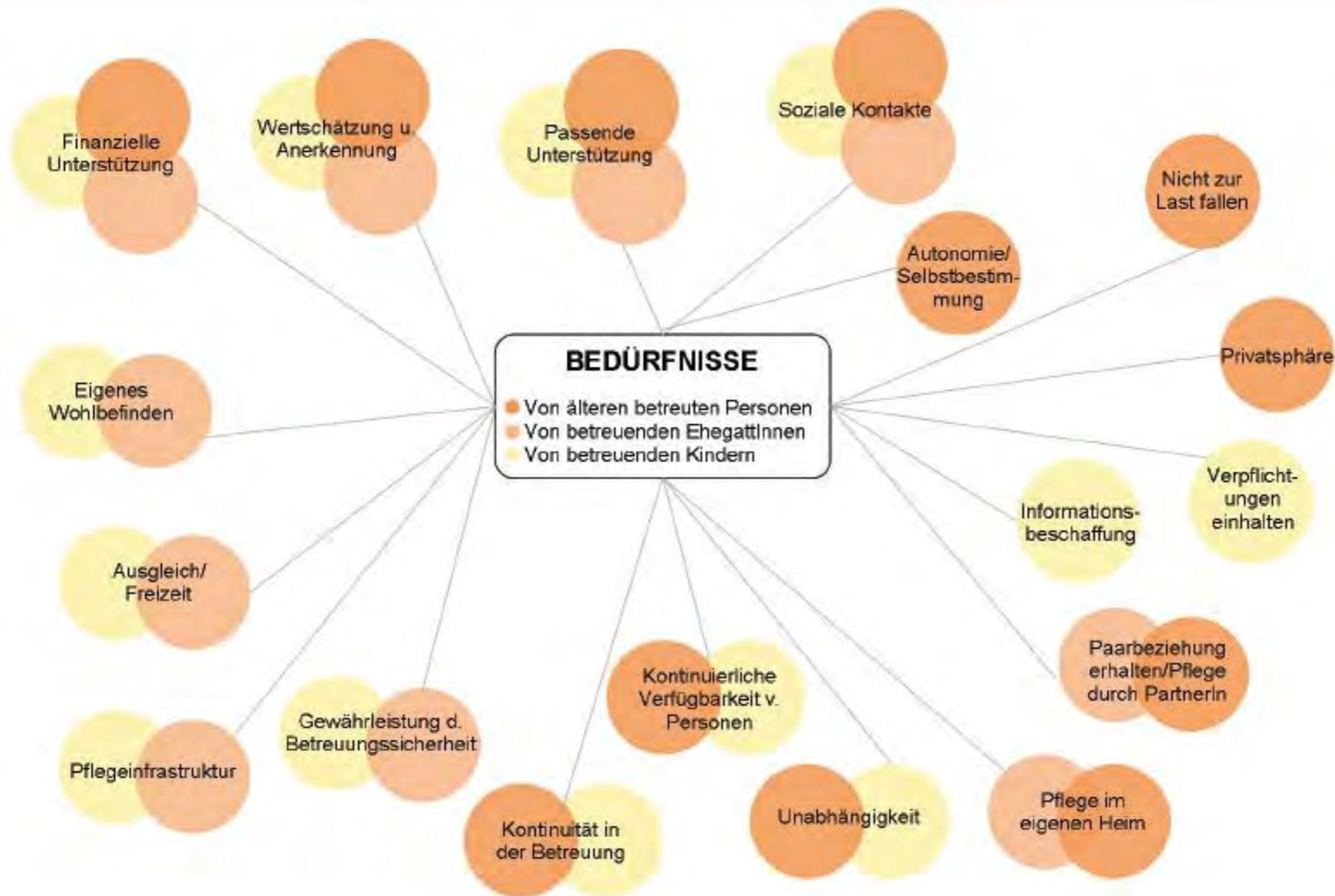
# Zentrale Ergebnisse – Bedürfnisse pflegender Angehöriger

- zu Beginn pflegerelevante Informationen zu erhalten und zu einer adäquaten Pflegeinfrastruktur zu kommen
- ausreichende finanzielle Basis zu haben
- sehr gute Betreuung so weit wie möglich selbst bieten wollen
- Betreuungssicherheit für die von ihnen betreuten und gepflegten älteren Angehörigen unbedingt zu gewährleisten
- Wertschätzung und Dankbarkeit für die Pflegleistung von den von ihnen betreuten Personen zu erfahren
- Für pflegende EhegattInnen: kommunikativer Austausch mit dem eigenen Ehepartner für eine befriedigende Aufrechterhaltung der Partnerschaft

## Zentrale Ergebnisse – Bedürfnisse gepflegter Personen

- Zu Hause bleiben zu können und im eigenen gewohnten Umfeld von den eigenen Angehörigen betreut zu werden
- Finanziell gut abgesichert zu sein
- Kontinuität in der Betreuung und Pflege von mobilen Hilfs- und Pflegekräften zu haben
- Autonomie und selbständige Gestaltung des eigenen Lebens
- Nicht überversorgt zu werden
- Privatsphäre und Schutz des Privatbereichs

# Bedürfnisse von älteren pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen



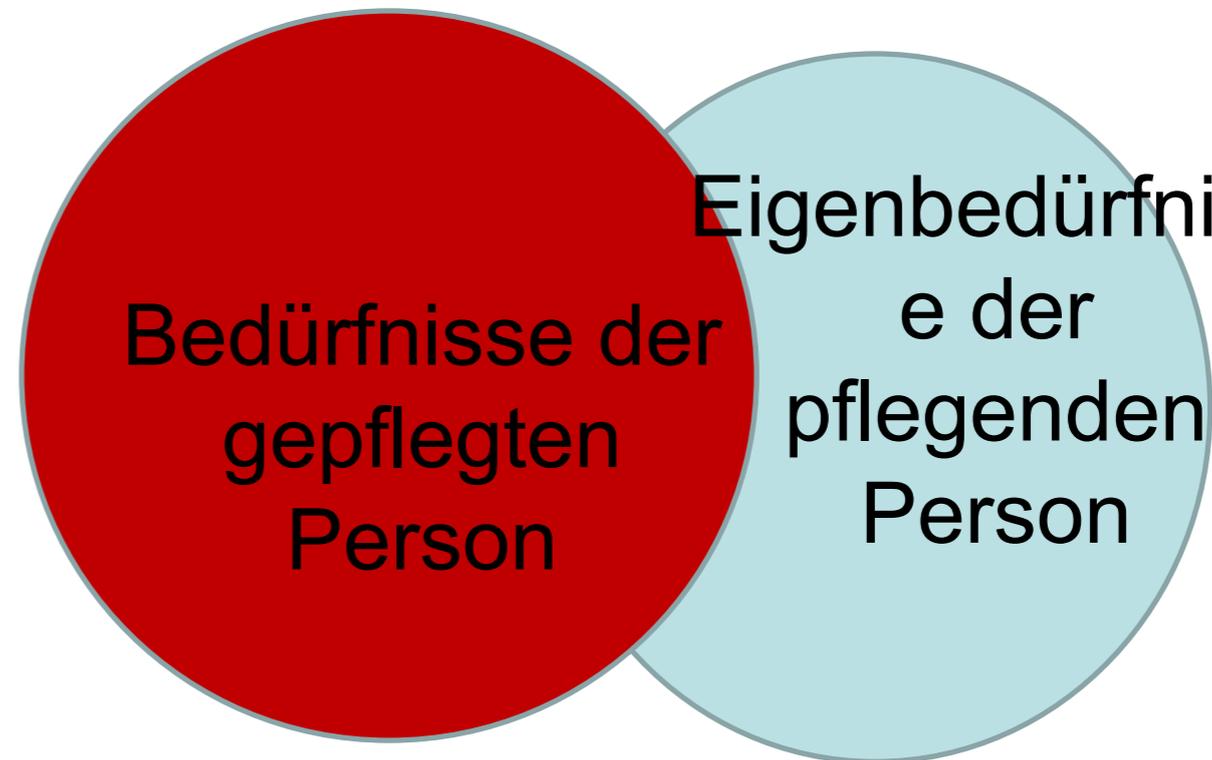
# Belastung in Pflegesettings

Eigenbedürfnisse der  
pflegenden Person



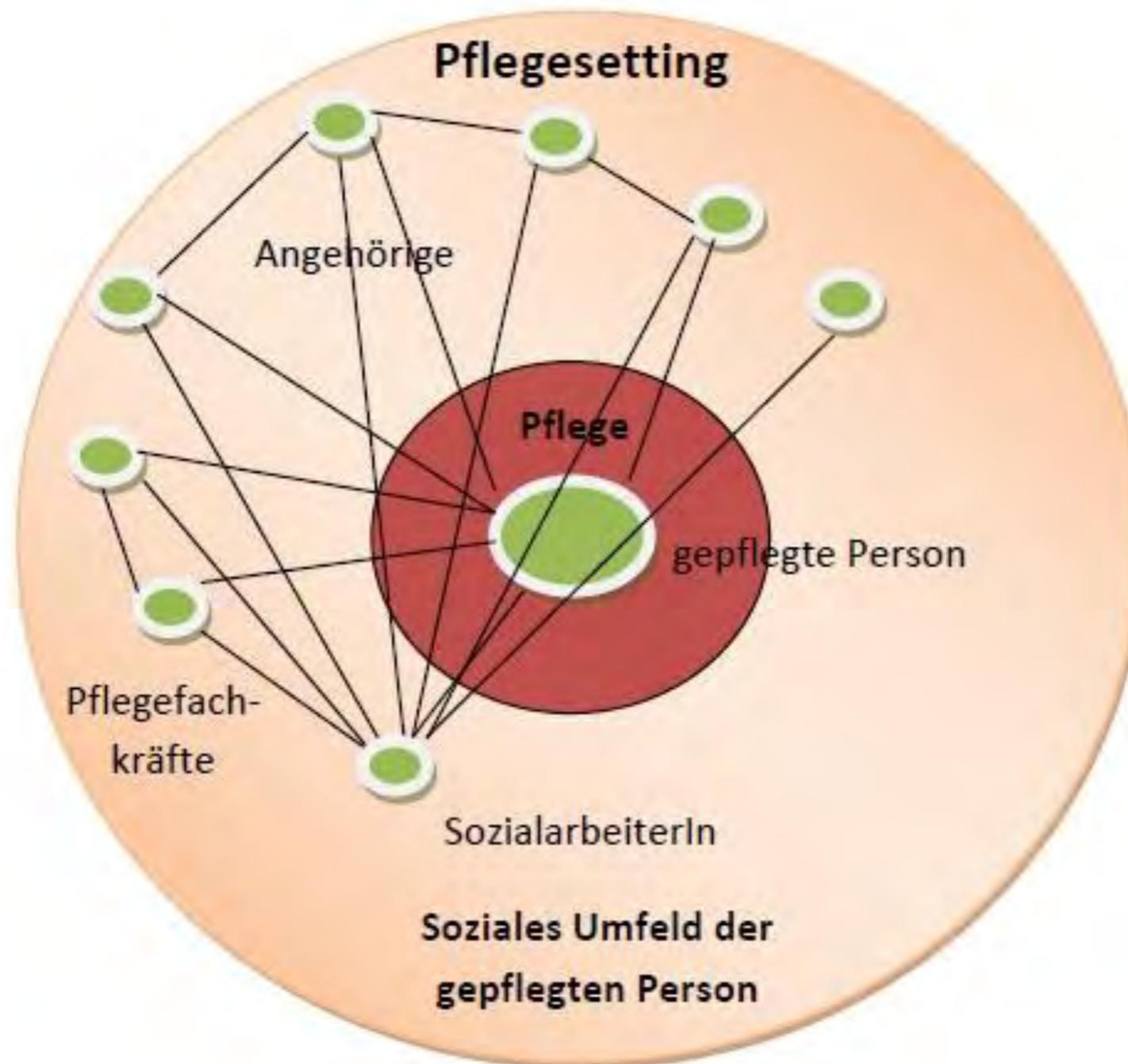
Belastungsgrad hoch

Eigenbedürfnisse  
der  
pflegenden  
Person



Belastungsgrad  
gering

# Erweiterte Betrachtung der Betreuungs- und Pflegesituation älterer Menschen



**Ilse Arlt Institut  
für Soziale Inklusionsforschung**

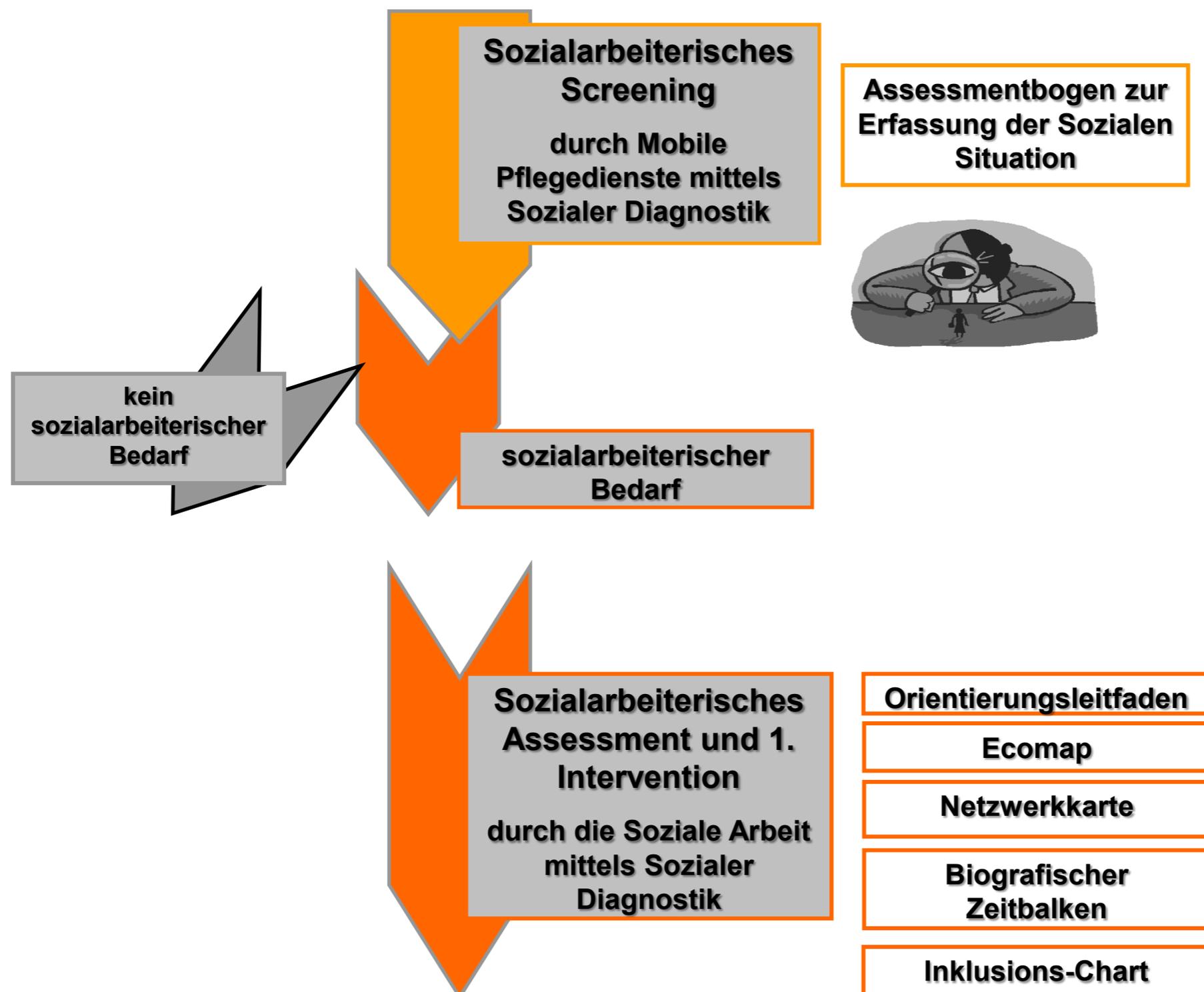
Matthias Corvinus Str. 15  
3100 St. Pölten  
E: [inclusion@fhstp.ac.at](mailto:inclusion@fhstp.ac.at)  
I: <http://inclusion.fhstp.ac.at>



# **Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege**

Carmen Elbe & Carina Fritzer

# Modell zur praktischen Anwendung und Umsetzung Sozialer Diagnostik in der ambulanten Altenpflege

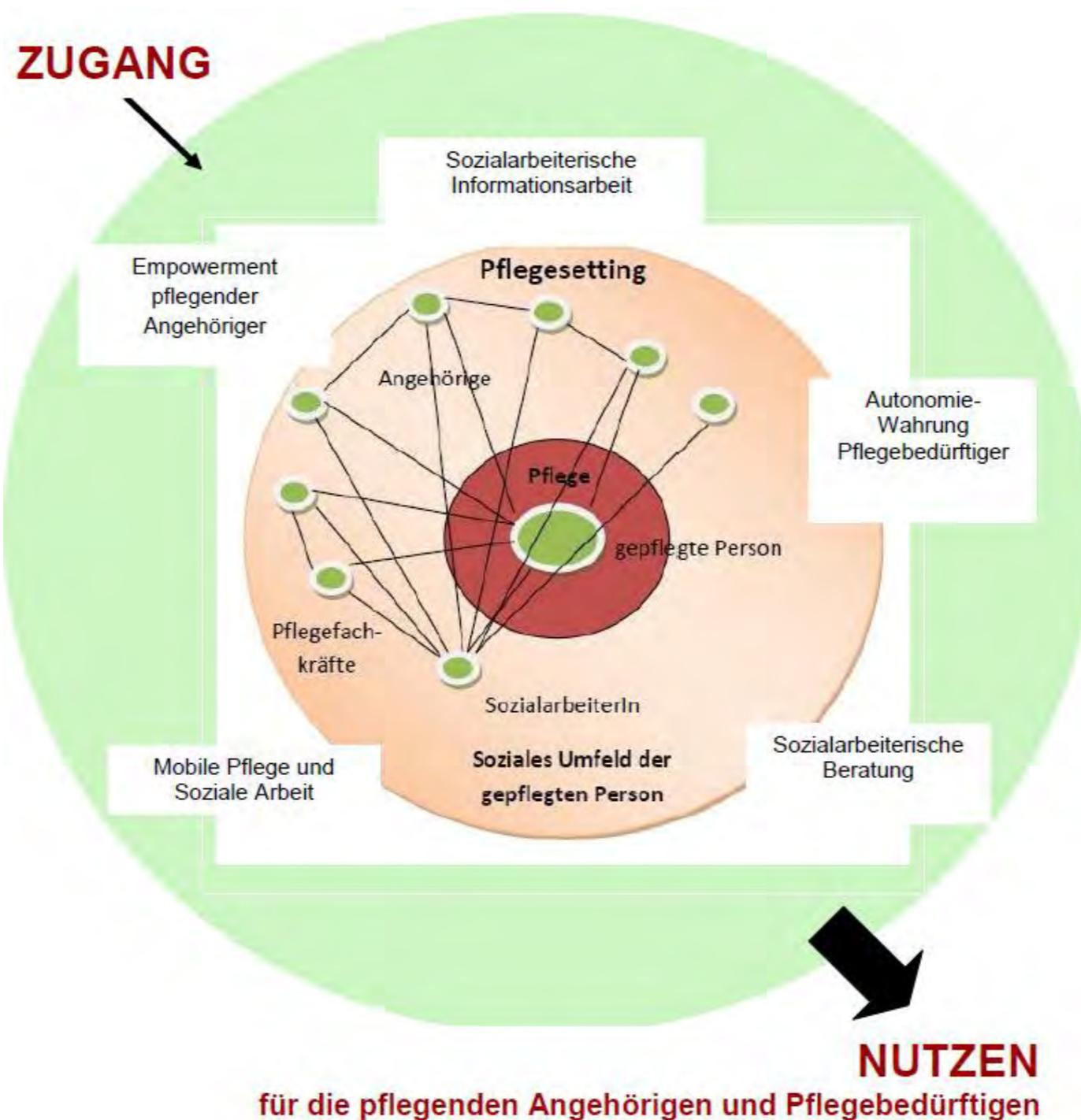




# Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischer Hilfen im Kontext ambulanter Pflege älterer Menschen

Angela Fallmann, Saskia Lipburger, Katrin Steinlesberger,  
Lucia Stelzeneder, Barbara Weißl

# Perspektive des erweiterten Pflegesettings



## Methodische Vorschläge - Adaptionen

- Adaption der motivierenden Gesprächsführung auf den Kontext der Pflege
- Adaption der Family Group Conference auf den Kontext der Pflege
- Adaption des Lösungsfokussierten Ansatz auf den Kontext der Pflege
- Ansätze zur Netzwerkarbeit im Kontext der Pflege
- Biografiearbeit
- Psychoedukation
- Validation

# Implementierung

## ...in bereits bestehende Angebote

- Beratung pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Menschen in Familienberatungsstellen
- Beratung bei Pflegestammtischen

# Implementierung

## ... neuer Angebote:

- Einbindung unabhängiger Berufsgruppen in die Informationsarbeit
- Einbindung in Dienstbesprechungen mobiler Pflegekräfte
- Gemeinschaftspraxen mit Hausärzte/innen, Pflegekräften und SozialarbeiterInnen
- Aufsichtsbeirat



# Möglichkeiten und Grenzen von Case Management in der ambulanten Altenhilfe

Sabine Hofauer

Sylvia Noyan

Irene Negl

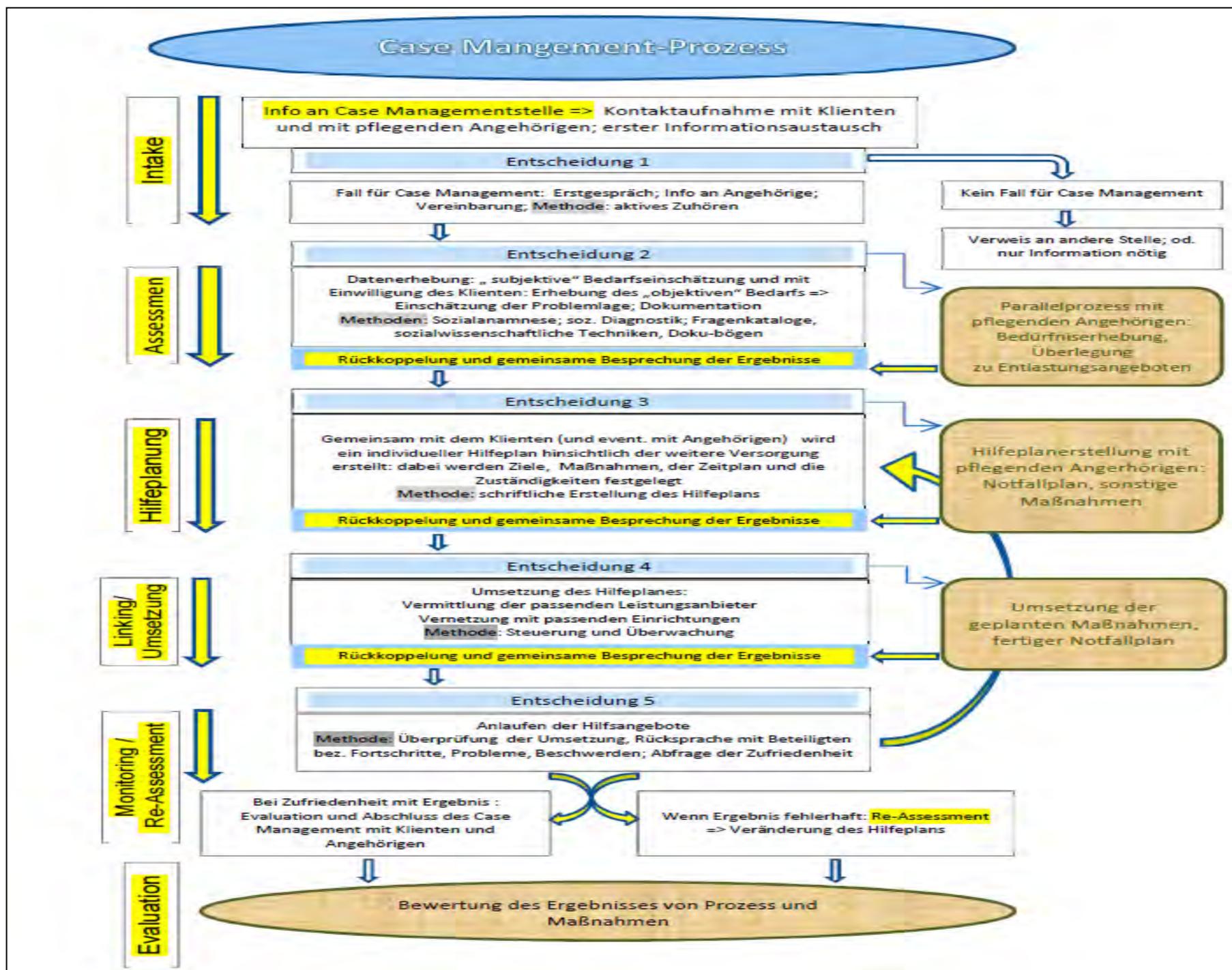
## Analyse der erhobenen Angebote

- Unterschiedliche AnbieterInnen/KostenträgerInnen
- Unterschiedliche Sichtweise von Case Management – oftmals stehen dabei die Bedürfnisse der Kosten- und LeistungsträgerInnen bzw. –erbringerInnen im Vordergrund
- Unterschiedliche personelle Besetzung
- Implementierung ausschließlich auf Fallebene
- Zugangsbarrieren

# Adaptionsvorschläge

- bedürfnis- und ressourcenorientierter Ansatz für Pflegebedürftige + deren Angehörige
- Unabhängigkeit von KostenträgerInnen/LeistungserbringerInnen
- anwaltschaftliche Funktion u. sozialarbeiterische Blickrichtung des/der Case ManagerIn
- Adaptierter Modellvorschlag nach den Phasen des Regelkreises
- niederschwelliger Zugang
- nicht ausschließlich „Komm-Strukturen“
- Kontinuität gewährleisten

# Adaptierter Modellvorschlag



# Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Case Management

## Voraussetzungen auf Systemebene

- politischer Auftrag;
- finanzierende Institution(en);
- Aufbau von regionalen, klientInnenorientierten Dienstleistungsnetzwerken;
- Organisations- und Personalentwicklungsprozess etc.

## Möglichkeiten:

- durch Kosten- bzw. LeistungsträgerInnen (-)
- durch LeistungserbringerInnen (-)
- durch neutrale Instanzen (+)

## Grenzen:

- fehlender politischer Auftrag
- Vernachlässigung systematischer Abstimmungs- und Vernetzungsprozesse
- mangelnde Qualifikation der Case ManagerInnen
- internen und externen Veränderungsanforderungen wird zu wenig Beachtung geschenkt – CM statt Organisationsentwicklung, CM statt Qualitätssicherung
- fehlen von Forschung/Evaluation und Weiterbildung/Qualifizierung
- verkürzter Einsatz von Case Management (Ausschnitte des Verfahrens, Medizincontrolling)

# Verortung Sozialer Arbeit im Prozess der Pflege



## **4. Schwerpunkte sozialarbeiterischen Handelns in Palliative Care (aus Standards Sozialarbeit in Palliative Care)**

- Beratung, Information und psychosoziale Begleitung von PatientInnen und Angehörigen
- Ressourcenmanagement und Empowerment (Stärkung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen)
- Netzwerkarbeit und Case-Management (inkl. Schnittstellenfunktion)
- Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten (PatientInnen, Angehörige sowie beruflich Handelnde)
- Krisenintervention und Unterstützung bei der Konfliktbewältigung
- Unterstützungsangebote für Trauernde
- Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten
- Koordination von ehrenamtlichen Diensten

# Literatur

- Dachverband Hospiz Österreich (1993): Standards „Sozialarbeit im Bereich Palliative Care.
- Elbe, Carmen/Fritzer, Carina (2011): Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Diagnostik im Kontext der ambulanten Altenpflege: Masterthese erstellt an der FH St. Pölten
- Fallmann, Angela/Lipburger, Saskia/Steinlesberger, Kathrin/Stelzeneder, Lucia/Weißl, Barbara (2011): Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischer Hilfen im Kontext ambulanter Pflege älterer Menschen. Masterthese erstellt an der FH St. Pölten
- Hofauer, Sabine/Noyan, Sylvia/Negl, Irene (2011): Möglichkeiten und Grenzen von Case Management in der ambulanten Altenhilfe: Masterthese erstellt an der FH St. Pölten
- Hörl, Josef (2008): Pflege und Betreuung I: Informelle Pflege. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien, S. 351-372
- Knapp, Gerald/Kösslsdorfer, Cornelia (2010): Altern und Familien. Veränderte Familienstrukturen, Generationenbeziehungen und informelle Pflege. In: Knapp, Gerald/Spitzer, Helmut: Altern, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich. Klagenfurt – Laibach, S. 198-214
- Mühlberger, Ulrike u. a. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien
- Pochobradsky, Elisabeth u. a. (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Priglinger, Kathrin/Paller, Birgit/Zeilinger, Birgit (2011): Bedürfnisse von älteren pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Masterthese erstellt an der FH St. Pölten
- Spitzer, Helmut (2008): Soziale Arbeit mit alten Menschen – eine Spurensuche. In Sozialarbeit in Österreich (SIÖ): Heft 1, S. 36-38

# Wien ist Vielfalt

Mag. Dominik Sandner  
Magistrat der Stadt Wien  
MA 17 für Integration und Diversität

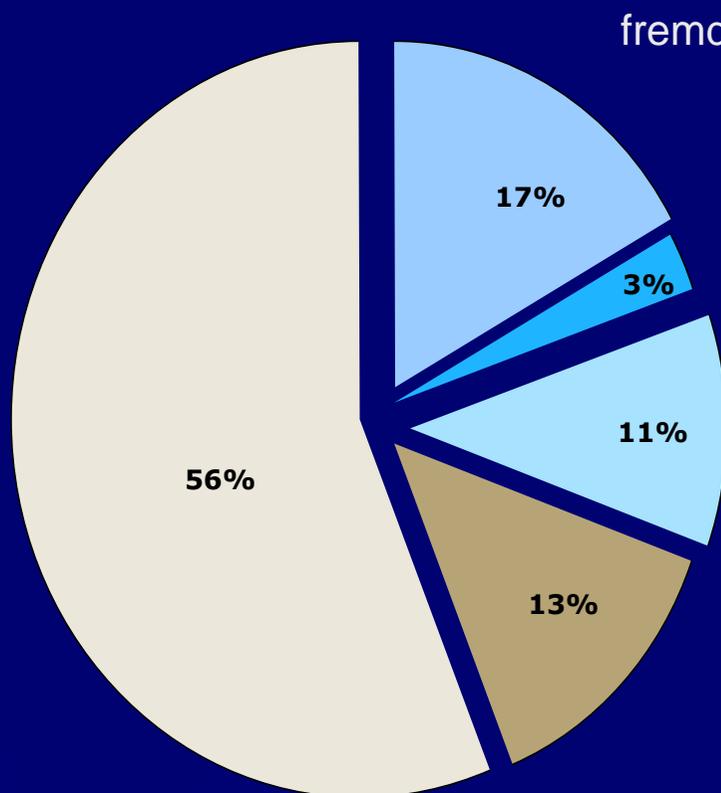
FH St. Pölten

29.9.2011



# Generationenübergreifender Migrationsbegriff

Österr. StaatsbürgerInnen &  
in Österreich geboren



fremde Staatsangehörige & im Ausland geboren

fremde Staatsangehörige & in Österreich geboren

Österr. StaatsbürgerInnen & im Ausland geboren

Österr. StaatsbürgerInnen & in Österreich geboren,  
zumindest ein Elternteil im Ausland geboren

**44% mit Migrationshintergrund**



# MA 17 für Integration und Diversität

**Grundlagen-  
arbeit**

Studien  
Monitoring  
Vernetzung  
Recht

**Integration**

StartWien  
Niederlassungs-  
begleitung  
Förderungen  
Projekte

**Stadtteilarbeit**

Dialog  
Vernetzung  
Projekte  
Information

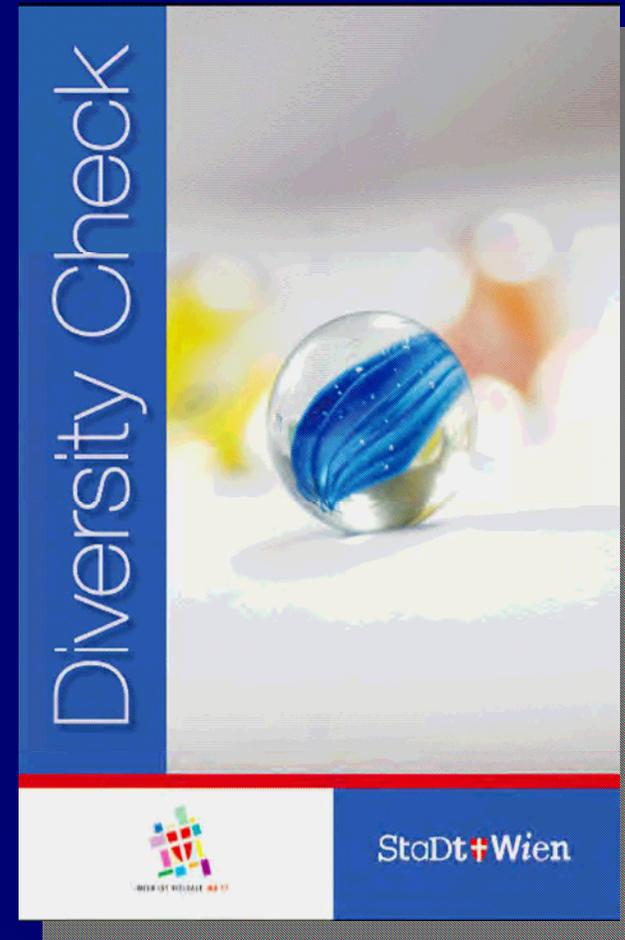
**Diversität**

DM im  
Magistrat  
Diversity  
Check



# Diversity Check

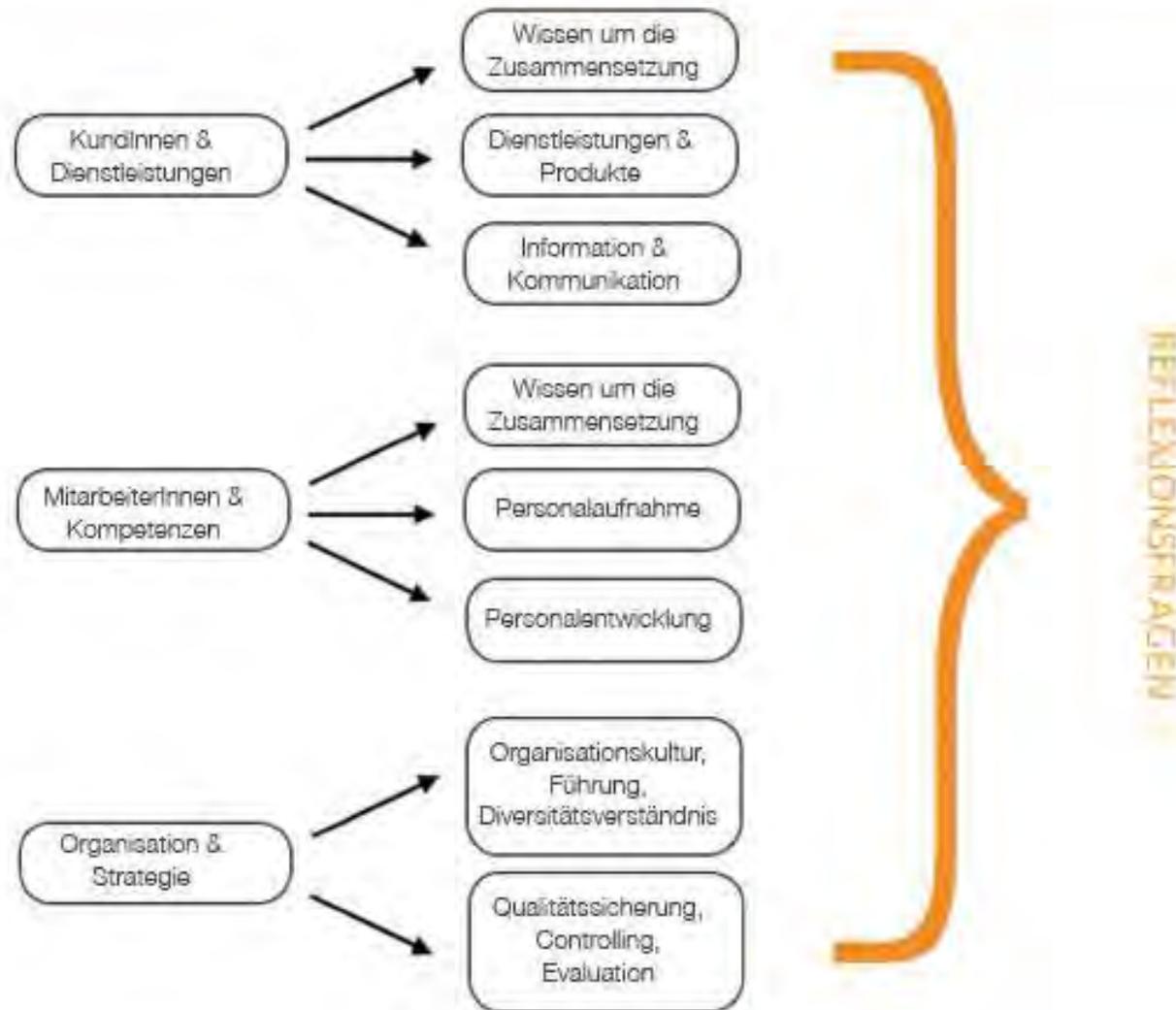
- **Magistratsinternes OE-Instrument**
- **Selbstanalyse - Indikatorensystem**
- **Maßnahmenentwicklung → Aktionsplan**
- **Umsetzung/Evaluierung**



3 Dimensionen:

8 Hauptindikatoren:

34 Subindikatoren



Weitere Infos, Publikationen &  
Downloads.....

[www.wien.gv.at/menschen/integration](http://www.wien.gv.at/menschen/integration)

Kontakt:  
[dominik.sandner@wien.gv.at](mailto:dominik.sandner@wien.gv.at)





Landesakademie. Zukunftsakademie

# INTEGRATIONSSERVICE

# Österreich

Österreich					Bevölkerungsstand 1.1.2010 (Statistik Austria)
Bevölkerung	ausländische Staatsangehörige			im Ausland geborene österr. Staatsang.	
	zusammen	im Ausland geboren	im Inland geboren		
					Bevölkerung insgesamt
					Bevölkerung österreichischer Herkunft
					Bevölkerung ausländischer Herkunft

# Demographische Rahmenbedingungen **ÖSTERREICH** (Statistisches Jahrbuch Migration & Integration 2010)

## *Rückgang der Zuwanderung nach Österreich im Jahr 2009*

Zuwanderung	107.000 Personen
Auswanderung	87.000 Personen
<b>Netto-Zuwanderung</b>	<b>20.000 Personen.</b>

Die Wirtschaftskrise bremst die Zuwanderung und fördert die Rückwanderung.

## Aufgliederung der 107.000 Zuwanderer

davon **16.000 zurückkehrende ÖsterreicherInnen**  
und **54.000 EU-BürgerInnen.**

davon **18.000 Deutsche** (größten Anteil), gefolgt von Zuzügen aus Rumänien, Ungarn und der Slowakei.

lediglich **38.000 Zuwanderer (35%) aus Drittstaaten**  
davon 1/3 ehemaliges Jugoslawien und dem restlichen Europa  
ein weiteres 1/3 aus Asien und Afrika.

**Die Zuwanderung aus der Türkei war mit knapp unter 5.000 Personen vergleichsweise gering.**

## Verringert hat sich auch die Einreise von Asylsuchenden

<b>2002</b>	<b>40.000</b> Asylanträge
<b>2008</b>	<b>16.000</b> Asylanträge

Im Jahr 2009 stammten die meisten AsylwerberInnen aus der Russischen Föderation (insbesondere Tschetschenien), aus Serbien bzw. dem Kosovo, Afghanistan und Nigeria.

**Herkunft der Zuwanderer** (Geburtsort bzw. Staatsbürgerschaft mit Stichtag 1.1.2010)

**Deutschland 213.000 Personen**

**Serbien, Montenegro, Kosovo 207.000 Personen**

**Türkei 183.000 Personen**

Bosnien und Herzegowina (130.000), Kroatien (70.000), Rumänien (63.000), Polen (59.000), Tschechische Republik (46.000), Ungarn (39.000) und Italien (29.000).

## Geburtenentwicklung und Einbürgerungen

Jahr 2009                    **76.344** Neugeborene  
                                      **77.381** Personen verstorben.

Im Durchschnitt bekamen Frauen rund 1,39 Kinder.

**Östereicherinnen gebären durchschnittlich 1,27 Kinder.**

**Frauen ausländischer Herkunft hingegen 1,84 Kinder.**

(**Türkinnen: 2,41 Kinder**, Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien: 1,87 Kinder).

**Eingebürgerte Frauen** haben sich dabei dem Fertilitätsniveau **angepasst** und bekamen **1,52 Kinder**, deutlich **weniger als Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft** (1,98).

## Einbürgerungen

2003 Zahl der Einbürgerungen 45.000 Personen.

**2009 Zahl der Einbürgerungen rund 8.000 Personen.** (vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien (zu 52%) und der Türkei (zu 16%).

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Einbürgerung ist neben dem Nachweis der Sprachkenntnisse (**Integrationsvereinbarung**) und der **Absolvierung des Staatsbürgerschaftstests ein mindestens 10-jähriger ununterbrochener rechtmäßiger Aufenthalt in Österreich.**

In Ausnahmefällen (z.B. Ehegatten von österreichischen Staatsangehörigen oder durch besondere Verdienste in Sport, Kultur, Wissenschaft, etc.) kann eine Einbürgerung auch schon nach sechs Jahren erfolgen.

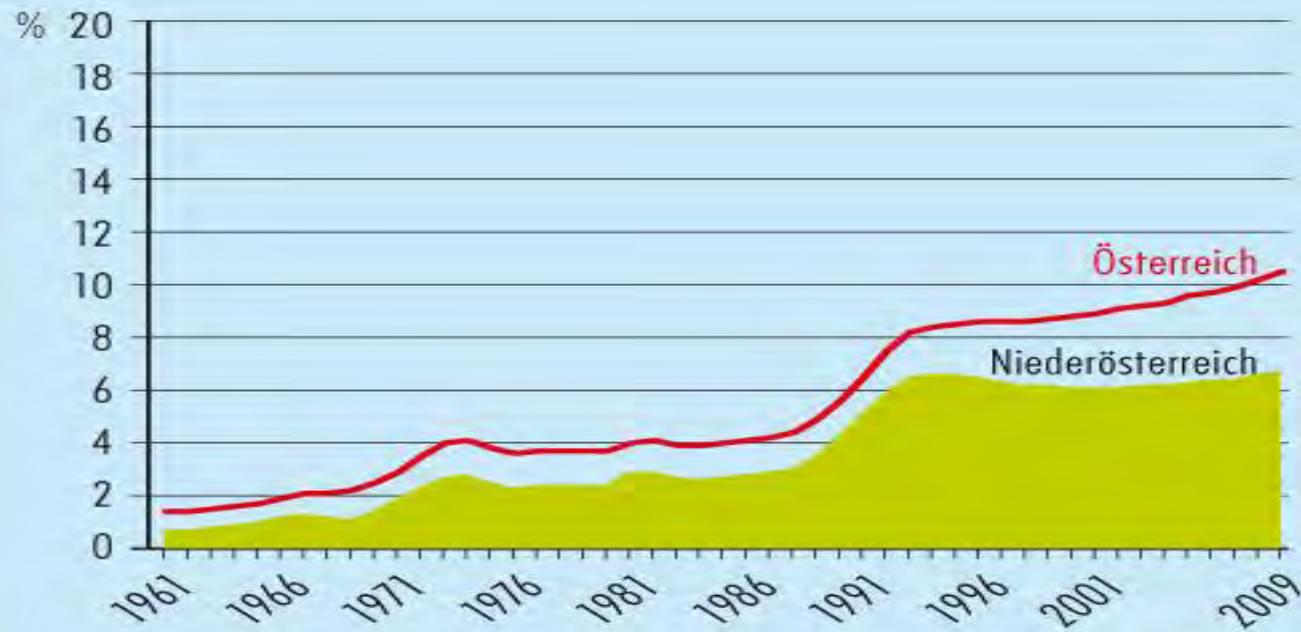
Bis zum 1.1.2006 genügte ein Aufenthalt von sechs Jahren in Österreich.

Ein Großteil der lange genug in Österreich lebenden Ausländerinnen hat sich nach der alten Regelung bereits zuvor einbürgern lassen. Dies führte in den Jahren seither zu stetig sinkenden Einbürgerungszahlen.

# Niederösterreich

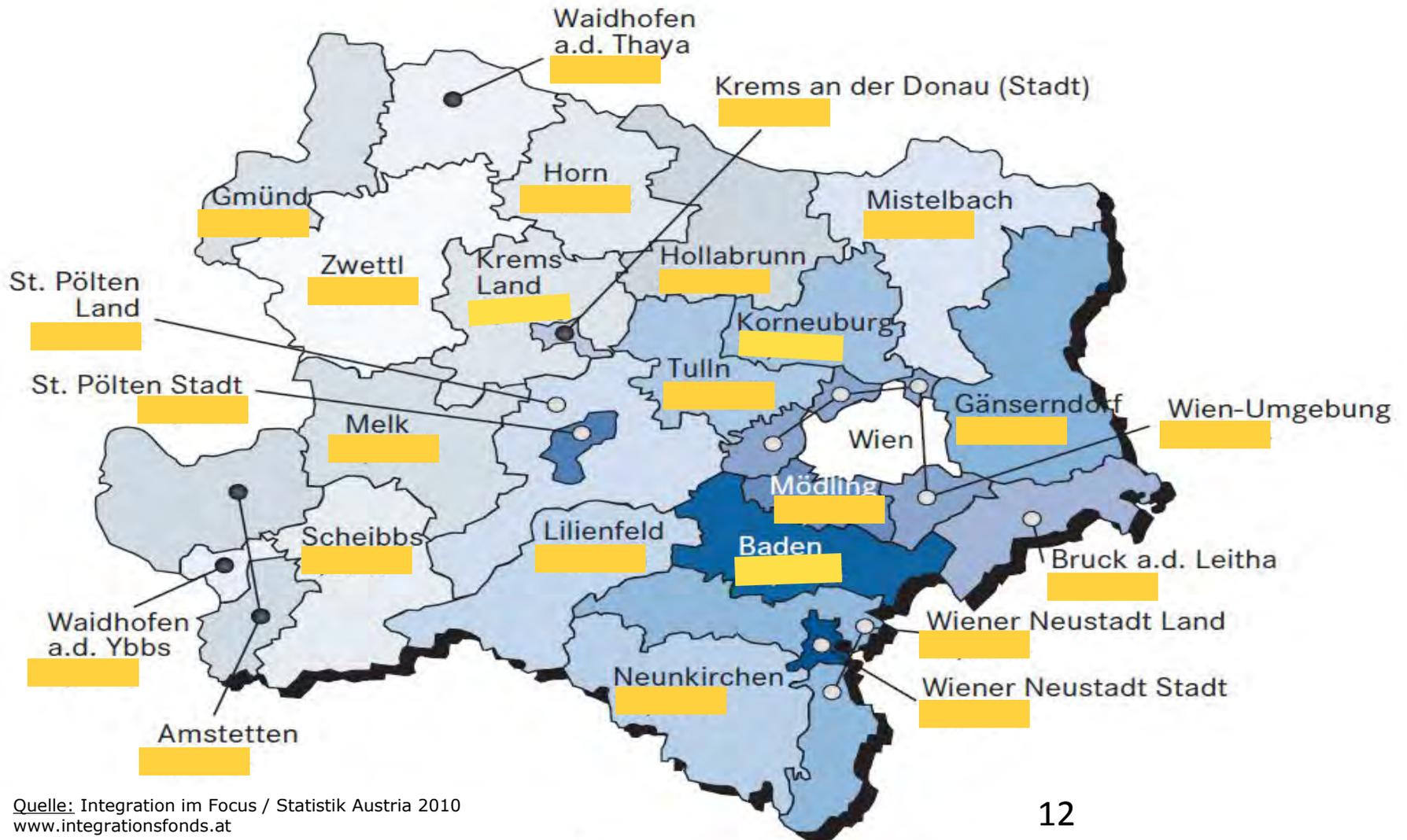
Bevölkerung	ausländische Staatsangehörige			im Ausland geborene österr. Staatsang.	Bevölkerungsstand 1.1.2010 (Statistik Austria)
	zusammen	im Ausland geboren	im Inland geboren		
					Bevölkerung insgesamt
					Bevölkerung österreichischer Herkunft
					Bevölkerung ausländischer Herkunft

## Entwicklung des Ausländeranteils seit 1961

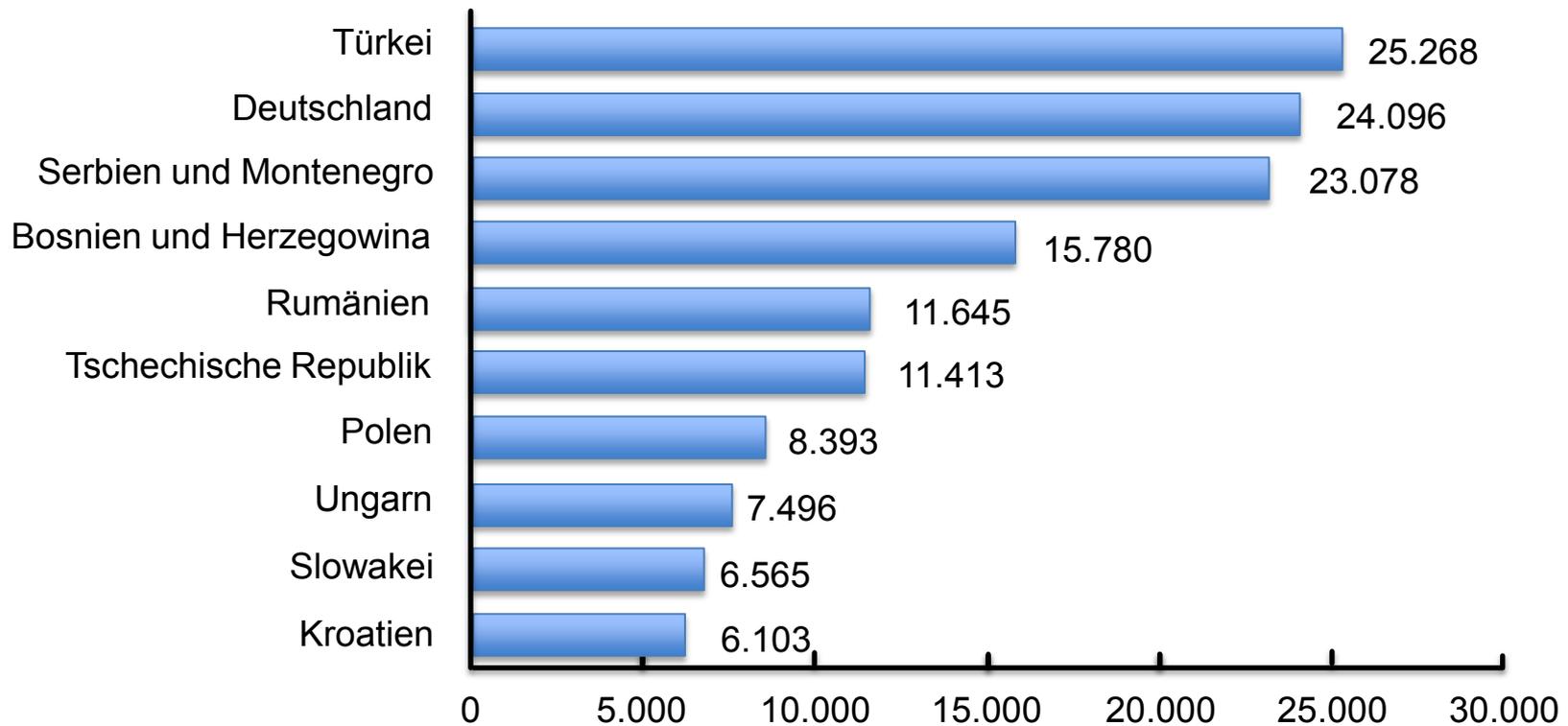


Q.: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsfortschreibung, Statistik des Bevölkerungsstandes.

# Wo leben die Menschen mit migrantischen Wurzeln in NÖ?



## Wer sind die Menschen mit Migrationshintergrund in NÖ?



Bevölkerung mit ausländischer Herkunft, Top 10 Herkunftsländer am 1.1.2010.



Landesakademie. Zukunftsakademie

## Integrationservice

Das Integrationservice versteht sich als Drehscheibe für integrationsrelevante Fragen in Niederösterreich. Seine Hauptaufgabe ist die Beratung und Vernetzung von BürgerInnen, Politik, Verwaltung, Gemeinden sowie Vereinen.

Die Tätigkeit der Stelle richtet sich **an alle** in Niederösterreich lebenden Menschen. Ziel ist dabei die Förderung des guten Zusammenlebens durch Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen.

### **Regionale Strategie:**

Einbindung der Vorschläge aus Kleinregionen und Gemeinden und Hinhorchen auf die Erfahrungen und Wünsche aller BürgerInnen.

**=> Fordern und Fördern**

## Aufgabengebiete

- Beratung von Gemeinden, Institutionen und Vereinen
- Entwicklung von Integrationsmaßnahmen vor Ort
- Projektbetreuung
- Förderberatung
- Organisation und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen
- Veranstaltungsorganisation
- Kooperation und Vernetzung
- Vermittlung von ModeratorInnen und MediatorInnen

## **Pilotprojekt: Integrationsimpulse Schwarzatal**

Die Region Schwarzatal ist von einer starken Migration geprägt. Wo Zuwanderung passiert, gibt es positive Beispiele - aber auch Herausforderungen (von der Wohnungsvergabe bis hin zum Bildungsbereich => Kindergärten & Schulen).

Acht Mitgliedsgemeinden der Kleinregion Schwarzatal - **Buchbach, Bürg-Vöstenhof, Grafenbach-St. Valentin, Natschbach-Loipersbach, Neunkirchen, Ternitz, Wartmannstetten und Wimpassing** - haben zur gemeinsamen Ausrichtung ihrer Integrationsarbeit die „Integrationsimpulse Schwarzatal“ gestartet. Dazu bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses zum Thema Integration: Um Erfahrungen auszutauschen, gemeinsame Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Wo steht die Region (bzw. die einzelne Gemeinde) bei der Aufgabe, Integration mitzugestalten und zu ermöglichen?



Landesakademie. Zukunftsakademie

Anhand eines Gemeindechecks mit Fragestellungen zum Zusammenleben zwischen Jugendlichen, in den Wohnsiedlungen, Bildungseinrichtungen u.v.m. wird herausgearbeitet, wo die Gemeinden momentan stehen. Darauf aufbauend werden kommunale und regionale Schwerpunkte für die künftige Integrationsarbeit erarbeitet, die in weiterer Folge in gemeinsame Maßnahmen münden sollen. Erstmals startet damit in Niederösterreich eine Kleinregion einen Prozess zur gemeinsamen Integrationsarbeit und übernimmt so eine Vorreiterrolle. Die Erfahrungswerte können nach Projektende für andere Regionen genutzt werden. Die Projektumsetzung wird von einer Steuergruppe, bestehend aus GemeindevertreterInnen, der ARGE Integrationsberatung, dem Integrationsservice und dem Regionalmanagement NÖ/Büro Industrieviertel, begleitet. Das Projekt endet im Dezember 2011.

## **Ausblick**

Wir müssen in Zukunft mehr über das Zusammenleben und darüber, was wir darunter verstehen, diskutieren und die daraus resultierenden Maßnahmen umsetzen, und zwar

### **mit**

- den Einheimischen, die den gesellschaftlichen Veränderungsprozess, den Zuwanderung mit sich bringt, als Realität verstehen und anerkennen sollen,
- den Migrantinnen und Migranten, die sich stärker beteiligen sollen (z. B. Freiwilligentätigkeit)
- den Gemeinden, die eine wichtige Rolle in der Integrationsarbeit einnehmen,
- und mit den Menschen in den Institutionen und Vereinen, die Integration im Alltag leben, aber insbesondere auch mit jenen, die dem Thema reserviert gegenüberstehen.

DENKEN  
WISSEN  
ZUKUNFT

**Mag. Murat Düzel**

NÖ Landesakademie

Leitung Integrationservice

Neue Herrengasse 17A

3109 St.Pölten

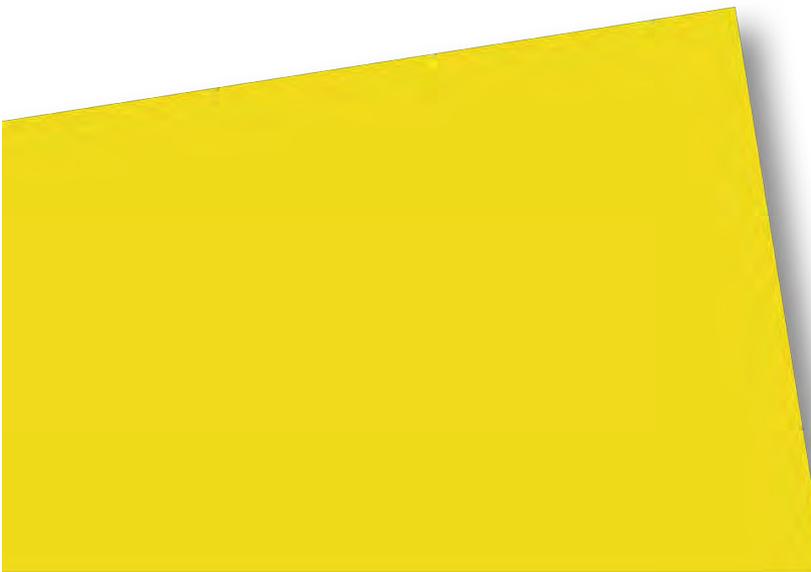
Büro: 02742 294 17491

Mobil: 0664 604 17491

[www.integrationservice.noelak.at](http://www.integrationservice.noelak.at)

[murat.duezel@noelak.at](mailto:murat.duezel@noelak.at)

DENKEN  
WISSEN  
ZUKUNFT



*All you need to know...*

*Master-Forschungsprojekt 2011-2013*

**MeMoK**

**Mentoring Mobility und Interkultur**

# Inhalte Impulsbeitrag

- Ausgangslage in Austria
- Neue Homepage: [www.migration.gv.at](http://www.migration.gv.at)
- Interkultur
- Mentoring Mobility und Interkultur
- Charta Steiermark/Konferenz

# Woher kommen die ZuwanderInnen?

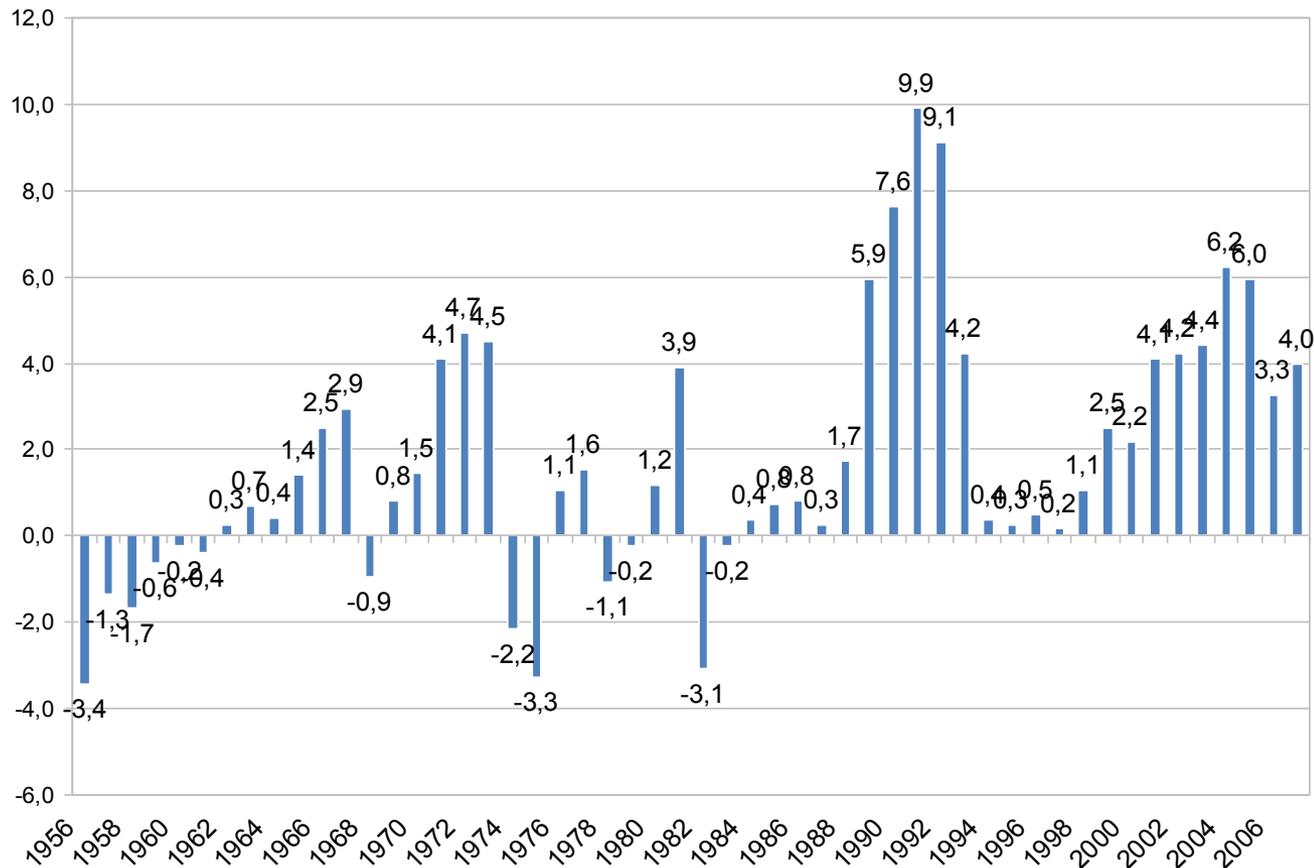
die **Hälfte** der ZuwanderInnen nach Österreich stammen **aus der EU**:

2009 entfielen von den rund 107.000 Zuzügen aus dem Ausland 54.000 auf EU-Bürger/-innen, die im Rahmen der Niederlassungsfreiheit nach Österreich zogen

Seit dem Inkrafttreten neuer gesetzlicher Bestimmungen im Jahr 2006 ist die Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten stark zurückgegangen. Im Jahr 2009 stammten nur rund 38.000 ZuwandererInnen (35%) aus Drittstaaten.

# Austria: Netto Migrationsrate 1956 – 2007

## OECD 2008, Migrants /1000 Inhabitants

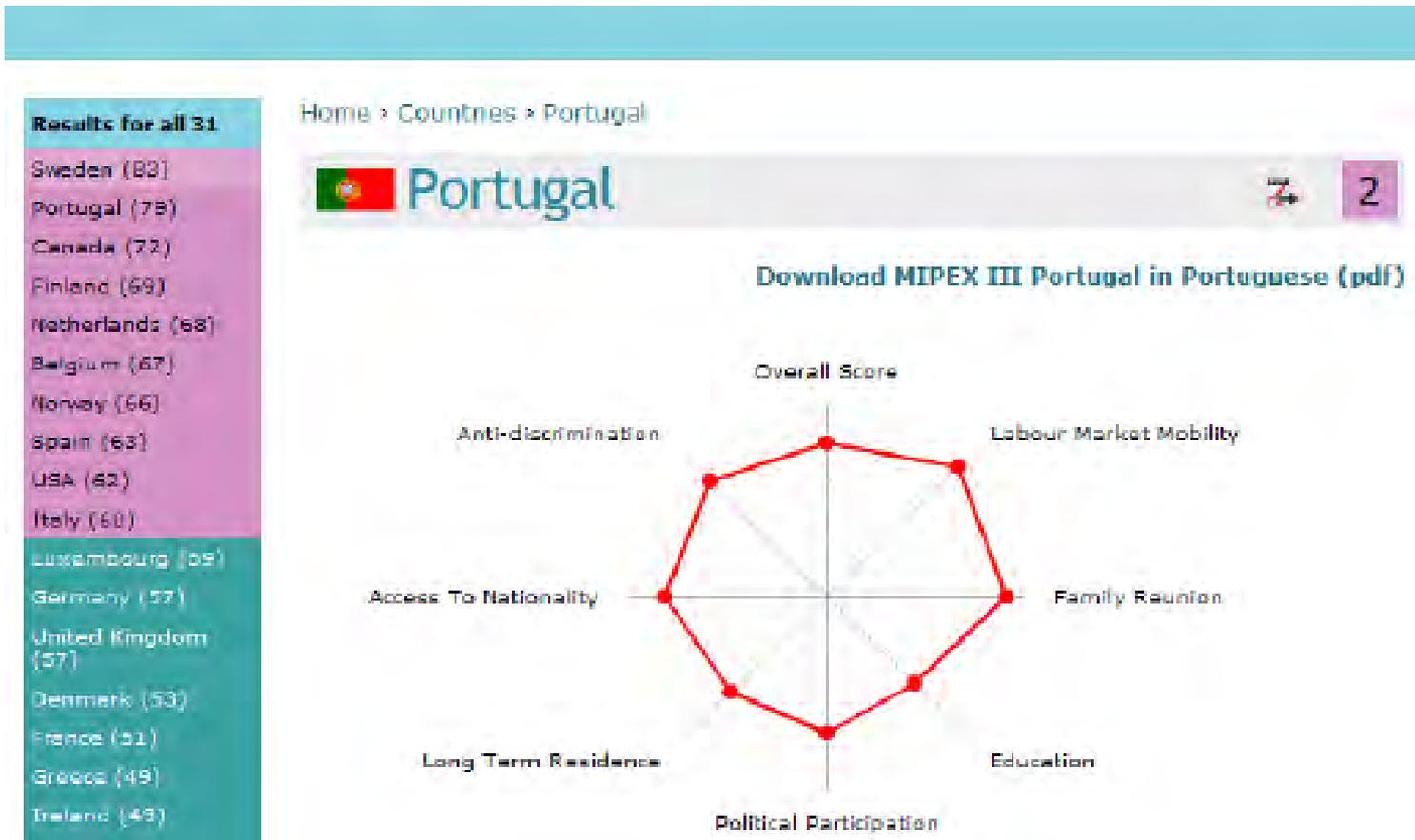


# Migrant Integration Policy Index

## MIPEX 2011, Austria, Platz 24 (von 33)



# MIPEX 2011, Portugal, Platz 2 (von 33)



(57)

Denmark (53)

France (51)

Greece (49)

Ireland (49)

Slovenia (49)

Czech Republic (46)

Estonia (46)

Hungary (45)

Romania (45)

Switzerland (43)

Austria (42)

Poland (42)

Bulgaria (41)

Lithuania (40)

Malta (37)

Slovakia (36)

Cyprus (35)

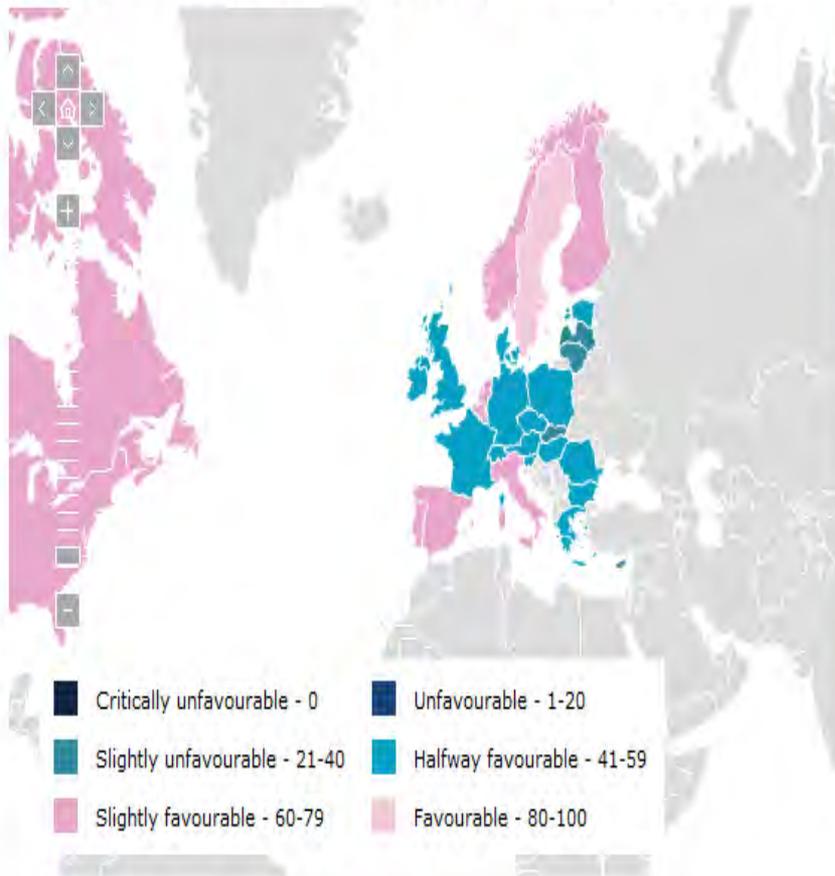
Latvia (31)

Sort by Rank

Sort A-Z

## OVERALL SCORES 2010 - Country results

Click on a country in the map below to see its integration policies in-depth.



maps and charts to compare and improve policies.

Enter →

### News

#### **mymosaik: MIPEX III: Luxembourg Achieves Greater Integration Despite Weak Promotion Strategies**

31.03.2011

The Economic and Social Council yesterday hosted a presentation by the Migration Policy group, who revealed their data and figures from their study ending in May 2010, as the...

#### **European Voice: Laying bare integration policies**

31.03.2011

An examination of government policies to foster integration. There is a growing feeling in western Europe that

http://www.migration.gv.at/

Google

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Google Suche - Mehr W Anmelden

hp bing

Willkommen auf der Migrationsplattform...

Service

- Die Rot-Weiß-Rot - Karte
- Fragen & Antworten
- Punktrechner
- Adressen und Links
- Downloads

bmask.gv.at

BM.I

Willkommen auf der Migrationsplattform der österreichischen Bundesregierung!





Formen der  
Zuwanderung

Leben und Arbeiten  
in Österreich

Service und Links

Kontakt

English

## Service

Die Rot-Weiß-Rot – Karte

Fragen & Antworten

Punktrechner

Adressen und Links

Downloads

Willkommen!





Übersetzen

Laws and provisions

Downloads

Editorial

## Service

Red-White-Red Card

FAQ

Points calculator

Addresses and links

Downloads

applicant has to achieve the sufficient amount of points (e.g. for education, professional experience, age, language skills).

The points calculator is a service for your first orientation only. It does not constitute an application and does not replace the evaluation by the Austrian authorities.

If you apply for a Red-White-Red Card, the Austrian Public Employment Service (AMS) will evaluate your application and the documents submitted according to the respective criteria, and will award points. This evaluation by the AMS is decisive for the entire further proceedings.

Here you can check – without commitment – if you would achieve the required amount of points.

Please choose the type of test:

Please select

- Please select
- Very Highly Qualified Workers
- Skilled Workers in Shortage Occupations
- Other Key Workers

Next

## All you need to know about living and working in the UK

myUKinfo.com is a website that gives access to important information about working and living in the UK if you are **coming to the UK**, **just arrived in the UK**, **living in the UK**, or **leaving the UK**.

If you are an employer or a service provider, please visit the **employer** or the **professionals and service providers** pages. If you are a local authority, you may be interested in the **local information section**, which provides space for local information and services.

### Census 2011

myUKinfo is developing services to support the 2011 Census.

Census 2011 Support



#### Coming to the UK?

Information about immigration, working in the UK, bringing your family to the UK, and consulate and embassy information.



#### Just arrived in the UK?

Information about working in the UK, UK culture, housing, banking, national insurance and financial help.



#### Living in the UK?

Information about education and childcare, healthcare, what to do in an emergency and local information.



#### Leaving the UK?

Information about what you should do when you leave the UK.

### myUKinfo services

Local Authorities

Professionals and service providers

### Latest news

myUKinfo is developing services to support the 2011 Census ([more](#))



## "Migration und Interkultur" mit M.Terkessidis, E. Pain

goetherussland  107 Videos



### Vorschläge



Dr. Mark Terkessidis, Teil 1,  
Konferenzreihe "K..."

von ClueneSachsen  
751 Aufrufe



«Миграция и  
интеркультура» / M.

von goetherussland  
68 Aufrufe



Talk im Max: "Vielfalt in der  
Einheit"

von SPDBayernLandtag  
4 Aufrufe



Дискуссия «Гражданин  
хакер»

von goetherussland  
18 Aufrufe



Mark Terkessidis im  
Gespräch mit Gessa Tuch

von editionsuhrkamp

# Programm Interkultur

## BARRIERE - FREIHEIT



- ✓ Veränderung der **Kultur** der Institution („Verfassung, Regeln, Normen“)
- ✓ Veränderung des **Personalbestands** (und Überlegungen hinsichtlich „interkultureller Zielgruppen“, Anm. GP)
- ✓ Veränderung des **materiellen Apparats**
- ✓ Veränderung der **Strategien** der Institution

# Programm Interkultur

## Barriere-Freiheit

***„Alle Institutionen müssen darauf abgeklopft werden, ob sie Personen, egal welcher Herkunft, auch tatsächlich die gleichen Chancen auf Teilhabe einräumen. Nur so können die Potentiale einer vielfältigen Gesellschaft fruchtbar gemacht werden.“***

# Mentoring Mobility und Interkultur

- Wie kann  
Zuwanderung/Arbeitsmigration  
unterstützt werden?
- Mentoring MigrantInnen?
- Mentoring Mobility? (Länder,  
Institutionen,...)
- „Interkultur“/Barrierefreiheit?

# Local Improvements / Framework



Source: Commission report Crossing Borders (2007:35)

# **CHARTA DES ZUSAMMENLEBENS IN VIELFALT IN DER STEIERMARK**

**Juni 2011,  
Konferenz und Präsentation: Sept. 2011**

[www.zusammenleben.steiermark.at](http://www.zusammenleben.steiermark.at)

# Charta Steiermark, Strategie

- 3.1 Verantwortung übernehmen und Vielfalt in allen gesellschaftlichen Bereichen als Einflussfaktor bei Entscheidungen berücksichtigen
- 3.2 Gleiche Chancen ermöglichen
- 3.3 Diskriminierung entschieden und sichtbar entgegen treten
- 3.4 Die Steiermark ist allen hier lebenden Menschen Heimat
- 3.5 Gemeinsam zum gesellschaftlichen Zusammenhalt beitragen
- 3.6 Regionen, Städte und Gemeinden gestalten das Gelingen des Zusammenlebens aller
- 3.7 Die steirische Landesverwaltung als Vorbild für den professionellen Umgang mit Vielfalt entwickeln

***„In der Steiermark findet Zuwanderung statt. Die dadurch gewachsene, wachsende und sich verändernde Pluralität ist keine vorübergehende Sondersituation, sondern dauerhafte Normalität. Die Steiermark will und kann damit umgehen“.***

# Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

**IfH III**  
st. pölten

**Ilse Art Institute**  
on Social Inclusion Research

**MeMoK**  
Mentoring Mobility und Interkultur

**Mentoring Mobility**  
www.mipex.eu

**Local Improvements**  
www.migration.gov.at

**Interkultur Programm**  
Barriere-Freiheit

+ Wie kann Zuwanderung/Arbeitsmigration unterstützt werden?  
+ Mentoring MigrantInnen?  
+ Mentoring Mobility? (Länder, Institutionen...)  
+ Interkultur/Barriere-Freiheit?

+ Kultur der Institution  
+ Personalbestand  
+ Materielle Apparat  
+ Ausrichtung der Strategien

Wie kann Arbeitsmigration und Inklusion von MigrantInnen unterstützt werden?

www.fhstp.ac.at

Masterprojekt am Department Soziale Arbeit  
Leitung: Gertraud Pantucek

**Mentoring**  
**Mobility und Interkultur**  
MeMoK  
Masterprojekt 2011-13

Projektleitung:  
Gertraud Pantucek  
[gertraud.pantucek@fhstp.ac.at](mailto:gertraud.pantucek@fhstp.ac.at)  
[www.fhstp.ac.at](http://www.fhstp.ac.at)



# Social work in the 21 century: migration, health/mental health and the transnational families

Prof. dr. Darja Zaviršek  
University of Ljubljana  
[Darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si](mailto:Darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si)

FH ST. POELTEN, Conference 10th  
Anniversary  
29. 09. 2011

# Social work needs to reconceptualise the issues of migration, health, care and family life:

- Migration and the needs of people in regard of health/mental health;
- Migration and the transformation of social relations including family lives;
- Migrant workers as the consolidator of health and mental health of people for whom they care.

**Undocumented migrants and access to health services: A CONCERN FOR SOCIAL WORKERS (Cuadra, 2011)**

<b>Right to health services that is more extensive than only emergency care;</b>	<b>5 countries: Italy, Netherlands, France Portugal, Spain.</b>
<b>Access only to the emergency care</b>	<b>12 countries: Germany, Belgium, Cyprus, Denmark, UK; Hungary, Estonia, Lithuania, Poland, Slovak Republic, Slovenia</b>
<b>Less than minimum rights of access health care</b>	<b>11 countries: Finland, Ireland, Sweden, Austria, Bulgaria, Check Republic, Latvia, Luxemburg, Romania, Malta</b>

# **When people migrate there is little time to think about one's mental health**

- **People from ethnic minorities were often pathologised, but at the same time people who migrate have been until today deprived from equal access to the health system.**

**The pathologisation of ethnic minorities is a process within which ethnic/cultural characteristics of a person or a group are constructed and perceived as natural, inborn marks of a person or a group and which specificities are described in medical terms. The use of medical discourse and medical diagnosis help to construct ethnic minorities as being prone to specific bodily and mental illnesses, pathological violence, and lesser intelligence or even mental disability (Zaviršek 2010).**

- **“Healthy immigrant effect”** : which is based on findings that have shown that the immigrants’ health at the time of arrival has been better than at the health of the majority population , but that their health and mental health then deteriorates during the life span in a new country (Deri, 2004).

“Workers from Vegrad” by Matej Družnik was awarded first prize at the Slovenia Press Photo 2011 competition.



# Migration, gender and care regimes

- **“International division of reproductive labor”**  
(Parrenas 2001; Williams 2010): female migration provide opportunities for women from the global south to support their families – it ALSO give the opportunity to the middle class women from the global north to work in paid employment.
- In the transnational chains of domestic care work women who belong to ethnic minorities are carers and stabilizers of people’s well being.

- On the one side migrants were (and often still are ) pathologised in the past, they are today those who do most of the caring and nursing work for the elderly, the disabled, children, who work in the households and in the caring and nursing institutions.



Natalia Iguiniz, "Maria  
Elena and Maribel",  
2001

The gender regime makes women responsible for the well-being of their children which may affect migrant women health and mental health:

- Women are providers of care but do not benefit from the health and social services in the country where they work; when they work illegally they have no legal rights and no social and health benefits;
- The law on immigration is still not designed according to the needs of the women;
- Social workers need to support women to keep supporting their families at home and to keep the relations with their children and relatives.

## **In Eastern Europe there is an urge for:**

- training professional staff in trans-cultural and anti-racist practice;
- cultural consultancy based on a multicultural multidisciplinary team;
- services-led by professionals from similar ethnic backgrounds to those of clients to help people from a variety of cultural backgrounds;
- advocacy to help mental health clients to deal with statutory services;
- guidance to clients on strategies to deal with everyday racism;
- incorporating resource-oriented/resilience perspective into therapy and using inter-cultural competencies in therapy;
- linking psychological support to housing, economic independence, social integration, community development.
- Political advocacy.

# Thinking future acting now:

- Provide support for those women who want to bring their children with them;
- Provide skype and other virtual communication devices for migrant women in order to support their traversions from one place to the other ;
- Providing the opportunity for undocumented migrant's to make a driving licence;
- Provide support for those people who have (will in the future) a wish to re-establish the relation with their domestic worker (nanny, au pair) with whom they live as children.

Thank you very much !

[Darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si](mailto:Darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si)

## Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

### Zur Beziehung von Gesundheitsarbeit und Sozialarbeit.

Braucht Gesundheit Soziale Arbeit, meine Damen und Herren? Zweifellos, werden Sie sagen, wenn sie gefährdet ist. Aber steht dafür nicht ein hochdifferenziertes Gesundheitswesen bereit? Nun ja, eher ein Krankenversorgungswesen -- und leider kommt Sozialarbeit darin nur marginal vor.

Deshalb verdient die nur scheinbar rhetorische Frage eine ernsthafte Antwort – auch wenn Manche sie als Provokation empfinden. Pro vocare – wörtlich: herausschreien zum Wettstreit – ist beim hohen Gut *Gesundheit* durchaus nötig. Wobei es an Argumenten für das Zusammenspiel von Sozial- und Gesundheitsarbeit gewiss nicht fehlt.

Ich versuche gar nicht, mit Daten zu belegen, was Sie ohnehin wissen (oder nachlesen können, etwa im Lehrbuch GESUNDHEIT von Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum, das gerade bei Juventa erscheint). Stattdessen wähle ich einige Aspekte aus -- mit Vignetten und Metaphern als ‚Sprachbilder‘ anstelle von PowerPointPictures. Gegliedert im schlichten Dreischritt makro-, meso-, mikrosozial. Oder nach WHO-Systematik: *Gesundheitsförderung* per Politik, Setting, Verhalten.

#### 1. **Die Makro-Ebene:** Schlüsselbegriff Soziale und gesundheitliche Ungleichheit (→ gesellschaftliche Verankerung von Gesundheit und Krankheit)

Von Königin Victoria wird berichtet, wie sie einst beim Ausritt versehentlich die Slumbezirke Londons streifte und - erschrocken über das Elend - ihren Fächer vor die Augen hielt. Der *Fächer der Königin* als hübsches Symbol für Verdrängung. Das Nicht-Wahrhaben-Wollen des Elends und der gesundheitlichen Not funktioniert auch heute, wie wir alle wissen. Probleme zu (er-)kennen ist jedoch die Voraussetzung jeder Verbesserungsmaßnahme.

Wer, wenn nicht die Soziale Arbeit, soll den Fächer beiseite schieben? Es gehört zu ihrem Auftrag, soziale Probleme zu erkennen und ggfs. zu skandalisieren, -- als personifiziertes *schlechtes Gewissen* der Gesellschaft. (Paradoxiertweise dient sie gleichzeitig der Entlastung und Rechtfertigung, wenn sie sozialen Sprengstoff entschärft und Systemloyalität fördert und so zum *guten Gewissen* des Sozialstaats beiträgt.)

Was aber haben soziale und gesundheitliche Ungleichheit miteinander zu tun? Und beide mit sozialer Gerechtigkeit? Unter ‚health inequalities‘ werden alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand gefasst, ‚health inequities‘ sind dagegen nur die Unterschiede, die als ungerecht gelten. „Es kommt also darauf an, unter den vielen sozialen Unterschieden im Gesundheitszustand die wichtigsten herauszufinden und als (gesundheits-) politisches Problem zu definieren“ (Mielck 2011).

Bedeutsam sind die Determinanten Einkommen und sozialer Status, soziale Unterstützung und Netzwerke, Bildung und Ausbildung, Arbeit und Umwelt, aber auch Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz, Bewältigungsstrategien -- und

geradezu als *Leitkategorien*: Alter, Gender und Armut. So sind Arme häufiger von chronischen Krankheiten, Unfällen, Behinderungen und früher Sterblichkeit betroffen als besser gestellte Gruppen.

Empirische Belege für diesen Sozialgradienten von Gesundheit und Krankheit sind – wie Lampert/Mielck (2008) leicht ironisch vermerken,- nur noch von begrenztem Neuigkeitswert. Längst werden regierungsamtlich ([Armuts- und Reichtumsbericht 2008](#) , 13. [Kinder- und Jugendbericht 2009](#)) wachsende Benachteiligung und Ausgrenzung registriert. Die Auflösung sozialer Milieus und ein Individualisierungsschub, der die Unterschichten besonders hart trifft, korreliert mit soziokulturellen und ökonomischen Verwerfungen. Globalisierungsangst überwölbt diese Gemengelage mentaler und sozialer Probleme, die weit in die Mittelschichten hineinreichen. All dies wirkt sich auf das Befinden der Menschen und ihre Gesundheit aus.

Eine radikalisierte Moderne verspricht Autonomie, blockiert aber für viele den Zugang, ja verwandelt das Freiheitsverlangen in neue Abhängigkeiten -- von Erfolg, Schönheit, Fitness, Konsum. Diese „Sakralisierung des Selbst“ (Karl Gabriel) steht in schreiendem Gegensatz zur wachsenden Zahl der Verliererschicksale - „Looser“, nicht-fit, nicht-jung, nicht-clever - die sich nur zeitweise verdrängen oder mit wachsenden gesellschaftlichen Kosten ausgrenzen lassen.

Jedenfalls bestimmen *Soziale Gesundheitsdeterminanten* riskante und gesunde Lebensweisen. Krankheits-, Behinderungs- und Sterblichkeitsrisiken sind – auch - strukturell geprägt. Die Jakarta-Erklärung der WHO (1997) stellt lapidar fest: „Armut ist die mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit.“

Hinzu kommt eine Medikalisierung sozialer Probleme: Abweichendes Verhalten wird als psychische Krankheit definiert, armutsgenerierte Krankheit moralisiert -- statt die *Gesundheitsverhältnisse* zu bessern. Dabei handelt es sich „nicht nur um ungleiche Zugänge zu materiellen Ressourcen, sondern auch um eine Bedrohung der Solidaritätsressourcen einer Gesellschaft“ (Heiner Keupp, 2007, S. 13 ff) – verstärkt durch die ‚strukturelle Rücksichtslosigkeit‘ gegenüber Familien (Franz Xaver Kaufmann). Die wichtigsten *Vulnerabilitätsfaktoren* sind Randständigkeit, Armut und fehlende soziale Unterstützung -- womit wir mitten in der Sozialarbeit wären.

Wenn die *soziale* Ungleichheit *gesundheitliche* Ungleichheit zeugt, stellt sich in aller Schärfe die Gerechtigkeitsfrage. Und die steht im Zentrum Sozialer Arbeit. Diese versucht, die oft schwerfällige Sozial- und Gesundheitspolitik zu bewegen – in Richtung Teilhabe- und Verwirklichungschancen ([A. Sen: Capability-Approach; vgl. a. Lampert, Hagen 2010; Franzkowiak 2011, Homfeldt/Sting 2006 und 2011; Franzkowiak/ Homfeldt/Mühlum 2011](#)).

**Kritisch sei angemerkt:** Leider gibt es keine völlig Leid freie „Gesundheits-Gesellschaft“ - trotz aller Versprechungen einer prädiktiven Medizin. Den Manipulationen der ‚Life Sciences‘ droht vielmehr die Sozialtechnologie der Social Sciences zur Seite zu treten - assistiert von der Sozialen Arbeit (Mühlum 2009). Wer dies als Horrorszenario empfindet, muss eine Vorstellung von der genuinen Würde des Menschen haben und bereit sein, dafür zu streiten -- für Gesundheit, aber auch

dafür, Krankheit, Sterben und Tod mit Würde und solidarisch zu tragen, soweit sie unabänderlich sind (SozA als *Menschenrechtsprofession*, Staub-Bernasconi 2007).

## 2. Die Meso-Ebene: Schlüsselbegriffe Lebenswelt und gefährdete Gesundheit (→ sozialräumliche Verankerung der Gesundheitsprobleme)

Von Aaron Antonovsky stammt die Metapher vom Fluss als Lebensdynamik. Dazu passt das Bild vom Arzt, der Menschen aus einem Strom rettet und damit so beschäftigt ist, dass er gar nicht fragt, warum immer wieder Menschen ins Wasser fallen (oder gar: wer sie hineinwirft). Sozialarbeiter-Humor spinnt die Geschichte weiter: Ein Passant fragt den emsigen Retter: "Was machen Sie denn da?" "Wiederbelebung!". Während er rhythmisch den Brustkorb des noch halb im Wasser Liegenden presst, kommt jedes Mal ein Schwall Wasser aus dem Mund. "Sie machen etwas falsch!". "Nein, ich bin Arzt", - wieder und wieder schwallt das Wasser. Nach kurzem Schweigen: "Herr Doktor, ich bin nur Installateur, aber solange sie den Mann nicht ganz aus dem Wasser ziehen, können Sie pumpen, bis der Fluss leer ist"

Gesundheit und Krankheit sind von äußeren Umständen mit bestimmt. Neben der subjektiven Einschätzung und Betroffenheit sind die o.g.

*Gesundheitsindikatoren* entscheidend, wie an Armut, Geschlecht, Wohnen, Migration gezeigt werden kann. Die „riskante Gesundheit“ der Betroffenen lässt sich an Parametern der Belastung, der Bewältigung, der gesundheitlichen Versorgung nachweisen. Die Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen KIGGS (2007), die Deutsche Erwachsenen-Gesundheitsstudie DEGS (2009) und die Querschnittstudie Gesundheit in Deutschland aktuell GEDA (2010) belegen spezifische Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter Gruppen. (Vgl. a. [Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts](#)).

Auch hier ist zu fragen, wer kümmert sich um diese vulnerablen, demoralisierten, oft schwer erreichbaren Menschen, -- wenn nicht die Sozialarbeit? Für die Meso-Ebene ‚Sozialraum‘ drückt es die Ottawa-Charta fast lyrisch aus:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben“ (WHO Ottawa-Charta 1986).

Die Determinanten von Gesundheit erfordern schon wegen des Zusammenhangs von *Gesundheit-Krankheit-Lebensweise-Lebenslage* eigene Handlungsansätze, die statt von der Krankheitsbekämpfung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bestimmt sind, - um die Bürger zu unterstützen, eigenverantwortlich Einfluss auf ihre gesundheitlichen Belange in Familie, Betrieb, Kommune zu nehmen.

Dieser von der WHO forcierte *Setting-Ansatz* (Naidoo/Wills 2010) überwindet die enge Gesundheitserziehung, versteht Gesundheitsförderung als Organisationsprinzip und setzt auf Sozialarbeit in Gesundheitsprojekten – *lebensweltorientiert, netzwerkfördernd, sozialraumgestaltend* (z.B. Healthy Cities, Health Promoting Schools, Health Promoting Hospitals). Dabei stehen Anerkennung, Teilhabe und Verwirklichungschancen der Akteure im Zentrum, wie jüngst das Agency-Konzept betont (Homfeldt/Schröer/Schwepe 2008). Hinweis: Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit Datenbank Good Practice: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) sowie ‚Netzwerk für Gesundheitsförderung D/A/CH‘, Wien 2011.

**Kritisch sei angemerkt:** Berufliche (Fremd-) Steuerung und Autonomie der Bürger sind spannungsreich.

„Ich bin Profi-Helfer, gehöre zu den helfenden Berufen – also bin ich korrupt“ – so beginnt Klaus Dörner (2008, 7) seine Streitschrift über „Helfende Berufe im Markt-Doping“. Er beklagt eine *Perversionskrise* des professionellen Hilfesystems (*Gesundheitsfalle*): Die quantitative Ausdehnung des Sozial- und Gesundheitswesens habe mehr schädliche als positive Folgen für die Gesundheit, Geld fließe nicht mehr zu den Hilfebedürftigsten, sondern zu den profitableren Gesünderen, und „alle Welt verkauft Gesundheit als höchstes Gut, um unter dieser Tarnung umso erfolgreicher alles Gesunde ... in Krankes und damit Behandlungsbedürftiges zu verwandeln“ (ebd., S. 8).

Sozialarbeiter wissen, dass KlientInnen Experten ihres eigenen Lebens sind und dass Problemlösungen nur in *Koproduktion* gelingen. Aber „die moralische Verarmung der Bürger, denen man das Helfen wegnahm“ so Dörner, könnte den Sozialstaat am eigenen Erfolg scheitern lassen – wie König Midas, der durch die Erfüllung seines sehnlichsten Wunsches alles was er berührte in Gold verwandelte - und verhungerte. Mit der Sorge für Andere und deren Ent-Sorgung in Heime entfielen auch soziale Anerkennung und Bindung, was den hilfsbereiten Menschen selbst und die Gesellschaft (be)schädige („soziale Atrophie“).

### 3. **Die Mikro-Ebene:** Schlüsselbegriff Gesundheitsverhalten (→ biografische Verankerung und subjektive Bewältigung)

Auf der **subjektiven** Nutzenskala steht Gesundheit an erster Stelle: „Hauptsache gesund“! Aber was der Einzelne - außer seinem Geld und dem der Mitbürger - für Gesundheit aufzuwenden bereit ist, stützt keineswegs diese These. Erinnerung sei an Trink- und Essgewohnheiten, Arbeits- und Freizeitverhalten oder auch an den Umgang mit Natur und Sexualität. Gesundheit als Konsumgut, das man/frau sich durchaus etwas kosten lässt. Der Arzt wird's schon richten - mit "*Skills or Pills*" (O'Leary). Das veränderte Krankheitspanorama (Stress, Unfälle, Chronifizierung) korreliert mit dem (Gesundheits-) Verhalten. Zudem fehlen oft elementare Fertigkeiten zur Alltagbewältigung. Einkommensarmut geht einher mit

Beziehungsarmut, Bildungsarmut, Ernährungsarmut, Erziehungsarmut – wodurch die prekäre Situation verfestigt und intergenerativ weiter gegeben wird.

**Fallbeispiel**

Sonja S., 25 Jahre alt, alleinerziehend, lebt in einer schäbigen Sozialwohnung, getrennt vom gewalttätigen Ehemann, schwanger mit dem zweiten Kind. Sie sucht schon länger erfolglos nach einer bezahlten Beschäftigung. Ohne Hauptschulabschluss und Ausbildung war sie sporadisch mit Hilfsarbeiten beschäftigt und bezieht „Hartz IV“. Ihr Allgemeinzustand ist schlecht, sie berichtet über depressive Episoden, Medikamentenabusus, Rücken- und Kreislaufprobleme. Ihre Haltung zur Schwangerschaft ist ambivalent, Beratung und Vorsorgeuntersuchung lehnt sie ab. Frau S. wuchs in einer Migrantenfamilie der zweiten Generation auf, ist stark übergewichtig, hat keine Freunde und außer dem familiären Umfeld kaum Kontakte. Der achtjährige Sohn lebt zeitweise bei der – früh traumatisierten - Großmutter, ist ebenfalls zu dick und motorisch sehr ungeschickt. Er neigt zu Gewalttätigkeit und ist wegen Verhaltensauffälligkeit in Behandlung. Mutter und Großmutter fühlen sich nicht nur in der Erziehung überfordert ...

Der Gesundheitsmangel ist Teil der sozialen Deprivation - mit Rückzug, fehlendem Selbstvertrauen, Gefühlen des Versagens und Ausgeliefertseins, mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und untauglicher Problembewältigung, - bei höchst ungleicher Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Eurostat 2009).

Sozial Benachteiligte erkranken häufiger als Andere wg. der Rückkopplung von drei Belastungskomplexen: Unterschiede in den Gesundheitsbelastungen (z.B. am Arbeitsplatz), in den Bewältigungsressourcen (z.B. mangelnde soziale Unterstützung) und in der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Zugang zur Behandlung).

Zusammen führt dies zu auffälligen Diskrepanzen beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten und wirkt sich biographisch wie epidemiologisch als Ungleichheit in der *Morbidität und Mortalität* aus. Wobei ‚objektive Befunde‘ und ‚subjektives Befinden‘ nicht übereinstimmen müssen.

Wieder frage ich: Wer, wenn nicht die Soziale Arbeit, geht niederschwellig vom Alltag der AdressatInnen aus, nimmt sie als Subjekte mit eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten ernst und stärkt ihre Alltagskompetenz? Einer lähmenden *Defizitfixierung* setzt sie - ganz i.S. der Salutogenese (Köppel 2010; Franke 2010) - die Orientierung an *Gesundheitsressourcen* (körperlich-konstitutionelle, wirtschaftlich-materielle, persönlich-psychische, interpersonal-soziale und sozio-kulturelle) entgegen, um die Selbstverantwortung der Klienten zu fördern, deren *Demoralisierungssyndrom* ja das genaue Gegenteil von Kohärenzerfahrung ist.

Im Unterschied zum klinischen Blick des Arztes, der den Kranken seines sozialen Kontextes entkleidet, sieht die Sozialarbeit stets die "Person-in-der-Situation" und betont die psychosoziale bzw. *sozio-psycho-somatisch Perspektive*. Ihre Kompetenz für ‚das Soziale‘ ist im Gesundheitswesen unverzichtbar, -- komplementär zum biomedizinischen Paradigma.

**Kritisch sei angemerkt:** Menschen ganzheitlich zu sehen heißt auch, ihr Streben nach Glück und die Suche nach Sinn zu würdigen, - dennoch kommen diese

Kategorien in der beruflichen Sozialarbeit kaum und in ihren Theorien überhaupt nicht vor – trotz der neuen Volkskrankheit ‚Seelische Leiden‘. Diese machen schon 27 % aller sog. DALYS Disability-Adjusted-LifeYears aus, also Lebensjahre die durch Krankheit ‚verloren‘ gehen (WHO: Verlust an Lebensqualität oder Tod).

**Daher zum Schluss noch eine kleine *Glücksbetrachtung*:** "*Glücklich ist, wer alles hat, was er will*" so der Hl. Augustinus. Trivial oder genial? – es zwingt zum Weiterfragen: *Was will ich im Letzten* und *was kann ich verlässlich haben*? Philosophie beginnt, wenn wir darüber nachdenken. Erich Fromms „Haben oder Sein“ (2005) ist ein solcher Versuch. Auch Elisabeth Lukas (2003) geht mit der Logotherapie davon aus, dass wir trotz eines Überschusses an *Haben* an einem Defizit des *Seins* leiden, das im Bezug auf ein *Sollen* inhaltlich anzureichern wäre, wenn das Leben glücken soll.

"*Was willst Du?*" Schon die Frage löst in Therapiegruppen heftige Gefühle aus, so Irving Yalom: Im Nu entstehe eine emotionsgeladene Atmosphäre. Männer und Frauen werden im Innersten aufgewühlt. Sie rufen nach den Menschen, die sie verloren haben - verstorbene oder entschwundene Eltern, Partner, Kinder, Freunde. "Ich will dich wiedersehen", "ich will, dass du stolz auf mich bist", "ich will die Kindheit erleben, die ich nie hatte", "ich will geliebt .. werden, will meinem Leben einen Sinn geben, will ... in Erinnerung bleiben" (Yalom 1999, 9f). So viele Sehnsüchte und Schmerzen. Sie erinnern daran, dass die tiefsten Wünsche unerfüllt - vielleicht unerfüllbar - sind. 'Glücklich ist, wer alles hat, was er will'?? - Was auf den ersten Blick wie eine "Anleitung zum Unglücklichsein" (Watzlawick 1983) klingt, birgt eine *spirituelle Weisheit*: Wir können unser Wollen ändern. Das ist mit Umkehr im biblischen Sinne gemeint und sollte bei jedem lösungsorientierten Vorgehen mit bedacht werden. Eine professionelle Variante ist das *Reframing*.

Die Antworten des Materialismus und des Utilitarismus bleiben immanent; unsere Sehnsucht nach Heil-Sein und Glück weist allemal darüber hinaus. Den Menschen auf seine biologische Natur, genetische Ausstattung, wirtschaftliche oder soziale Funktion zu reduzieren wäre ein *dürftiges Bild vom Menschen*. Was sollte dann daran hindern, auszumerzen was nicht gefällt? Kinder zu dressieren, statt zu bilden; Bürger zu manipulieren, statt zu beteiligen; Leidende umzubringen, statt ihnen die Hand zu halten? Leider fällt aber die *spirituelle Dimension* einer Wissenschaftsgläubigkeit zum Opfer, die selbst irrationale Züge trägt und die Sinnfrage verfehlt. Ein Gefühl der Sinnhaftigkeit aber ist z.B. im "Sense of Coherence"-Konzept das *wichtigste Kriterium subjektiver Gesundheit*. Auch deshalb ist das Demoralisierungssyndrom so verheerend.

**Fazit:** Weil der Mensch ein *soziales Wesen* ist, kann die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit gar nicht überschätzt werden. Welcher Beruf wäre berufener, sozial Benachteiligte zu erreichen, zu fördern und solidaritätsstiftende Arrangements zu schaffen, als die Soziale Arbeit? Wer sonst ist präsent und kompetent genug, um Gesundheit sozial zu gestalten? Die Antwort ist: TINA = There Is No Alternative: Gesundheit braucht Soziale Arbeit -- mehr denn je.

## Braucht Gesundheit Soziale Arbeit?

### 1. MAKRO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

(→ gesellschaftliche Verankerung von Gesundheit und Krankheit)

Aber: Keine Leid freie 'Gesundheitsgesellschaft' möglich!

### 2. MESO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Lebenswelt und gefährdete Gesundheit

(→ sozialräumliche Verankerung der Gesundheitsprobleme)

Aber: Keine technische Machbarkeit!

### 3. MIKRO-SOZIAL

Schlüsselbegriff: Gesundheitsverhalten

(→ biografische Verankerung und subjektive Bewältigung)

Aber: Keine Entmündigung durch Experten!

**Fazit: TINA = There Is No Alternative:  
Gesundheit braucht SozA – mehr denn je!**



# Die Soziale Arbeit als Seismograph für die Entwicklung der öffentlichen Gesundheit - ?

Christoph Redelsteiner

# Überblick

- Begriffe Public Health, soziale Epidemiologie
- Anwendungsbeispiele
- Möglichkeiten für die Soziale Arbeit

# Seismograf

seismós „Erschütterung“

Bodenerschütterungen erkennen  
aufzeichnen  
lokalisieren



1990 – Medizin: „TB ist in Europa praktisch ausgerottet“

Abschaffung der TB Fürsorgestellen

Hans Hovorka: „TB ist eine mit Armut verbundene Krankheit...“

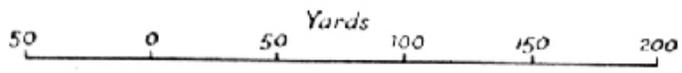
# Seismograf

2009: A 700 Neuerkrankungen (49 †)

EHEC 2010: 88 (1 †) 2011 39 (1 †)

2011: ca 9,4 Mill. Neuerkrankungen 2009 (1,7 Mill. † p.a.)  
ca. 4650 Menschen pro Tag

Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP); Nationale Referenzzentrale für Tuberkulose  
WHO Report: Global Tuberculosis Control 2010



X Pump    • Deaths from cholera



John Snow

## Erforschung von Seuchen

- Häufigkeit
- Determinanten  
gesundheitsbezogener Zustände und  
Ereignisse in einer Bevölkerung



**Risiko**

Vermeidbarkeit

Signifikanz, Relevanz, Kausalität

## „Old Public Health“

- Epidemiologie
- Immunisierung (Impfungen) – Erfolge der Medizin
- Verbesserte Arbeits- und Lebensbedingungen  
Hygiene, Kanalisation, Bautechnik,...

# Public Health - Öffentliche Gesundheit

ein soziales und politisches Konzept, das durch

Gesundheitsförderung,  
Krankheitsprävention und andere  
gesundheitsbezogene Interventionen

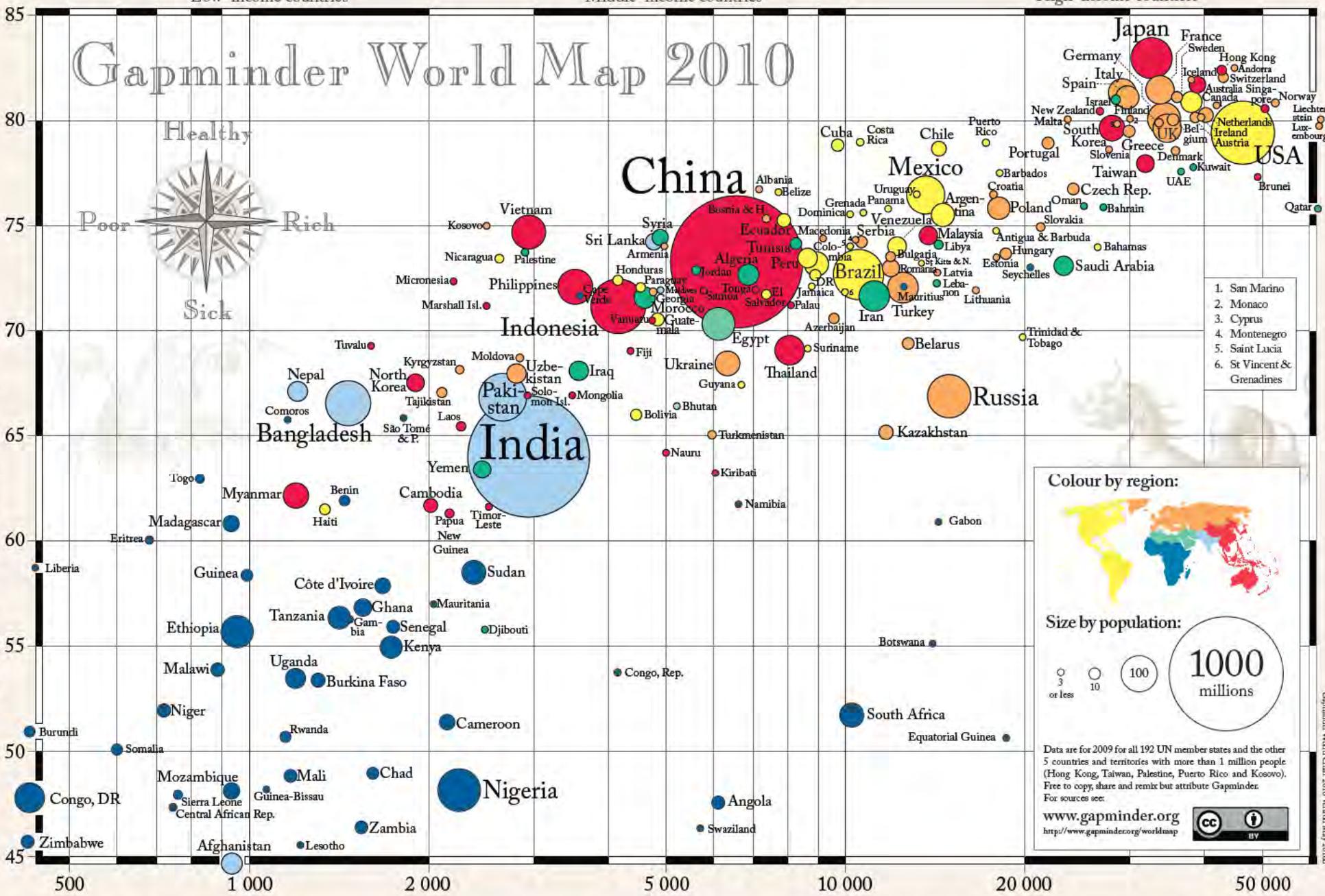
auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und  
Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen  
abzielt.

WHO, 1998

# Gapminder World Map 2010

Low-income countries      Middle-income countries      High-income countries

Health Life expectancy at birth (years)



1. San Marino
2. Monaco
3. Cyprus
4. Montenegro
5. Saint Lucia
6. St Vincent & Grenadines

**Colour by region:**

**Size by population:**

○ 3 or less  
○ 10  
○ 100  
○ 1000 millions

Data are for 2009 for all 192 UN member states and the other 5 countries and territories with more than 1 million people (Hong Kong, Taiwan, Palestine, Puerto Rico and Kosovo). Free to copy, share and remix but attribute Gapminder. For sources see: [www.gapminder.org](http://www.gapminder.org) <http://www.gapminder.org/worldmap>

Money GDP per person in US dollars (purchasing power adjusted) (log scale)

GAPMINDER

Erforschung von sozialen „Seuchen“ und Gesundheit

- Häufigkeit
- Determinanten gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in einer Bevölkerung

**(Un-)Gleichheit**

**Risiko**

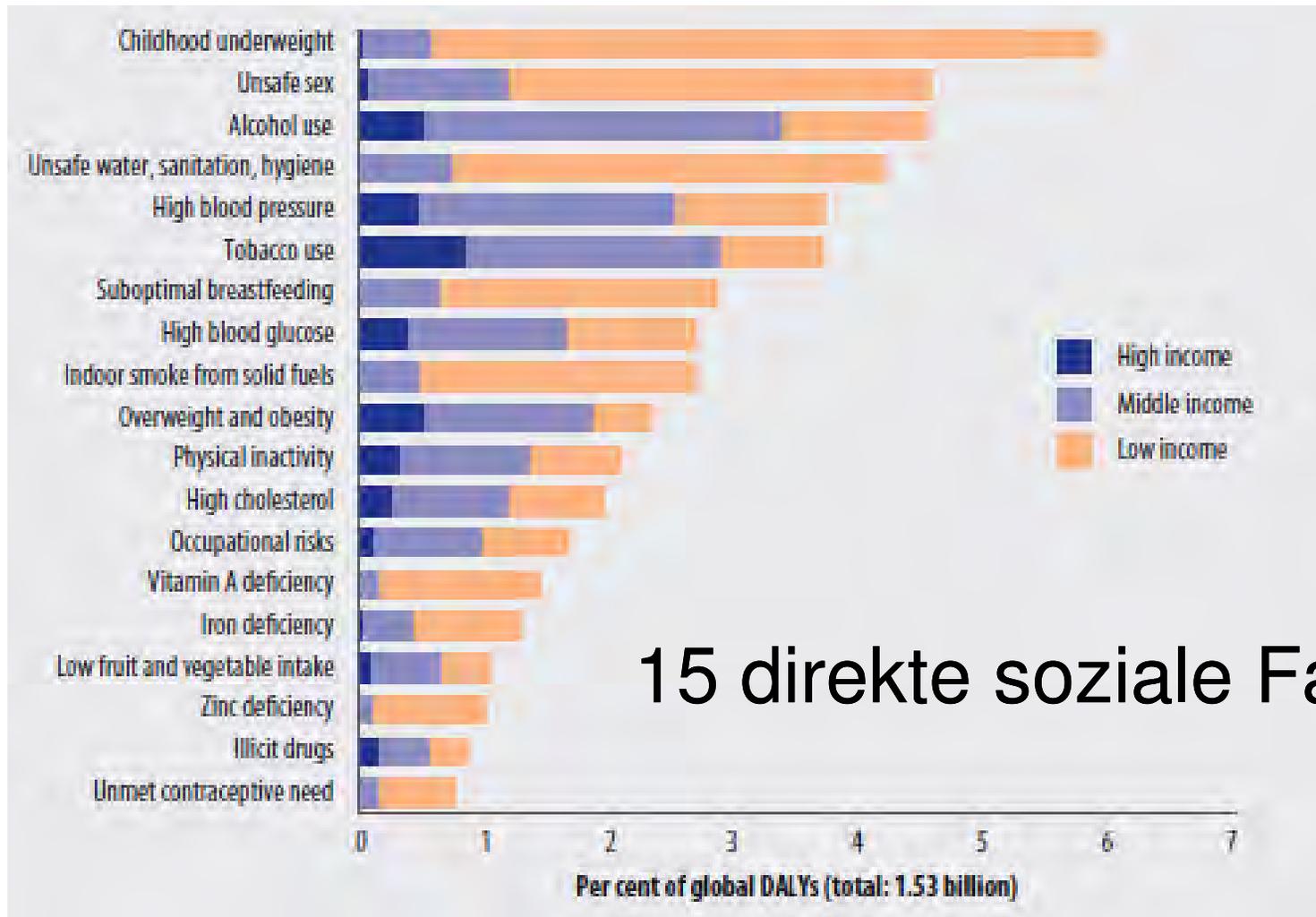
Vermeidbarkeit

Signifikanz, Relevanz, Kausalität

Verwirklichungschancen / soziales Kapital

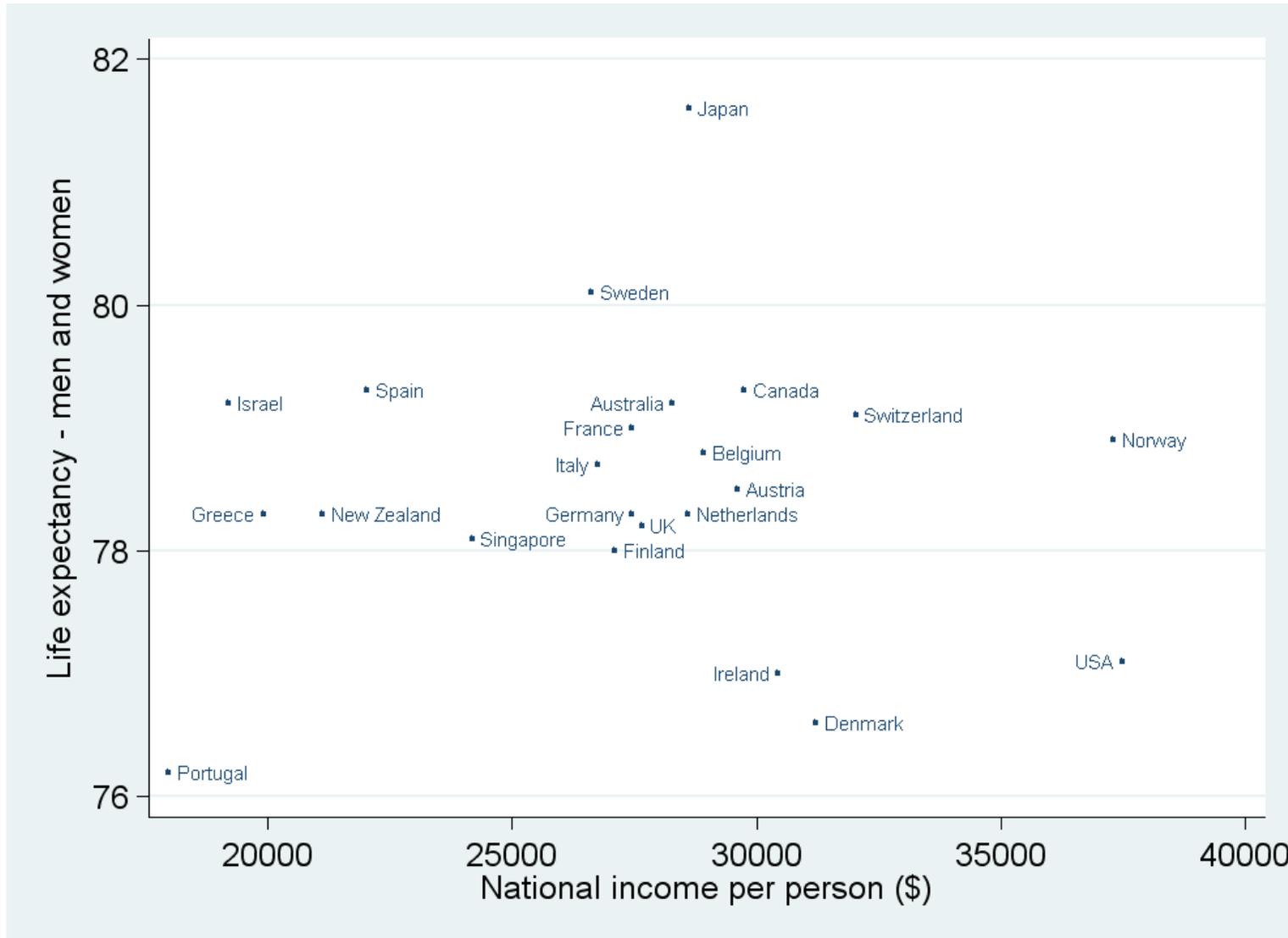


# 19 Hauptfaktoren der Globalen Krankheits-/Verletzungslast

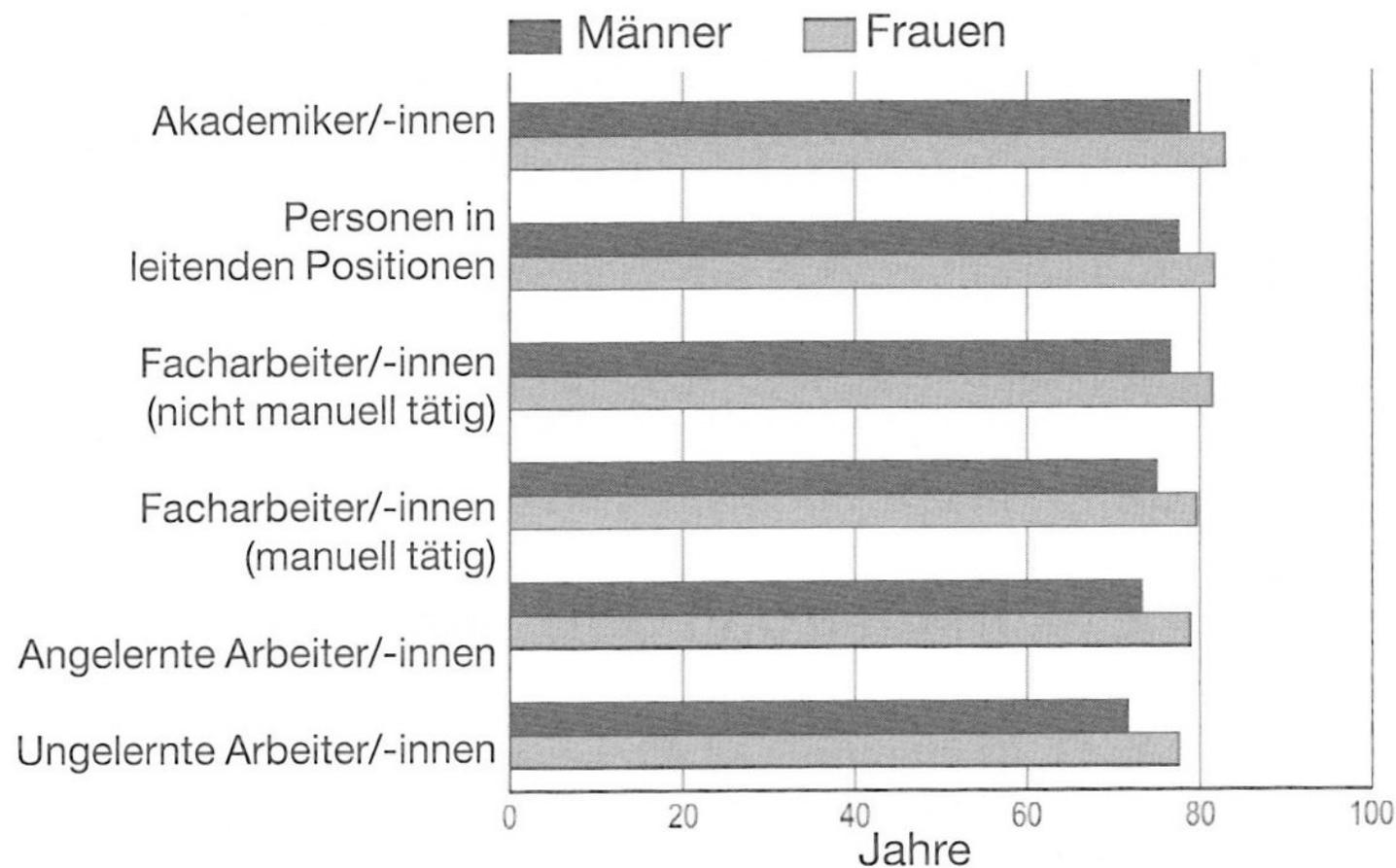


15 direkte soziale Faktoren

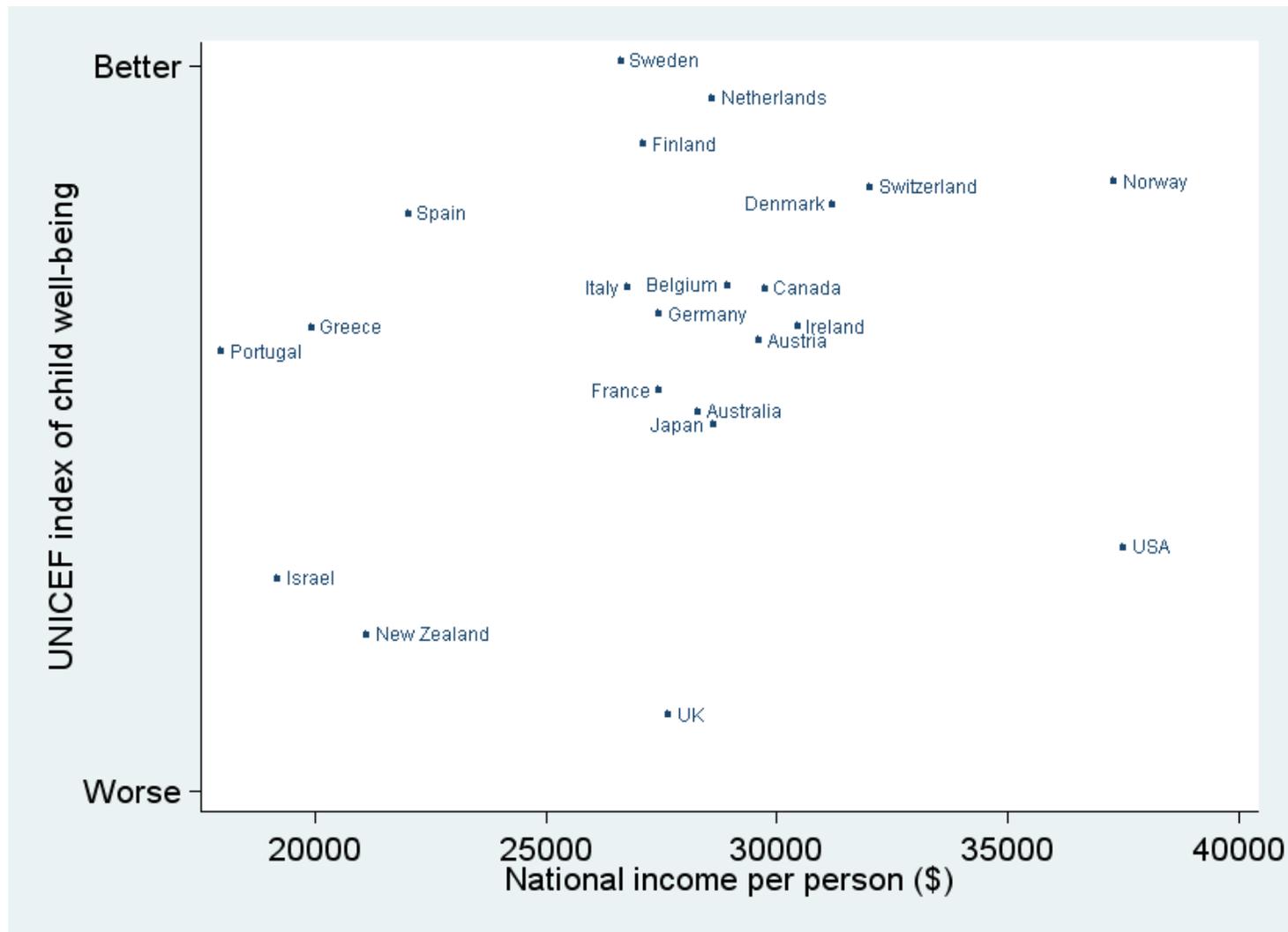
## In den reichsten Ländern Lebenserwartung nicht in Bezug zu durchschnittlichem Einkommen



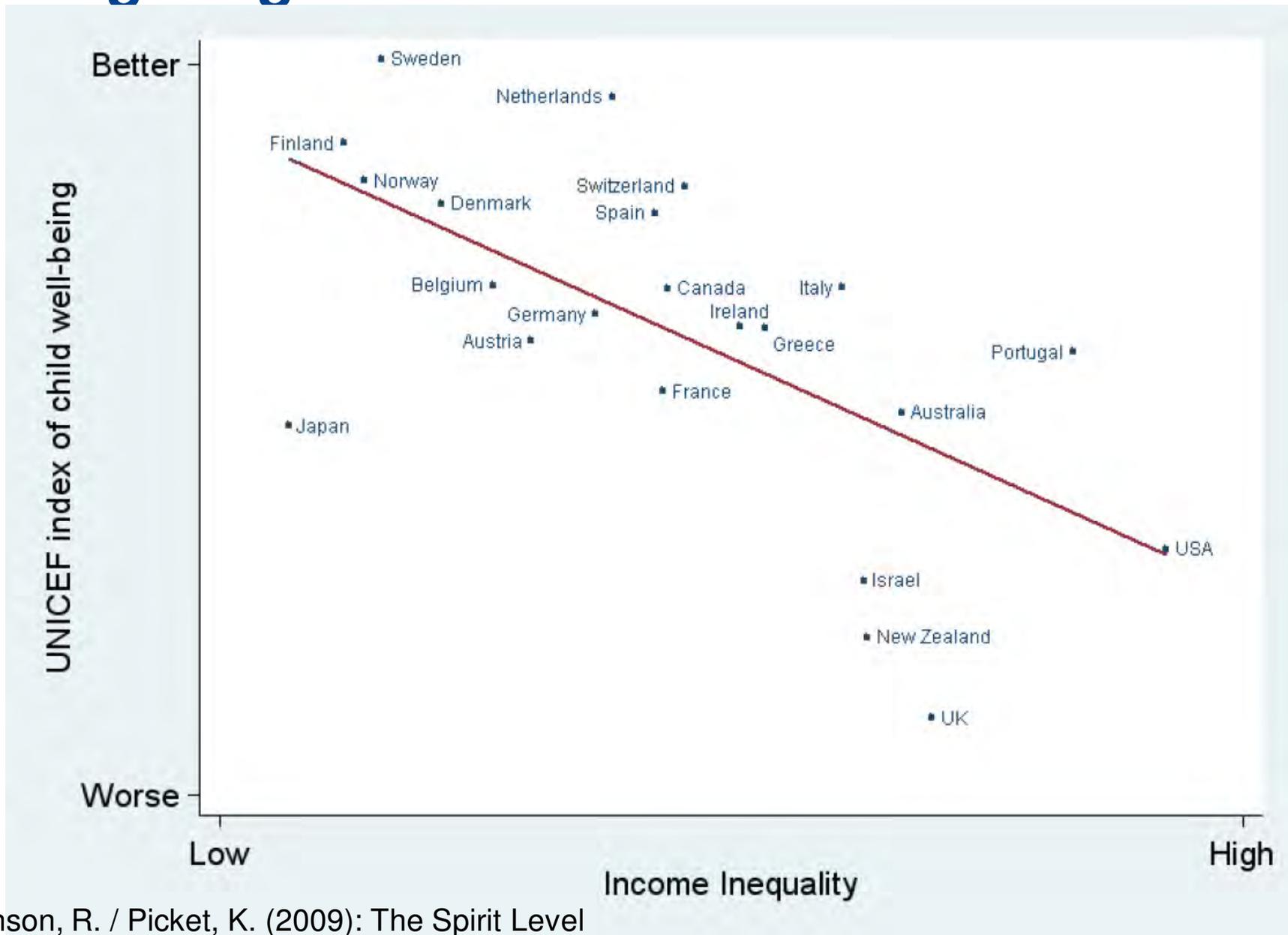
# Lebenserwartung Schichtzugehörigkeit



# Kindeswohl hat keine Beziehung zu durchschnittlichem Einkommen in reichen Ländern



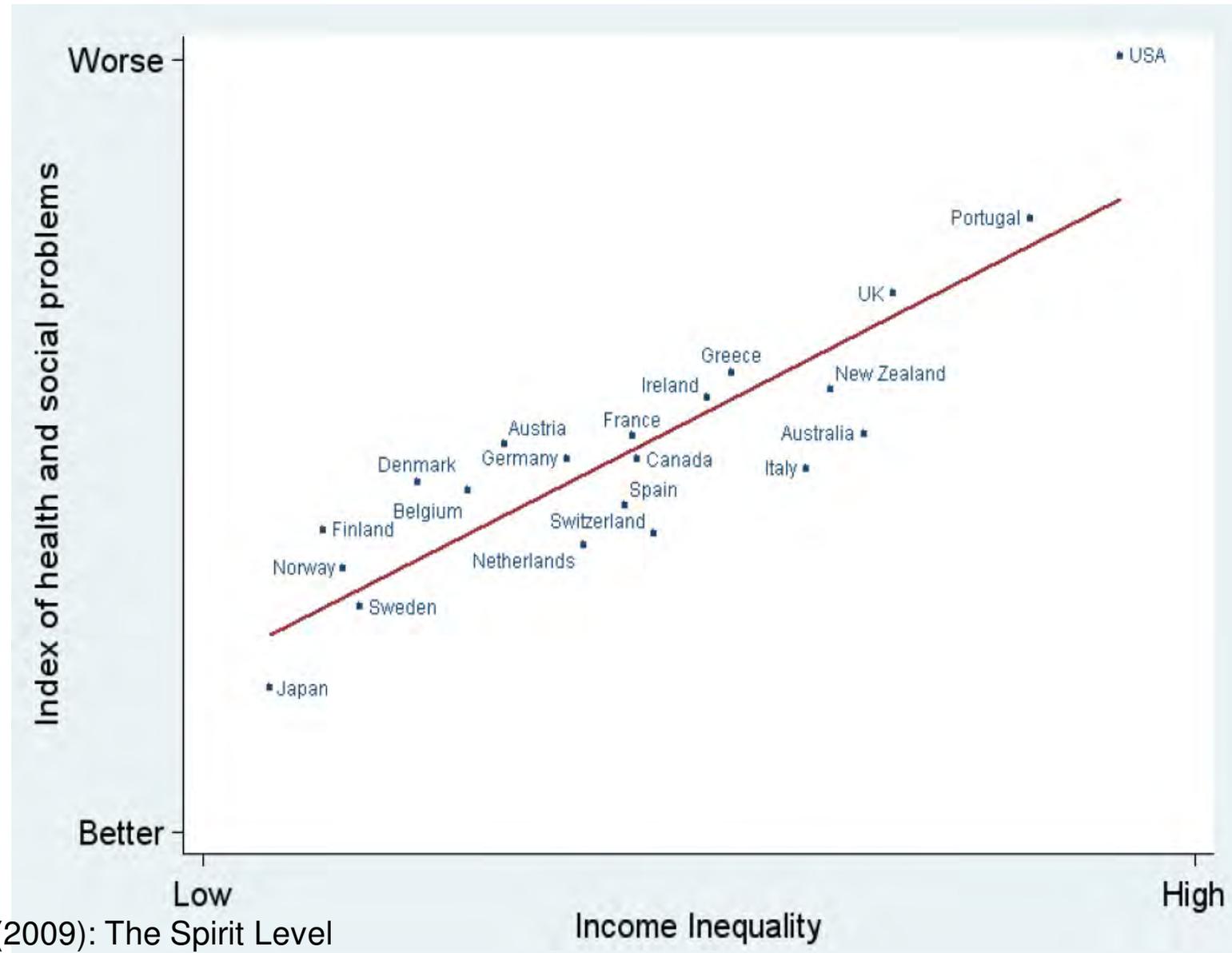
# Kindeswohl ist besser in reichen Ländern mit geringeren Einkommensunterschieden



# Säuglingssterblichkeit ist höher in reichen Ländern mit höheren Einkommensunterschieden



# Gesundheits- und Soziale Probleme sind höher in reichen Ländern mit höheren Einkommensunterschieden

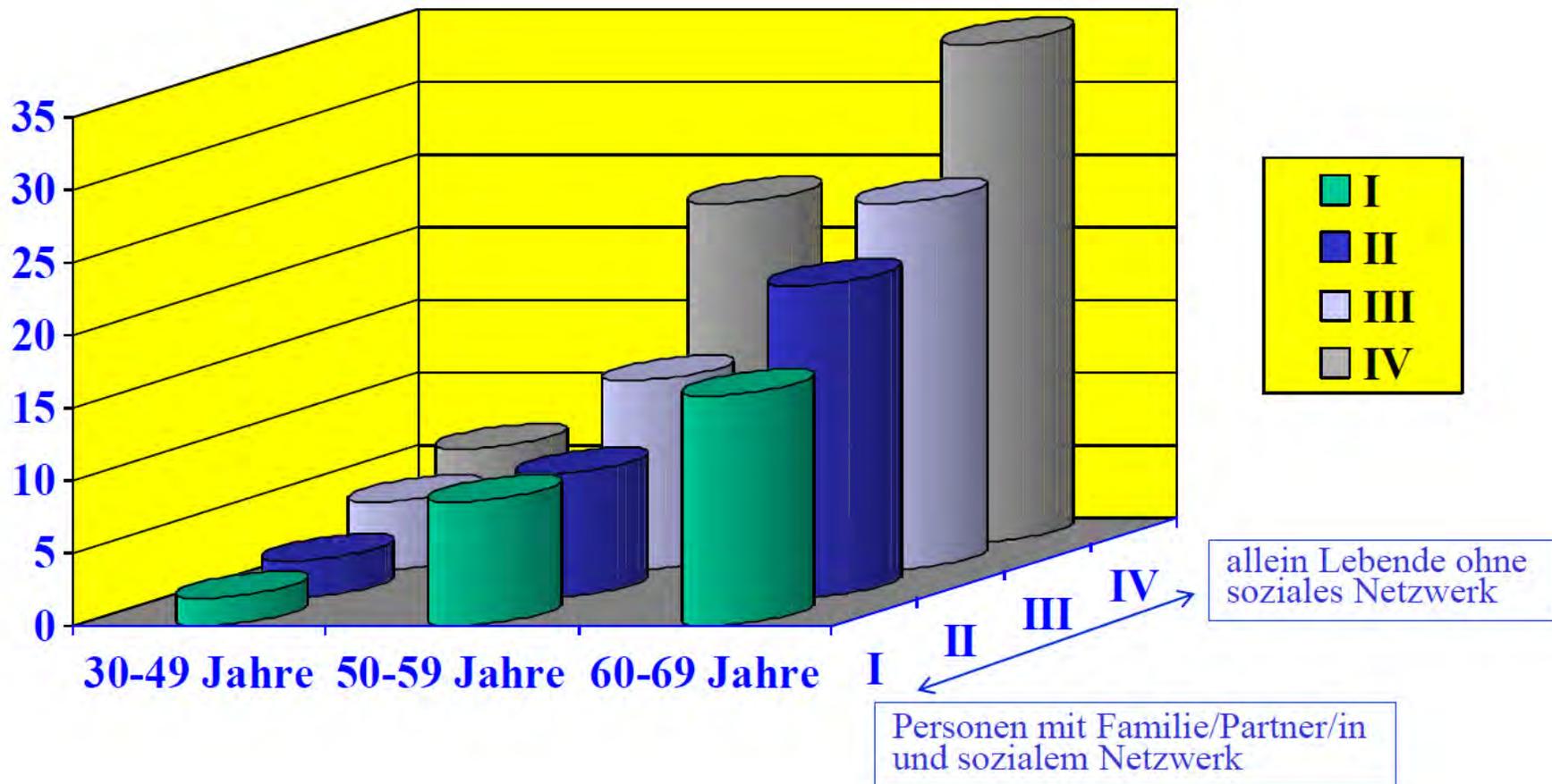


## Index:

- Lebenserwartung
- Mathe & Lesen
- Säuglingssterblichkeit
- Morde
- Häftlinge
- Teenagerschwangerschaften
- Vertrauen
- Übergewicht
- Psych. K'heit inkl. Alkohol/Drogen
- Soziale Mobilität

# Soziale Integration und Mortalität

Gestorbene auf 1.000 E./Altersgruppe



Quelle: Berkman & Syme, 1979 – „Alameda County Study“ zit. Nach Dür, W. VO WS 2010/2011 Gesundheit

# Fallsicht

## Prävention

## Behandlung

**Primärprävention**  
Verhinderung  
Risikoreduktion

**Sekundärprävention**  
Früherkennung  
Frühbehandlung  
Lebensstiladaptierung

**Tertiärprävention**  
Folgenreduktion  
Vermeidung v ↓ Teilhabe



Selbsthilfe

Laienhilfe

Professionelle  
Hilfe

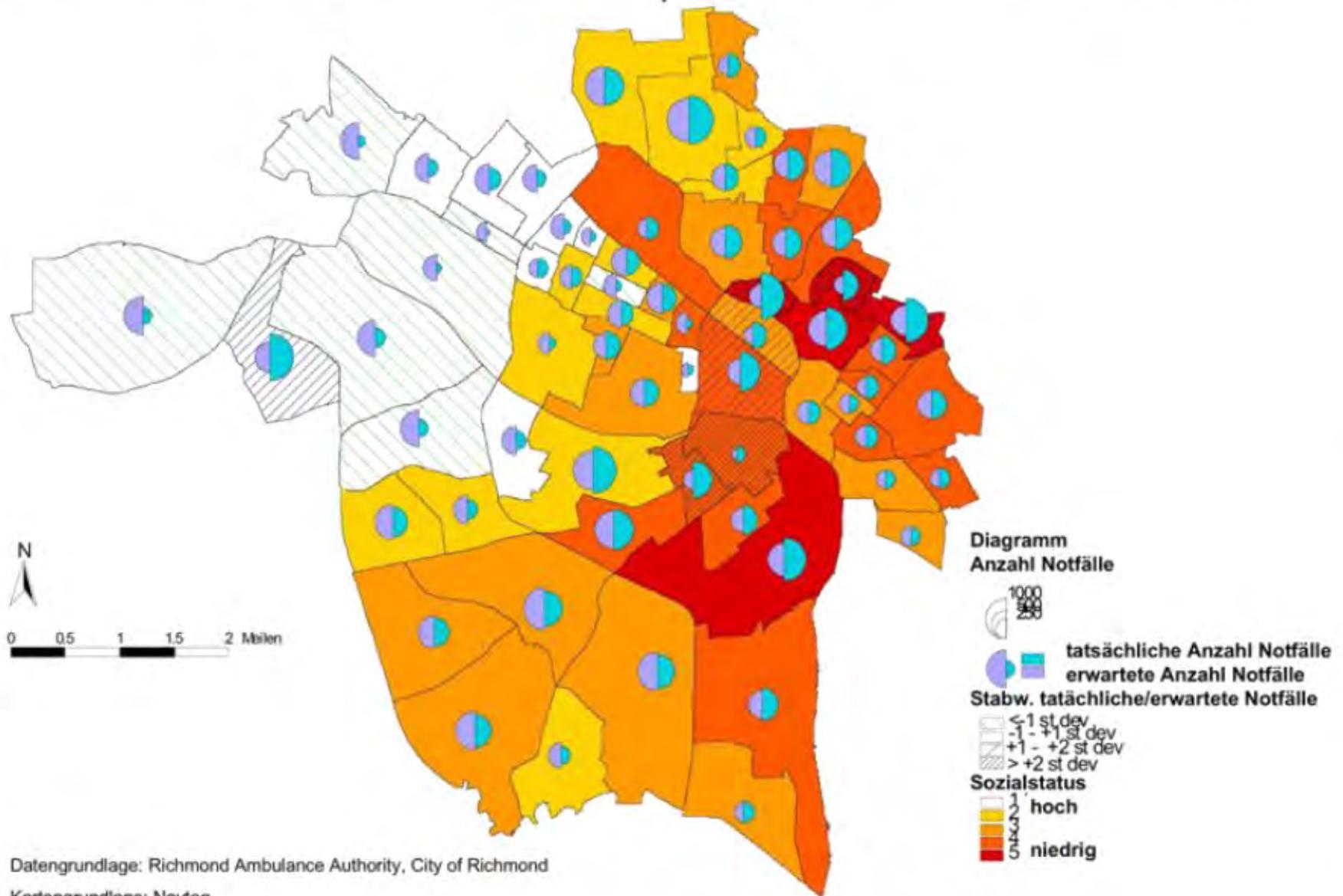
- Kindergarten
- Schule
- Arbeitsplatz
- Krankenhaus
- Beratungs/  
Betreuungseinr.

**Manifestation**

Vercodierung  
Datenverdichtung  
Fallzahlenbildung  
€ Quantifizierung  
⇒ Anwaltschaftlichkeit  
⇒ Standespolitische Instrumentalisierung

.....

# Korrelation Notfallaufkommen und Sozialstatus in Richmond/Virginia (USA)



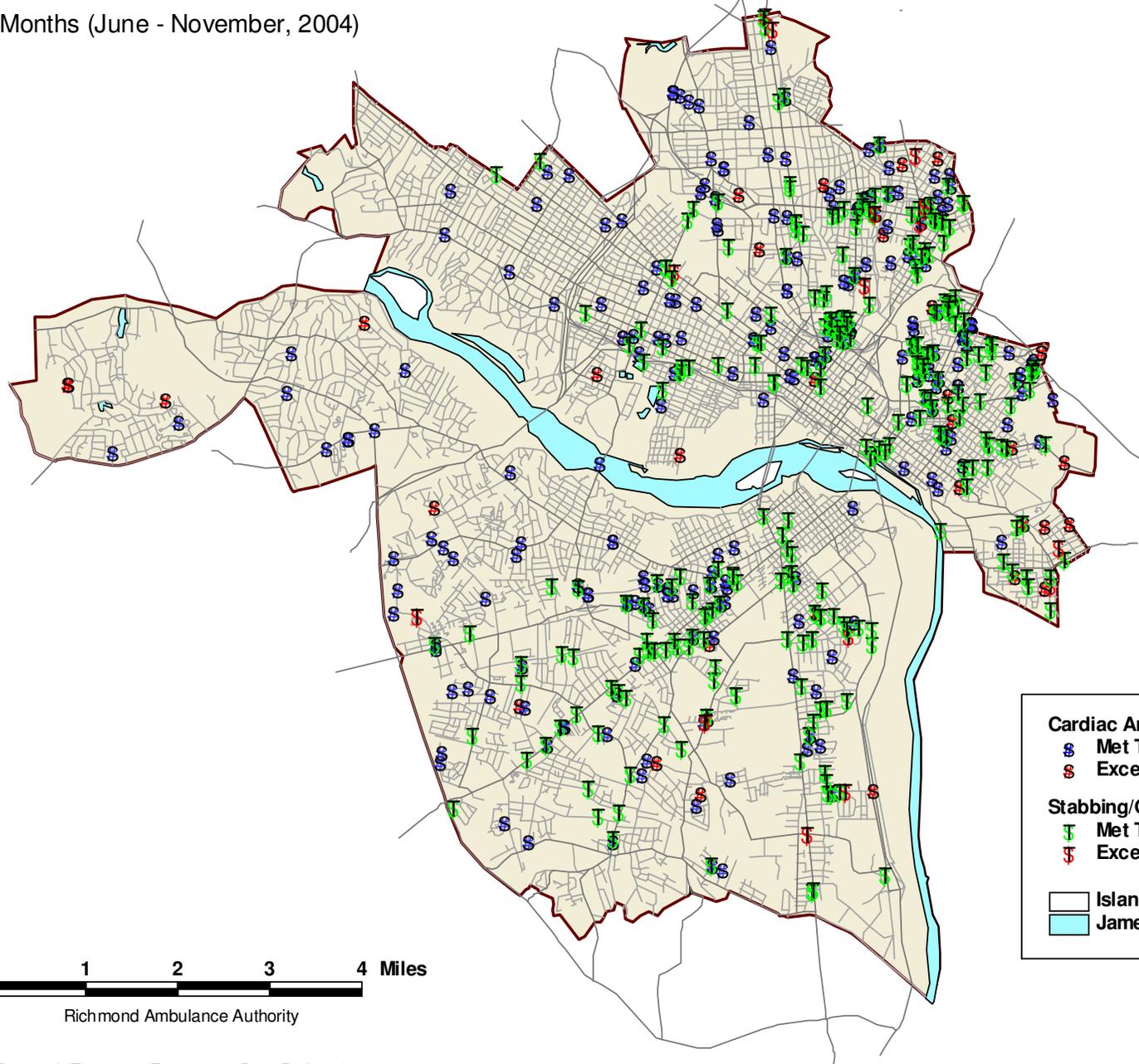
Datengrundlage: Richmond Ambulance Authority, City of Richmond

Kartengrundlage: Navteq

Analyse und Kartographie: Geomed

# Cardiac Arrest and Stabbing/Gunshot Wounds

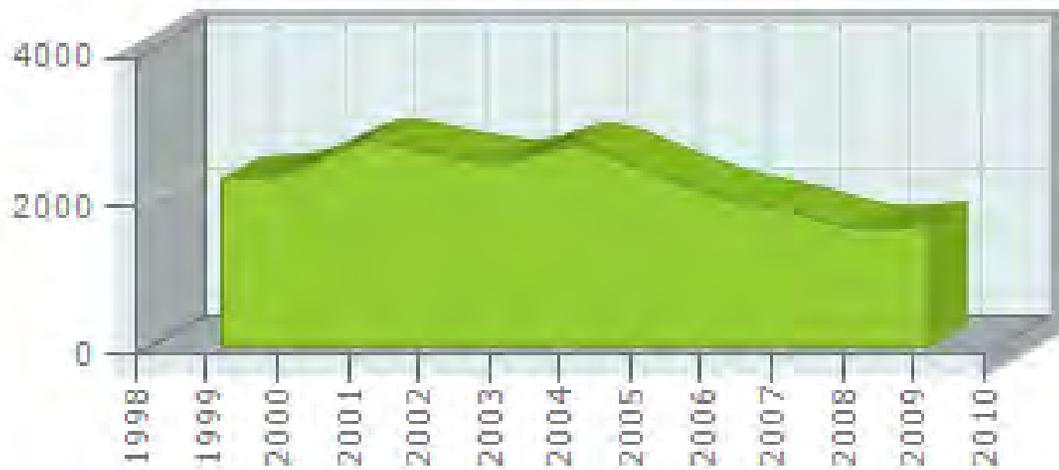
Six Months (June - November, 2004)



<b>Cardiac Arrests</b>	
§	Met Time Standard
§	Exceeded Time Standard
<b>Stabbing/Gunshot Wounds</b>	
§	Met Time Standard
§	Exceeded Time Standard
□	Islands
■	James River

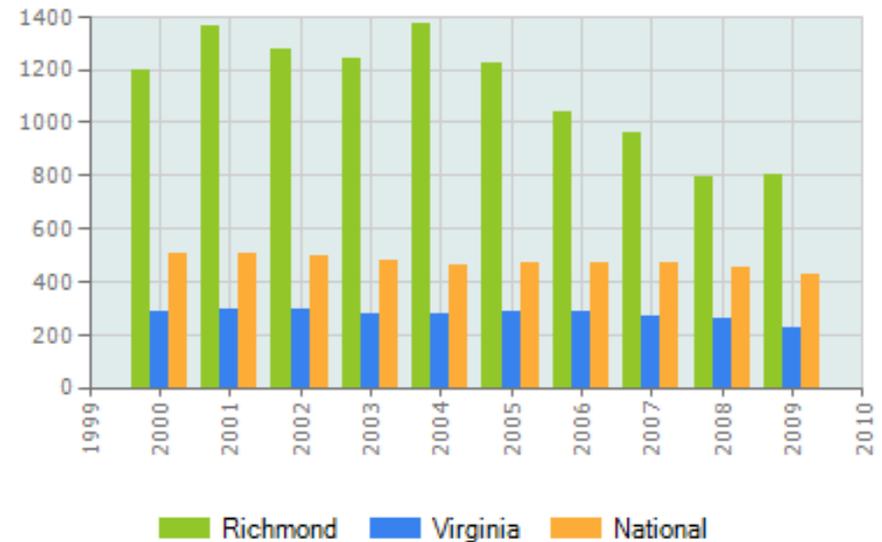


## Richmond Violent Crime



© 2011 CityRating.com - <http://www.cityrating.com/crime-statistics/>

## Richmond Violent Crime Index



Crime Index corresponds to incidents per 100,000 inhabitants

© 2011 CityRating.com - <http://www.cityrating.com/crime-statistics/>

# ToDo's

- Herausforderung: Messpunkte identifizieren, monitieren
- Ungleichheiten erkennen und kommunizieren
- Anliegen / Strategien formulieren, fordern, fördern, durchsetzen
- Bilden: Menschen, Gemeinschaften, Politik
- .....



# RAHMENGEUNDHEITSZIELE

FÜR ÖSTERREICH

[www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)

# Soziale Arbeit - Erschütterungsschreiber



C. Redelsteiner



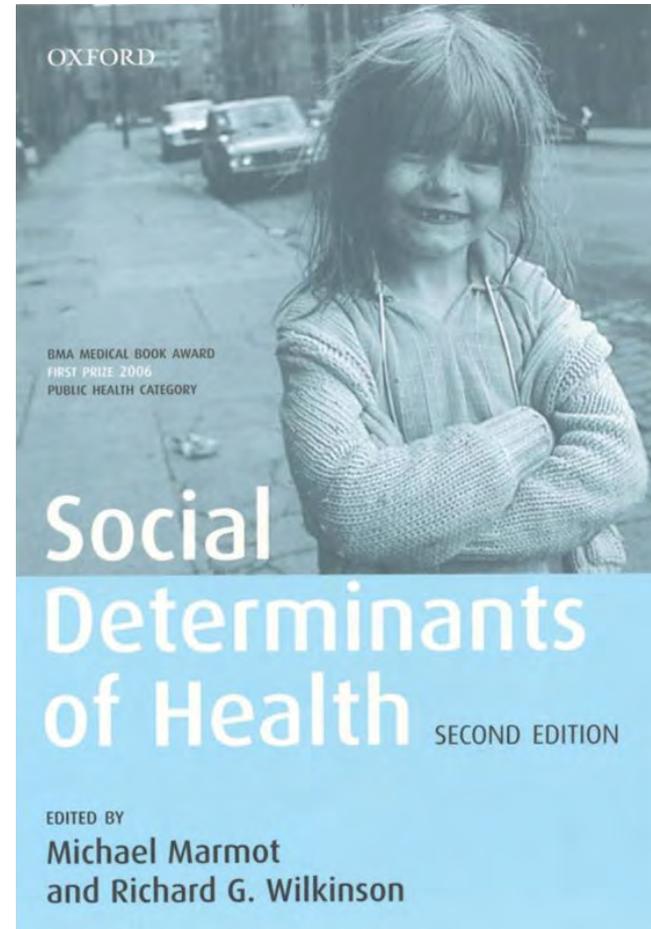
## The Spirit Level

Why Equality  
is Better for Everyone

Richard Wilkinson and Kate Pickett

'A big idea, big enough to change political thinking'  
*Sunday Times*

'A sweeping theory of everything' *Guardian*





# Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum

*Prof. (FH) DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc*

*kurt.felloecker@fhstp.ac.at*

## Fehlmeinungen, Mythen und „einfache Erklärungsmodelle“



- Alkohol als Kulturdroge
- Bestätigung der eigenen Normalität - Außenfeind
- Alles legale ist ungefährlich, alles illegale gefährlich  
Einer/Etwas ist schuld!

# Was ist eine „jugendliche Alkoholszene“ ?

Alte Konsumgewohnheiten, neue Getränke,  
neue Konsumkontexte: „posttraditionale Freizeitszenen“

*„...Gruppen junger Menschen, die  
,gewohnheitsmäßig‘ an bestimmten Orten  
zusammenkommen, um zu trinken/  
um sich zu berauschen und die dabei sichtbar und  
gegebenenfalls auch auffällig werden...“*

# Bisherige Ergebnisse

- Veränderungen von Alkoholszenen seit 2007
- Veränderungen von Konsumgewohnheiten, Konsumfolgen und Konsummotiven
- Kaum Reaktionen der erwachsenen Umwelt
- Wenig gesundheitsfördernde Maßnahmen im öffentlichen Raum

# Der epidemiologische Rahmen

- 41% (Burschen) und 36% (Mädchen) der 15jährigen berichten über mindestens 2 Rauscherlebnisse (HBSC, 2007)
- Keine wesentliche Änderung der Trink- und Berausungsgewohnheiten österreichischer Jugendlicher.
- Allerdings: früherer Einstieg und das Gleichziehen der Mädchen, zunehmender öffentlicher Konsum
- Viele Hinweise auf veränderte Getränkepräferenzen und neue Konsumkontexte .....

# Der epidemiologische Rahmen

- **Spitzenwerte bei Alkoholvergiftungen bei 35-45jährigen Männern (EMJ, 2010)**
- **36% Rauschtrinker in Ö., Spitzenplatz (15%) beim wöchentlichen Konsum (Eurobarometer, 2010)**
- **Polarisierung, Radikalisierung, Normalisierung**
- **Freizeitkultur, Stressabbau**
- **„Komasaufen“**

# Szenen im städtischen und ländlichen Raum

## *Ländlicher Raum*

- Vor allem Lokalszenen (mit Parkplätzen)
- Diskotheken und (Groß)Veranstaltungen
- Billigangebote
- Kontrolle durch private Sicherheitsdienste (vs. Polizei)
- Burschen und Mädchen
- „Überregionale“ BesucherInnen

# „Auffällige“ Szenen im städtischen und ländlichen Raum

*Auffälliger Alkoholkonsum in allen Szenentypen verbunden mit:*

- Kommerziellen Freizeitangeboten
- Unübersichtlichkeit
- Vorrang des „Alkoholprogrammes“:
  - Leicht erhältliche, billige Getränke
  - Securities

# Gesundheitsfördernde Maßnahmen

## *Vielfalt der Szenen:*

- Zielgruppenspezifische, mehrdimensionale Maßnahmen

## *„Szenedynamik“:*

- Verhältnis –statt Verhaltensprävention

## *Mangelnder Konsens der Stakeholder:*

- Gemeinsame Gestaltung des öffentlichen Raums, Kooperation in intra- und interprofessionellen Plattformen

DANKE  
FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT

# KLINISCHE SOZIALARBEIT

– Von der PflegebettensucherIn zur  
KoordinatorIn komplexer Hilfeprozesse

# Inhalt

2

- Einleitung und Vorstellung
- Fallgeschichte
- Begriffsklärung Klinische Sozialarbeit / Sozialarbeit im Krankenhaus
- Definition Klinische Sozialarbeit
- Zielgruppen und Handlungsfelder
- Klinische Sozialarbeit in der Praxis
- Offene Fragen / Diskussion

# Einleitende Worte - Vorstellung

- Lektorin an der FH St. Pölten im Handlungsfeld „Sozialarbeit im psychiatrischen Feld“
- Fachliche Leitung der Klinischen Sozialarbeit im Landeskrankenanstalten-Klinikum Mostviertel Amstetten-Mauer

# Fallgeschichte

# Fallgeschichte

6

89 jährige Frau nach einem Schlaganfall  
Halbseitig gelähmt, Sprachstörung  
Lebt alleine in einer Wohnung im ländlichen Raum  
Gatte verstorben vor zwei Jahren  
Nachbarin kümmert sich ein wenig, geht einkaufen  
Tochter lebt in einer Großstadt 150 km entfernt

## Zuweisung zur Sozialarbeit:

Pflegeheimantrag

Pflegegeldhöhungsantrag

# Aufgabe für die Sozialarbeit

7

- Kontaktaufnahme mit der Patientin
- Klärung des Pflegebedarfes –  
Koordination mit dem Pflegepersonal  
und TherapeutInnen
- Kontaktaufnahme mit der Tochter
- Antragstellung Pflegeheim
- Antragstellung Pflegegeldhöhung
- Abklärung ob Unterschrift möglich –  
Sachwalterschaft?

Es stellt sich die Frage:

- Was würde die Klinische Sozialarbeit anders tun?

# Begriffsklärung

- Sozialarbeit im Krankenhaus definiert einen **Ort**, an dem Sozialarbeit stattfindet.
- Klinische Sozialarbeit ist eine **Fachdisziplin** in der Sozialarbeit.

# Definition Klinische Sozialarbeit

# Brigitte Geißler-Piltz

12



- Klinische Sozialarbeit versteht sich als „Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention“

Geißler-Piltz et al. 2005:13

# Wolf Rainer Wendt

13



„Klinische Sozialarbeit hat ihre Kompetenz in schwierigen und defizitären Lebenslagen von Menschen. Sie hilft und führt zur Bewältigung und Besserung von Beeinträchtigungen. Die Nöte, Schwierigkeiten und Belastungen, bei denen Sozialarbeit einsetzt, sind oft gesundheitlich bedeutsam: sie bedingen Krankheiten oder verhindern Heilung. Auch im Falle von Krankheit oder Behinderung kommt es darauf an, mit ihr und ihren Folgen angemessen umzugehen, mit ihr leben zu lernen und sie sozial zu bewältigen, und zwar meist außerhalb des Medizinsystems.“

# Klinische Sozialarbeit

14

.... schwierigen und defizitären Lebenslagen von Menschen ....

.... Schwierigkeiten und Belastungen sind oft gesundheitlich bedeutsam: sie bedingen Krankheiten oder verhindern Heilung ....

.... mit den Folgen von Krankheit angemessen umzugehen, mit ihr leben zu lernen und sie sozial zu bewältigen, ....

# Klinische Sozialarbeit erfordert

15

- einen lebensweltlichen Ansatz
- personale Diagnostik
- Diagnostik der Ressourcen
- Aktivierende Netzwerkarbeit
- hohe kommunikative Beratungskompetenz
- Grundverständnis für medizinische Fragen und für sozialrechtliche und institutionelle Kenntnisse

# Lebensweltlicher Kontext

16

- Die Analyse der sozialen Lebenswelten ist Ausgangspunkt des sozialarbeiterischen Handelns.
- Durch den lebensweltbezogenen Ansatz erreicht die klinische Sozialarbeit ihre Zielgruppe, kann soziale Netzwerke aufbauen, stärken und auf diese hilfreich einwirken.

# Klinisch Soziale Diagnostik

17

- ... ist meist ein zirkulärer Prozess
- Problemlage(n) erkennen und definieren
- Rechtslage klären
- Ressourcen und Entwicklungspotentiale erkennen
- Ziele entwickeln
- Interventionsschritte definieren

# Fallbeispiel

18

Gespräch über die konkrete Lebenssituation –  
Freundin, die regelmäßig zu Besuch kommt, die  
kleinere Hausarbeiten übernimmt

Bekannten, der Fahrten mit dem Auto (Arztbesuche,  
Apotheke, Friedhof) bisher übernommen hat

Angebot der Tochter, wieder zurück in die  
Heimatgemeinde zu ziehen (Versetzungsantrag als  
Lehrerin ist bereits gestellt)

# Diagnostik der Ressourcen

19

- Sichtbarmachen der vorhandenen Ressourcen
- Erschließen von sozialen und persönlichen Ressourcen
- Nutzung der Ressourcen
- Ermöglichung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung

# Fallbeispiel

20

Caritasstation in der Gemeinde

Wohnungsnachbarinnen gemeinsam betreut werden

Essen vom Gasthaus im Ort kann geholt werden

# Aktivierende Netzwerkarbeit

21

- Erfassen des vorhandenen Netzwerkes (familiär, nachbarschaftlich, professionell)
- Erschließen der Ressourcen im Netzwerk
- Erweiterung des Netzwerkes
- Unterstützung in der Nutzung des Netzwerkes

# Fallbeispiel

22

## Netzwerkkarte

- zeigt die einzelnen Beziehungen
- Macht das Eingebunden Sein ins Dorfleben sichtbar
- Idee, das Angebot des Gasthauses zu nutzen und dort Essen zu bestellen
- Zeigt eine entfernte Verwandte, die Pflegehelferin ist und eine stundeweise Beschäftigung sucht

# Beratungskompetenz

23

- Aufbau einer professionellen tragfähigen Beziehung in einer besonders schwierigen belastenden Lebenssituation
- Partizipative Herangehensweise
- Mitbestimmung im Betreuungsprozess

# Grundverständnis für

24

- Medizinische Fragen
- Rechtliches Wissen
- Institutionenwissen

# Fallbeispiel

25

Ermöglichung von einem weitgehend selbstbestimmten  
Leben in der gewohnten Umgebung

Soweit als möglich Eigenverantwortung

Empathisches Gesprächsklima

Anderes Ergebnis als in der Zuweisung vorgesehen

# Zielgruppen und Handlungsfelder

# Zielgruppendefinition von ECCSW

27

- Klinische Sozialarbeit findet ihren Ort in psychosozial beratenden und sozialtherapeutisch behandelnden Arbeitsbereichen, u.a. in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Schule, im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung, in Krankenhäusern und Fachkliniken, in der Suchtberatung, den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation, der Altenarbeit und in bestimmten Bereichen der Straffälligenhilfe.

**[www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu)**

# Klinische Sozialarbeit in der Praxis

# Entwicklung

29

- Entwicklung von einer organisatorisch funktionellen existenzsichernden Sozialarbeit zu einer Fachsozialarbeit = Klinischen Sozialarbeit
  - ▣ Soziale Diagnostik
  - ▣ Lebensweltlichen Ansatz
  - ▣ Sozialtherapeutische Behandlung und Betreuung

# Aufgabenkatalog

30

- Sozialanamnese und Soziale Diagnostik
- Maßnahmen der Existenzsicherung  
(Sozialversicherung, Finanzen, Arbeit, Wohnen)
- Maßnahmen der (psychiatrischen) Pflegesicherung  
(Finanzen, Betreuung zu Hause, Heimunterbringung)
- Sicherstellung einer (psychosozialen)  
Nachbetreuung
- Koordination mit extramuralen Einrichtungen

# Aufgabenkatalog

31

- Sozialtherapeutische Aufgaben und soziale Gruppenarbeit
- Soziale und persönliche Begleitung
- Soziale Beratung für PatientInnen und deren Angehörige
- Koordination im multiprofessionellen Team
- Dokumentation und Konzeptarbeit
- Betreuung von PraktikantInnen

# Klinische Sozialarbeit

32

- **Bietet** Beratung, Begleitung und Unterstützung.
- **Achtet** die Person und ihre sozialen Lebensumstände.
- **Sichert** die Existenz während des Klinikaufenthaltes.
- **Verbindet** alle Beteiligten im Behandlungsprozess.
- **Organisiert** Nachbetreuung.



99/10 Soziale Arbeit.



# Teilsymposium 6

## Sozialarbeit und Outplacement:

Im Spannungsfeld von Ethik und  
Quote - ein Diskurs

99/10 Soziale Arbeit.



# Zum Ablauf und zur Vorgeschichte des Teilsymposiums

Ziel ist:

**Diskurs über das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit Beteiligung des Plenums**

Kein klassischer Vortrag

**Unterschiedliche Sichtweisen zum Thema Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext sichtbar machen und zur Diskussion über das Thema anregen**

Diese Dokumentation versucht zentrale Inhalte der Diskussion zusammenzufassen, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, ein Audiolivemitschnitt wird in Kürze unter:

<http://9910.fhstp.ac.at/> zur Verfügung stehen!

99/10 SozialeArbeit.



# 3 DiskutantInnen - 3 spezifische Blickwinkel aufs Thema

Von links nach rechts

## Mag. <sup>a</sup> Judith Pühringer:

GF Bundesdachverband für soziale Unternehmen  
(BDV) Austria

## Mag. <sup>a</sup> Trude Hausegger:

GF Prospect Unternehmensberatung und  
Sozialforschung

## Mag. <sup>a</sup> (FH) Barbara Bühler, Bakk.phil

NÖ Dachverband für Bildung, Beratung und  
Bestätigung (NÖB), Organisation und Moderation  
des Teilsymposiums

## Mag. (FH) DSA Alois Huber:

Unternehmensberater, Sozialarbeiter, Supervisor,  
Coach, Lektor an der FH für Soziale Arbeit



# Worüber reden wir, wenn wir über Outplacement sprechen? Eine Begriffsklärung! (Alois Huber)

- **Definition** - „Hinaus/Hinein Platzieren“

- 

- ..(meist freiwillige) soziale Leistung des „alten“ Arbeitgebers für den Arbeitnehmer (meist Führungskraft in höherem Alter) um einen sozial verantwortlichen Trennungsprozess zu gewährleisten

- Unterstützung – oft durch einen externen Personalberater – bei der Suche nach einem neuen Beschäftigungsverhältnis;

- 

- **Geschichte**

- 

- 1917 Firma Coutts organisierte nach der Auflösung des britischen Empires für die Heimkehrenden aus den Kolonien Programme um zu neuer Beschäftigung zu verhelfen (erste Outplacement Programme);

- ähnliche Programme der US Regierung in den 40iger Jahren zur Kriegsveteranenintegration;

- in den 60igern Kündigungsprogramme bei Standard Oil (Exxon) – in Krisenzeiten bei hohen Personalfreisetzungspotentialen steigt die Nachfrage dieser Personalleistung;

- 80% der amerikanischen Betriebe bieten MitarbeiterInnen Outplacement an (Stand 2008)

- 

- **Phasen von Outplacement**

- 

- „clearing“ Profil erstellen, screening, abklären, MitarbeiterIn noch im Job (Hauptphase)

- „Training“ Schulungs- und Trainingsphase, ev. Auch Praktika – Qualifizierungen

- „Vermittlung“ – konkrete Schritte (weg von der Firma / Stiftung – neuer Job)

- 

- **Impliziert**

- 

- Wer? Eine Person – Transitmitarbeiter
- Wo? In einem Beschäftigungsprojekt
- Wohin? Umstieg in ein versicherungspflichtiges Dienstverhältnis
- Durch wen? OutplacelerIn

# Effekte von Outplacement für die Profession – Soziale Arbeit (Alois Huber)

- Ökonomisierung

- Voice Funktion

➤ Soziale Arbeit

- Methoden / Techniken

# I. Spannungsfelder für Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext:

- **Umstellung von Subventionen auf Leistungsverträge:** nicht mehr Organisationen sondern eine spezifische Leistung in einer Dienstleistungskette werden gefördert: was bedeutet das für das Selbstverständnis der Sozialarbeit?
- **Ökonomisches Überleben als Organisation vs politische Stimme für Zielgruppe** (Voice Funktion)
- Effizienz- und Kostendruck : **Creaming Effekte** (verstärkte Selektion im Hinblick auf Aufnahme von Personen in SÖBs, GBPs, etc.)

## II. Spannungsfelder für Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext:

- **Wie kann Wirkung von Sozialarbeit gemessen werden?** Welchen Beitrag leistet hier Forschung und Wissenschaft
- Elemente einer Arbeitsmarktpolitik der **Aktivierung** nehmen zu
- **Unterschiedliche Logiken:** FördergeberInnen- Trägerorganisation- Sozialarbeit - KlientInnen

# I. Ideensammlung: Strategien für Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext

- **Neue Beteiligungsformen** entwickeln
- **Medien nutzen-** Öffentlichkeitsarbeit
- **Reflexion** darüber wo ich mich als SozialarbeiterIn in diesen Spannungsfeldern verorte

## II. Ideensammlung: Strategien für Sozialarbeit im arbeitsmarktpolitischen Kontext

- **Wissenschaft/ Forschung** zu dem Thema forcieren und sich dazu einbringen
- **Bildung von Allianzen/ Kooperationen**
  - Zum Beispiel einem Dachverband beitreten ;-)
  - Oder auch: <http://www.wege-aus-der-krise.at/>
  - Mit UnternehmerInnen
  - ...

Ein herzliches Danke an alle, die sich an der Diskussion beteiligt haben!!!

Aus unserer Sicht gibt es keine definitive Antworten auf diese Herausforderungen – **bleiben wir also im Gespräch!**



In diesem Sinne...freuen wir uns über Rückmeldungen, Fragen  
und Anregungen!

**Barbara Bühler, NÖB Büro:** 0676/ 88 044 899 oder [office@noeb.at](mailto:office@noeb.at)

Wenn Sie auch in Zukunft Informationen über Veranstaltungen und Aktivitäten des NÖ Dachverbands für Bildung, Beratung und Beschäftigung (NÖB) bekommen möchten, besuchen Sie unsere Homepage [www.noeb.at](http://www.noeb.at) bzw. schreiben Sie mir eine mail wenn Sie in unsere Verteiler aufgenommen werden möchten!

**Judith Pühringer, BDV:** [judith.puehringer@bdv.at](mailto:judith.puehringer@bdv.at)

**Trude Hausegger, Prospect:** [t.hausegger@pro-spect.at](mailto:t.hausegger@pro-spect.at)

**Alois Huber, FH St. Pölten, Supervisor:** [alois.huber@fhstp.ac.at](mailto:alois.huber@fhstp.ac.at)



## Eine Auswahl an Literaturempfehlungen und links zu den besprochenen Themen:

### Zum Thema: Ethik und Sozialarbeit

**Ethikkodex des OBDS** (Österr. Berufsverband der SozialarbeiterInnen)

<http://www.sozialarbeit.at/images/MEDIA/documents/ethik-berufspflichten-obds.pdf>

**Ethikkodex der international federation of socialworkers** (ifsw)

[http://www.sozialarbeit.at/index.php?option=com\\_content&task=view&id=237&Itemid=385](http://www.sozialarbeit.at/index.php?option=com_content&task=view&id=237&Itemid=385)

### Zum Thema: Arbeitsmarkt und oder soziale Exklusion:

- Atzmüller, Roland, 2009: Aktivierung statt Vollbeschäftigung. **Die Entwicklung der Arbeitsmarktpolitik in Österreich**. In: Hermann, Christoph; Atzmüller, Roland (Hg). Die Dynamik des österreichischen Modells. Brüche und Kontinuitäten im Beschäftigungs- und Sozialsystem
- Burghardt, Heinz/ Enggruber, Ruth (Hrsg), 2010: **Soziale Dienstleistungen am Arbeitsmarkt in professioneller Reflexion Sozialer Arbeit**
- Melinz, Gerhard, 2004: **Geschichte der „Sozialwirtschaft“ in Österreich**. Eine historische Skizze. In: Kurswechsel, Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen
- Kronauer, Martin, 2002: **Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus**
- Zauner, Alfred et. Al, 2006: **Von der Subvention zum Leistungsvertrag – Neue Koordinations- und Steuerungsformen und ihre Konsequenzen für Nonprofit – Organisationen- eine systemtheoretische Analyse**

Soziale Arbeit



# 10 Jahre, viele Baustellen und eine Perspektive

Peter Pantuček

## ... am Anfang war die Skepsis

- ???

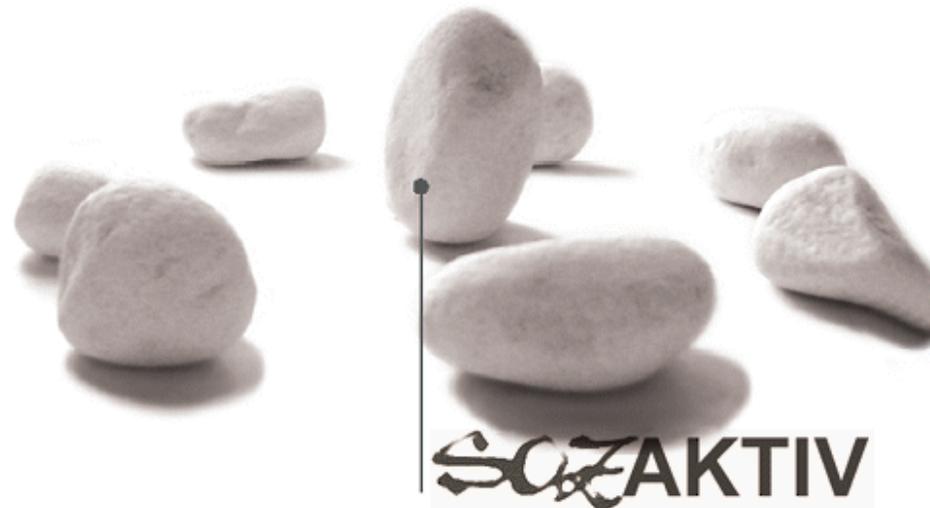


## ... FH als Schmalspur-Hochschule?

- „nur berufsausbildende Bachelors“
- „bessere Lehrlingsausbildung“
- „Fasthochschule“
- wenn schon, dann nur angewandte Forschung
- Berufsbildung contra Bildung
- „nur auf Unis Verbindung Lehre und Forschung“

## der Beginn

- ehrgeiziges Team



# Hochschule als Lernort auch für die Lehrenden

- „Nachgraduierung“
- Doktoratsstudien
- Didaktikentwicklung

## entwickelt:

- Diplomstudiengang
- „Nachgraduierung“ (zielgruppenorientierter Magister-Studiengang)
- Bachelor 1.0
- Master-Studiengang
- Bachelor 2.0
- als Partner: INDOSOW / internationales Doktoratsprogramm

Soziale Arbeit



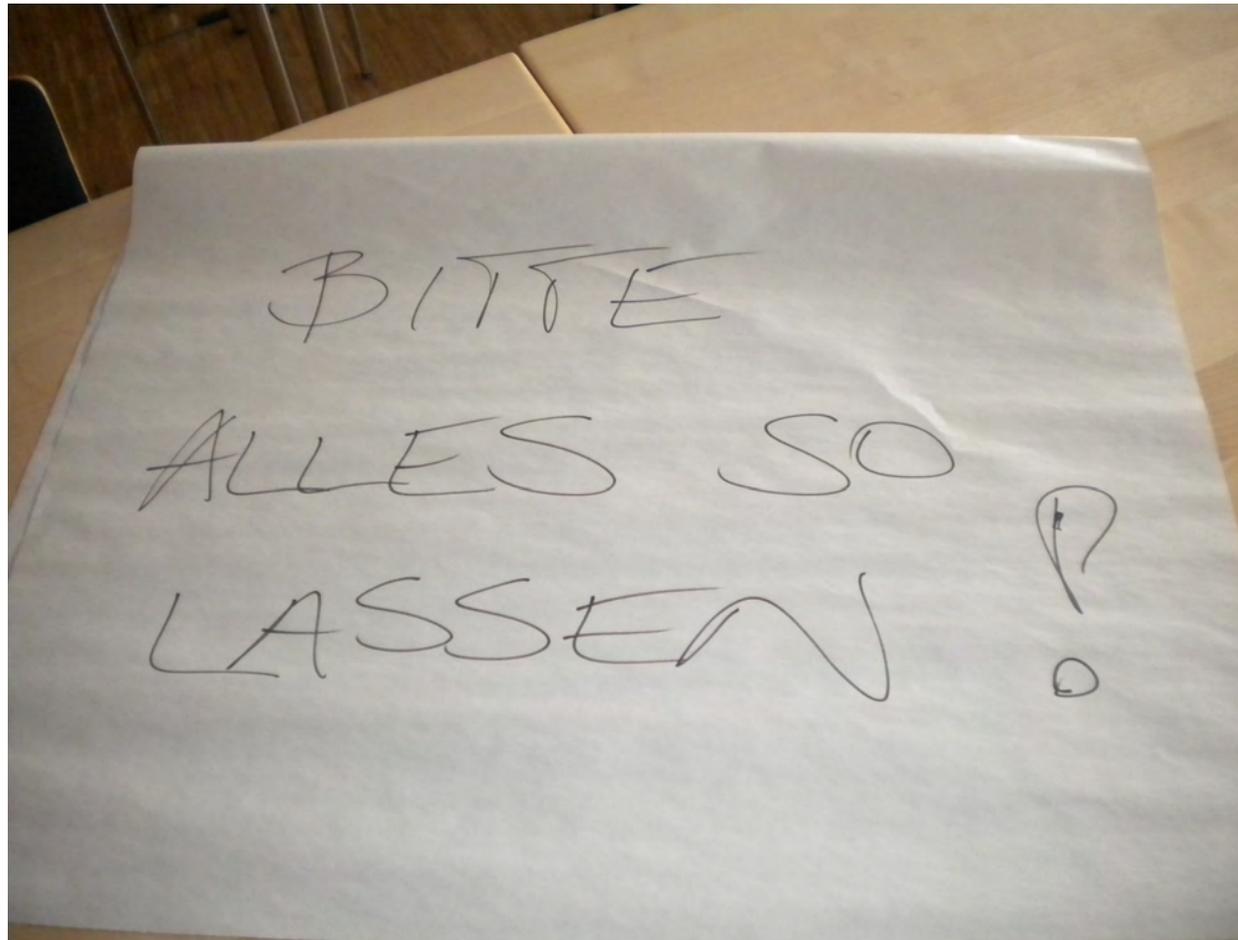
# Master mit QuereinsteigerInnen



## was noch vor uns liegt ...

- Doktoratsstudien
- Forschungsfinanzierung
- mehr Studienplätze
- andere sozialwissenschaftliche Studien
- mehr Hochschulcharakter
- ÖGesSA

## was nicht geht:



## Symposium „Soziale Arbeit im Hochschulsystem“

Der Einstieg der Sozialen Arbeit fiel in eine turbulente Zeit der Entwicklung des Hochschulsystems. Die Bologna-Reformen, Finanzierungsprobleme an Unis und FHs, mangelnde Basisfinanzierung der Forschung waren und sind herausfordernde Rahmenbedingungen. Die Berufsgruppe ist mit einer Diversifizierung der Abschlüsse konfrontiert. In diesem Symposium wird versucht, eine Bilanz zu ziehen und Aufgaben für das nächste Dezennium zu skizzieren.

FH-Prof. Dr. Peter Pantuček: 10 Jahre, viele Baustellen, und eine Perspektive

Dr. Heinz Wilfing: Leben mit dem Fachhochschulstatus

Sandra Nussbaumer, MA: Praxis und Hochschule

Peter Pantuček

10 Jahre, viele Baustellen, eine Perspektive.

In den 90er-Jahren sind Monika Vyslouzil und ich, Monika mehr als ich, durch die Lande getingelt und haben die Idee propagiert, die Sozialarbeit an die Fachhochschulen zu bringen. Wir waren damit vorerst ziemlich allein. Das neue Fachhochschulgesetz ließ ja viel Spielraum, aber alle dachten damals nur an sogenannte wirtschaftsnahe Studiengänge.

Das Unterrichtsministerium, zu dem die Akademien für Sozialarbeit damals ressortierten, wollte seinen Machtbereich nicht verlieren und hegte Pläne „für so etwas wie eine Generalakademie, also eine organisatorische Zusammenfassung aller als Akademien geführten postsekundären Ausbildungen“, wie der damalige Sektions-Chef meinte. Heinz Wilfing, damals schon Direktor der Wiener Akademie für Sozialarbeit, kommentierte das eher trocken: Ihm solle das recht sein, wenn er damit General-Direktor werde.

Der Berufsverband und viele PraktikerInnen hegten mannigfache Befürchtungen: Die „neuen“ werden nichts mehr direkt mit den Klienten zu tun haben wollen; es werde den Beruf zerreißen, weil es dann auch noch die „G’studenten“ gebe. In etwa diesem Sinne äußerte sich damals übrigens auch eine Kollegin aus unserem eigenen nebenberuflichen Staff. Inzwischen hat sie selber nachstudiert und ist stolz auf das von ihr und uns Erreichte. Die ehemalige Direktorin, die inzwischen verstorbene Frau Ringel-Ferdinand, hat mir noch vor einigen Jahren eine Überraschung bereitet. Ich ersuchte sie um einen Beitrag für eine Festschrift. Sie verweigerte das. Ich / wir seien dafür verantwortlich, dass der Beruf ruiniert werde. Sozialarbeit sei keine Wissenschaft, wir beschreiten einen Irrweg.

Wir machten Überzeugungsarbeit, suchten Verbündete bei den SozialpädagogInnen, bei den Gesundheitsberufen. Letzteres war vergeblich. Und dann war es trotzdem so weit. Eine wesentliche Rolle spielte dabei der damalige Minister Caspar von Einem.

Wie sich später herausstellte, allerdings aus recht zweifelhaften Motiven. Wir hatten ihn vor Jahren für eine Sponsionsrede eingeladen. Er habe die Fachhochschulen deutlich anders und deutlich unterhalb des Universitätsniveaus positionieren wollen. Am liebsten wären ihm FHs gewesen, die nur Bachelor-Studiengänge anbieten. Zu unserem Glück hat sich das dann doch anders entwickelt. Mit einer klügelhaften Geringschätzung der FHs ist aber noch immer zu kämpfen.

Die findet sich z.B. regelmäßig in Internetforen, wo sprachlich wenig gewandte Uni-Studenten von „Fast-Hochschulen“ faseln, aber auch in der weit verbreiteten höchst fragwürdigen Unterscheidung zwischen angewandter Forschung, die von den FHs betrieben werden sollte, und Grundlagenforschung, die den Unis vorbehalten sei. Vertreter der Unis reklamieren überhaupt die Verbindung von Forschung und Lehre exklusiv für sich. Stück für Stück weicht sich das auf, aber es ist noch ein langes Stück des Weges zu gehen.

2001 war es schließlich so weit. Die ersten Diplomstudiengänge Sozialarbeit konnten starten. Hier in St. Pölten hatten wir gute Bedingungen. Wir konnten aus der Akademie ein ehrgeiziges Team übernehmen, das schon unter den unfreundlichen Bedingungen unter den Fittichen des Unterrichtsministeriums und der Schulstruktur auf Wissenschaftlichkeit und Disziplinentwicklung gesetzt, geforscht, entwickelt und eine Schriftenreihe herausgegeben hatte. Wir haben uns dafür im Verein Sozaktiv organisiert.

Eine große Herausforderung war (und ist immer noch), einen kompetenten Lehrendenstaff heranzuziehen. Das langjährige Nischendasein der Sozialarbeit abseits des Hochschulwesens hatte ja dazu geführt, dass es kaum SozialarbeiterInnen mit Master und so gut wie keine mit Doktoratsabschluss gab. Und die wenigen haben ihre akademische Qualifikation abseits der Sozialarbeitswissenschaft erwerben müssen. Denkbar schlechte Voraussetzungen also.

In St. Pölten gingen wir den mittel- und langfristigen Weg der Personalentwicklung. Wir unterstützten unser Personal, die hauptberuflichen wie die nebenberuflichen, dabei, zumindest einen Masterabschluss zu erreichen. Und in der Folge sollen die DozentInnen auch noch eine einschlägige Dissertation schreiben. Das dauert. In dieser Phase des Aufbaus der Disziplin Soziale Arbeit ist die Hochschule mehr als sonst eine Lernstätte nicht nur für die Studierenden, sondern auch für die Lehrenden. Gleichzeitig mussten wegen der Umstellung auf das Bologna-System während der ersten 10 Jahre fast ständig neue Curricula entwickelt werden.

Soziale Arbeit an der Fachhochschule geriet so zu einer Dauerbaustelle. Ich getraue mich allerdings einzuschätzen, dass wir diese Baustelle bestens ausgestaltet haben und dass sich die errichteten Bauwerke sehen lassen können. Die Forschung hat sich etabliert, die Gründung von Forschungsinstituten hat an allen Standorten stattgefunden. Bei uns hat sich das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung etabliert und einen Namen gemacht. Das Niveau der Lehre und des Studiums ist erkennbar gestiegen. Wir haben uns Stück für Stück vom Ruf der Sozialarbeit als Pseudostudium entfernt. Im Vergleich zu den anderen Studiengängen an der Hochschule zählen wir inzwischen nicht zu den Schmuttelkindern, sondern gelten als ehrgeizig und niveauvoll. Die Skepsis des Praxisfelds hat sich weitgehend verflüchtigt, obwohl neue Fragezeichen auftauchen.

Eines der neuen Fragezeichen betrifft die Masterstudien, bei denen wir auch QuereinsteigerInnen aufnehmen. Wir haben ein Modell, das aus den Naturwissenschaften kommt, implementiert: Die Studierenden sind über ihr gesamtes Masterstudium in ein Forschungsprojekt eingebunden und erarbeiten dort auch ihre Masterthesen im Team. Sie lernen – mit allen schmerzlichen Begleiterscheinungen – Forschungs- und Innovationsarbeit im Team. Unsere ProfessorInnen erhalten damit die einzigartige Möglichkeit, an ihren Themen unabhängig von Drittmitteln kontinuierlich zu arbeiten. Wir verbinden Forschung und Lehre organisch, machen damit etwas, was die Universitäten zu Unrecht exklusiv für sich reklamieren, und wir machen es intensiver, als viele Master-Studiengänge an den Universitäten.

Mit den QuereinsteigerInnen, die unsere Master-Studiengänge belegen, kommt ein neuer Typus von SozialarbeiterInnen ins Praxisfeld: Personen, die zuerst Bildungswissenschaften oder Soziologie oder Psychologie studiert haben, dann einen Master Soziale Arbeit draufgesetzt haben. Ihnen fehlt immer noch einiges an den Grundlagen sozialarbeiterischer Kompetenz, wenn sie hier abschließen. Sie haben sich aber 2 Jahre intensiv mit dem sozialarbeiterischen Zugang auseinandergesetzt und behalten die Kompetenzen, die sie in

ihrem Erststudium erworben haben. Ich bin überzeugt davon, dass sie eine Bereicherung im Sozialwesen darstellen werden, ein Verbindungsglied zwischen der Sozialen Arbeit und den Nachbarberufen / Nachbardisziplinen.

Bei den komplexen Problemstellungen, die im Management des Sozialen in den heutigen Gesellschaften zu bewältigen sind, brauchen wir gut gebildete Fachkräfte, die interdisziplinär denken können, die mehrere Sprachen beherrschen. Es ist erfreulich, dass der Berufsverband sich dazu durchringen konnte, diese KollegInnen als SozialarbeiterInnen zu akzeptieren.

In Absprache mit unseren Studierenden haben wir der Eidesformel bei der Sponion ein Bekenntnis zum Berufsethos der Sozialen Arbeit hinzugefügt. Das ist ein symbolischer Ausdruck dafür, dass es nicht um die Auflösung der Grundsätze der Sozialarbeit geht, sondern um einen Schritt nach vorne – in Richtung der Etablierung der Sozialen Arbeit als Leitdisziplin des Sozialwesens. Nicht um die Bestellung eines Schrebergartens, sondern um Soziale Arbeit, um ihr Kernwissen um die Logik von organisierten Unterstützungsprozesse. Als Wissen, das auch über die Berufsgrenzen hinaus Bedeutung hat für die Gestaltung des Sozialen in unserer Gesellschaft.

Die hektische Etappe der Etablierung der Sozialen Arbeit im österreichischen Hochschulwesen sollte nun erledigt sein. Ebenso die interessanten Mühen der Curriculumsentwicklung und damit der ständigen Beschäftigung damit, was man eigentlich ist, wofür man steht, wie das zu definieren sei, was zu lernen und wie das Lernen zu organisieren sei.

Das heißt aber noch nicht, dass es keine Baustellen mehr gibt, dass wir einfach so vor uns hin leben und arbeiten könnten. Routine wurde etabliert, aber sie dominiert nicht.

Stichworte zu dem, was noch vor uns liegt an Arbeit:

#### ERSTENS Doktoratsstudien

Wir brauchen Möglichkeiten, dass hervorragende und interessierte AbsolventInnen ein Doktoratsstudium entlang von sozialarbeitswissenschaftlichen Fragestellungen belegen können. Das ist derzeit in Österreich de facto unmöglich. Die meisten DoktorandInnen landen bei der Soziologie. Dort werden ihnen ihre Forschungsfragen ausgetrieben. Worüber sie eine Dissertation schreiben dürfen, ist weitab von sozialarbeitswissenschaftlichen Themen. Einige können derzeit aufgrund einer Kooperation mit der Martin Luther Uni Halle-Wittenberg zu Sozialarbeitsfragen dissertieren. Das ist zu wenig, wir brauchen institutionalisierte Kooperationen mit österreichischen Universitätsinstituten, wo wir bei den Themenstellungen mitreden können.

Die Stellung der Sozialen Arbeit zwischen den Disziplinen Soziologie, Psychologie, Politikwissenschaft, Rechtswissenschaft, Wirtschaftswissenschaft, Pädagogik, Sozialanthropologie macht die Sache nicht leichter.

#### ZWEITENS Forschungsfinanzierung

Es ist großartig, wie es gelungen ist, trotz fehlender Finanzierung die Forschung aufzubauen. Ich glaube, wir in St.Pölten sind da vorbildlich. Wir haben die Lehre eng mit der Forschung verbunden und können so eine beachtliche Kontinuität der Forschung entlang selbstgewählter Themen garantieren. Auf Dauer wird das aber nicht so bleiben können, wird nicht genug sein.. Die Forschung an den FHs braucht eine Basisfinanzierung. Sie leidet auch unter der katastrophalen Dotierung sozialwissenschaftlicher Forschung.

Für die FHs insgesamt muss eine Lösung gefunden werden, speziell aber für die sozialwissenschaftlichen Studiengänge. Eine große Hilfe wäre, wenn die Trägerorganisationen verpflichtet wären, 1% ihres Budgets für Forschung zu reservieren.

#### DRITTENS mehr Studienplätze

Weltweit steigen die Studienplatzzahlen für Soziale Arbeit. Aila-Leena Matthies wird morgen darüber sprechen. Österreich bildet unglaublich wenig SozialarbeiterInnen aus. Die größtmäßig vergleichbare Schweiz hat zum Beispiel jährlich doppelt so viele AbsolventInnen eines Erststudiums Soziale Arbeit wie Österreich.

Das Interesse von möglichen Studierenden wäre da, eine politische Entscheidung ist überfällig. Die Branche braucht die AbsolventInnen. Das Sozialwesen wächst allen Unkenrufen zum Trotz weiterhin, ein Ende ist nicht absehbar.

#### VIERTENS Nachbarstudien

Vorerst ist Soziale Arbeit fast allein als sozialwissenschaftliches Studium auf den Fachhochschulen. Ich bin überzeugt, dass wir weitere Studiengänge brauchen, zum Beispiel ein Bachelorstudium für zivilgesellschaftliche Organisation. Denkbar sind aber auch Studiengänge mit einem Mix aus Sozialarbeit, Politikwissenschaft, Technik, Wirtschaft. Die Entwicklung unserer Gesellschaft braucht Fachleute für die Organisation des Sozialen und der Demokratie. Das mag vorerst eine bloße Vision sein. Unseren Studiengängen täte es jedenfalls auch gut, nicht mehr alleine zu sein an den FHs bei der Diskussion von Fragen gesellschaftlicher Entwicklung.

#### FÜNFTENS mehr Hochschulcharakter

Die Fachhochschulen haben viele Vorteile, wir sind gerne hier. Bedauerlich ist aber, dass die verpolitisierten Trägerschaften auch entwicklungsbehindernd sind. Wir sind in St. Pölten hier in einer privilegierten Position. Die Stadt St. Pölten enthält sich jeder politischen Einflussnahme z.B. in Postenbesetzungen, Forschungsthemen etc.. Aber im letzten Moment gelang bei der Neufassung des FHStG durch das Parlament politischen Interessensgruppen noch eine schlimme Einschränkung der Hochschulautonomie. Im Entwurf war vorgesehen, dass die Besetzung von Positionen des Lehr- und Forschungspersonals im Einvernehmen zwischen dem Kollegium, also der Selbstorganisation von Lehre und Forschung, und der Geschäftsführung zu erfolgen habe. Nun heißt es nurmehr, dass das Kollegium vorschlagsberechtigt ist, die Entscheidung kann von der Geschäftsführung allein getroffen werden. Einige weitere Schwächungen der hochschulischen Selbstverwaltung, die sich im Gegensatz zu bisher nicht mehr alleine eine Geschäftsordnung geben kann, wurden ebenfalls überfallsartig beschlossen.

Das reiht sich ein in Versuche von Hochschulleitungen, DozentInnen und ProfessorInnen in ein stärkeres Abhängigkeitsverhältnis zu bringen. Ein Instrument dafür sind weitreichende All-in-Verträge unter Ausnutzung dessen, dass für das Lehrpersonal weder das Arbeitszeitgesetz, noch ein Kollektivvertrag gilt.

Der Qualität der Fachhochschulen ist das keineswegs förderlich. Wir werden noch viele Diskussionen darüber führen müssen, welche Hochschulen wir wollen, und wie die Selbstorganisation und Freiheit von Lehre und Forschung Bedingung für die Qualität von Hochschulen ist.

#### SECHSTENS ÖGesSA

Zum Abschluss ein Desiderat, zu dessen Realisierung wir leicht selbst schreiten können. Es ist an der Zeit, dass in Österreich eine wissenschaftliche Gesellschaft der Sozialen Arbeit gegründet wird. Als Vorbilder können die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit bzw. deren Schweizer Pendant dienen. Ich werde in den nächsten Tagen eine Initiative in diese Richtung starten.

Dieser Schritt entspricht m.E. nun dem Entwicklungsstand. Wir brauchen eine Organisationsform, in der sich die Sozialarbeitswissenschaft abseits und zusätzlich zu den Hochschulstrukturen artikulieren kann.



**Masterstudiengang  
angekommen in der Hochschule**

**Sozialraumorientierte  
und klinische Soziale Arbeit  
Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit**

# Vielfalt der SozialarbeiterInnen

- 1) Fürsorgeschule Dipl.- Fsg (keine mehr im Dienst)
- 2) Lehranstalt für gehobene Sozialberufe 2a DSA
- 3) Akademie für Sozialarbeit 2a DSA
- 4) Akademie für Sozialarbeit 3a DSA
- 5) FH-Studium Mag.a. sozialwissenschaftliche Berufe
- 6) Bachelor of Arts social science BA
- 7) Master of Arts in social sciences MA
- 7a) MA mit social work background BA oder DSA
- 7b) MA mit universitär-theoretischem background
- 8) Quereingestiegene Magistr/ae/i f.soz.wiss.Berufe

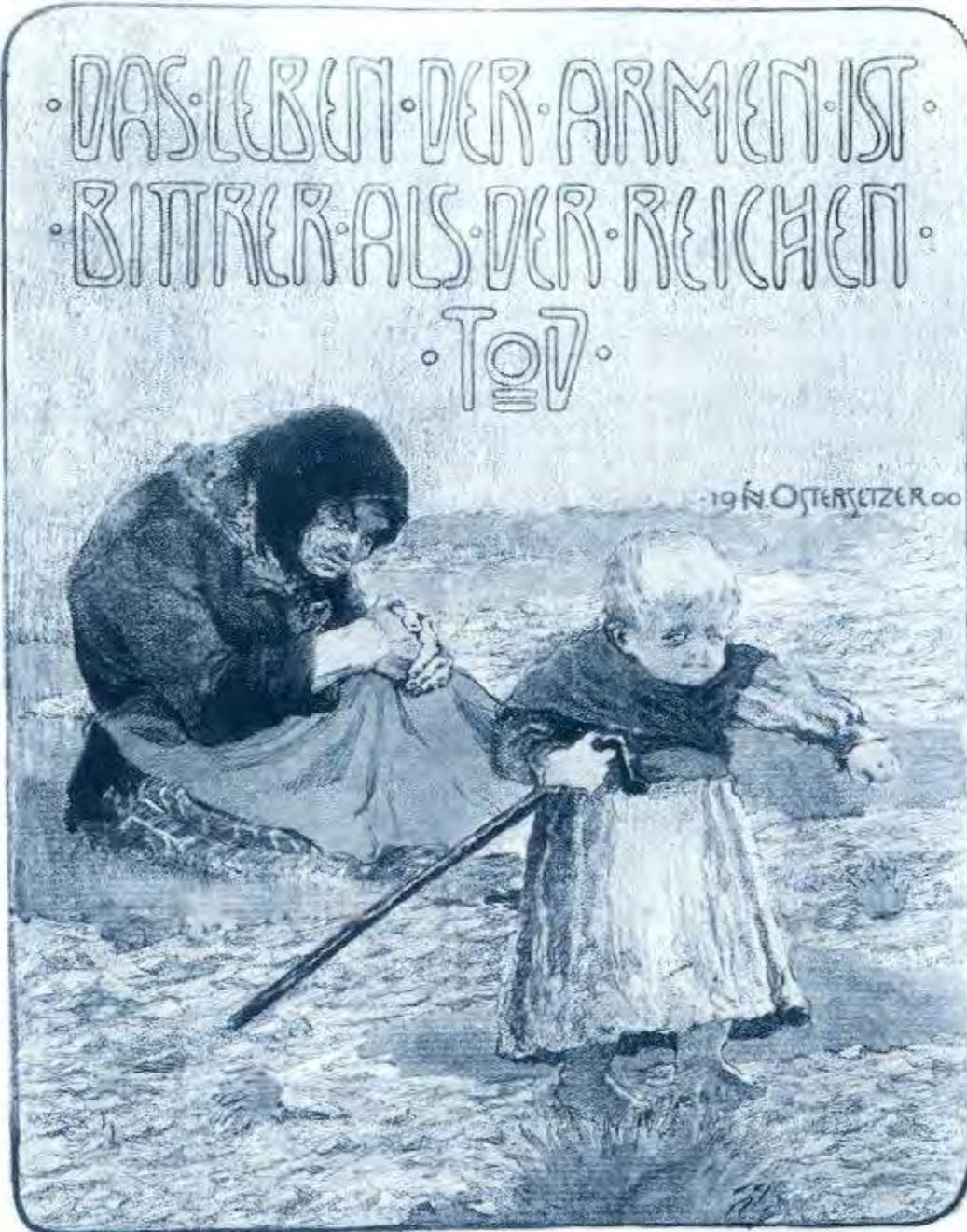
# Auf dem Weg zum Master-Studiengang

Ein-Blick zurück ins 20. Jahrhundert



• DAS LEBEN DER ARMEN IST  
• BITTER ALS DER REICHEN  
• TOV.

19 N. OSTERREICH 00



1900

**gibt es in Wien  
600 Vereine, die  
sich karitativen  
Zwecken widmen**





**1903** „Wiener Wärmestuben und Wohltätigkeitsverein“ 6 Lokale.

*Besucher erhalten je ein Stück Brot und eine Suppe. 283.000 Frauen, 494.000 Männer und 787.000 Kinder werden als Besucher gezählt*

- 1912 Fachkurse für Volkspflege (Ilse Arlt)
- 1918 Städtische Akademie für soziale Verwaltung
- 1938 Soziale Frauenschule
- 1945 Fürsorgeschule der Stadt Wien
- 1962 Lehranstalt für gehobene Sozialberufe („akademieverwandte Lehranstalt“)
- 1976 Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien (zweijährig)
- 1987 Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien (dreijährig)



**Von der Akademie für Sozialarbeit  
zum Fachhochschulstudiengang**

**Diplom/ BA/ MA**

- 1992** Fachhochschul-Curriculumsentwicklung  
(DirektorInnen / LehrerInnen / StudentInnen/  
MinisterialbeamtenInnen..) beginnt („kick off“ in Strobl)
- 1993** Fachhochschul-Studienganggesetz (BGBl.  
340/1993) **Zunächst nur technische Studien und Standorte außerhalb von  
Universitätsstädten angedacht. Wissenschafts – Praxis Konflikt – die Quadratur des  
Kreises!**
- 1993 – 2000** Diskussionsprozesse über Alternativen zur Fachhochschule:  
BMfUK arbeitet aus und empfiehlt Akademie-Studiengesetz mit garantierter  
Überführung in Bundes-Hochschulen (Parallel PÄDAK – PH)
- IASSW empfiehlt (weltweit praktizierte) Positionierung an den Universitäten.**
- 2002** Genehmigung des Antrags an den Träger CAMPUS WIEN durch den  
Fachhochschulrat – Beginn des Diplom („Magister“) Studiums. Integration  
von Sozialarbeit & Sozialpädagogik im „städtischen Raum“
- 2006** Bologna! Beginn des 3a Bachelor und der 2a Master. These: Konzession an den  
Wissenschafts-Praxiskonflikt. Bachelor: Evidenzbasierte Praxis, Master:  
Praxisbezogene Wissenschafts - und Forschungsorientierung

**FH Campus Wien**  
**Favoritenstraße 226**  
**1100 Wien**  
**Department Soziales**  
**Bachelor Soziale Arbeit**  
**Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit (Master)**  
**Sozialraumorientierte und Klinische Soziale**  
**Arbeit (Master)**  
**Diplomstudien (Mag.a FH) ausgelaufen präsent**



**fh**  **campus wien**   
verein zur förderung des fachhochschul-,  
entwicklungs- und forschungszentrums im süden wiens

Hochschul –Status- Vorbehalte (Auswahl)

Akademischer Grad distanziert von KlientInnen

Formalqualifikationen überbewertet

Häuptlinge statt Indianern

Programme statt Projekte

SozialmanagerInnen - AdministratorInnen

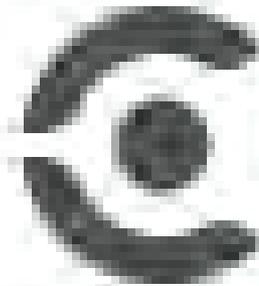
Entpolitisierte ManagerInnen

Weitgehend Widerlegt - mit Spuren der Wahrheit

# Der Master-Studiengang

Zwei Vertiefungsrichtungen:

**Sozialraumorientierte und klinische  
Soziale Arbeit**



FH  
CAMPUS  
WIEN

## 2) Kompetenzbereiche

Prinzip: Modularisierung



# Entwicklungs- und Forschungskompetenz



Angewandte Sozialarbeitsforschung /  
ASAF

Methodik quantitativer empirischer  
Sozialforschung / MQNS

Methodik qualitativer empirischer  
Sozialforschung / MQLS

European welfare policies / EUWP

Sozialarbeitswissenschaft / SOWI

Wissenschaftspraxis Diplomarbeit /  
WPD

Nur in der Vertiefungsrichtung Sozialraumorientierung

Wissenschaftspraxis sozialräumliche  
Diplomarbeit / SWPD

Sozialraum orientierte  
Sozialarbeitsforschung / SRFO

Nur in der Vertiefungsrichtung Klinische Soziale Arbeit

Wissenschaftspraxis sozialklinische  
Diplomarbeit / KWPD

Sozialklinische Forschung / SOFO

# Methodische Problemlösungskompetenz

Einführungstag / EINF

Sozialmanagement & Networking /  
SMGT

Qualitätsmanagement und angewandte  
Evaluation / QMEV



# Sozial-Ethische Kompetenz

Ethik im klinischen und sozialräumlichen  
Bezug / ETHI

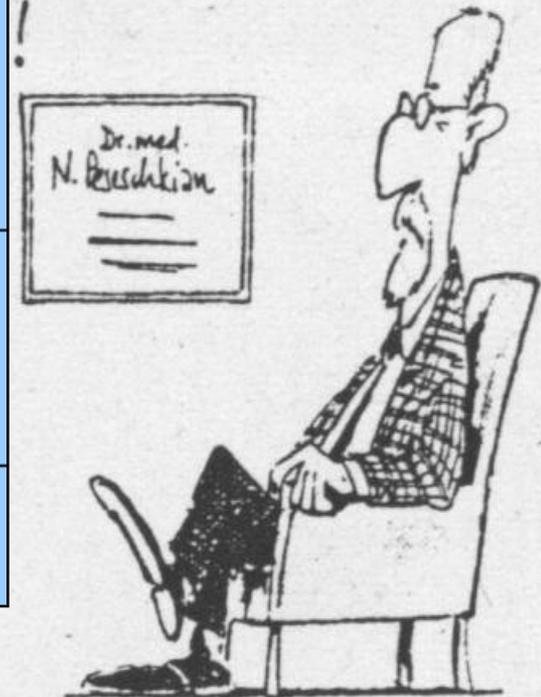
# Vertiefungsrichtung klinische Soziale Arbeit:

Klinische Kommunikation- und Vernetzungskompetenz

Systematik Klinischer Sozialarbeit /  
KSYS

Klinisch relevante Logistik und  
Institutionen des Gesundheitssystems /  
KLEG

Sozialklinische Gruppenarbeit / KGRU



# Vertiefungsrichtung klinische Soziale Arbeit:

## Sozialtherapeutische Interventionskompetenz

Sozialklinische Kasuistik / KKAS

Sozialklinische Nosologie / KNOS

Kasuistisches Qualitätsmanagement /  
KQMA

Interventionelle Sozialtherapie / KIST

# Vertiefungsrichtung klinische Soziale Arbeit:

Gesundheits- und sozialpräventive Kompetenz

Pathognomische Sozialkonsequenzen /  
KPAT

Sozialklinische Projektentwicklung /  
KPRO

# Vertiefungsrichtung Sozialraumorientierung:

Theorienbildende Professionalisierungskompetenz

Der soziale Raum / SRAU

Sozialraumorientierte

Sozialarbeitsforschung / SRFO



# Vertiefungsrichtung Sozialraumorientierung:

Netzwerk und Planungskompetenz

Sozialraumorientierte Aktionsforschung /  
SAKF

Sozialraumorientierte Projekte / SPRO

# Vertiefungsrichtung Sozialraumorientierung:

## Sozialpolitische Schnittstellenkompetenz

Lebenslage und Gesellschaft / SLUG

Wohlfahrtsstaatliche Systeme / SWOS

Sozialpolitische Feldanalyse / SPFA

Gender, Diversity und social work /  
SGED

# Wissenschaft und Forschung

F & E – Anspruch und Wirklichkeit  
PraktikerInnen und /oder ForscherInnen ?

Berechnung statt Beziehung

Beschreiben statt Handeln

Publish or Perish

Forschungsinstitute oder Studienintegrierte Forschung

# Studiengänge des Campus

- Der Studiengang wird getragen von der Fachhochschule CAMPUS Wien, GF: Ing. Behensky, MEd
- Mag.a.(FH) Paschek, MBA
- Department Soziales
- FH-Prof. Dr. Wilfing, DSA



## Soziales

### Bachelor

- > Soziale Arbeit:  
(Vollzeit und berufsbegleitend)

### Master

- > Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit  
(berufsbegleitend)
- > Soziale Arbeit und Sozialwirtschaft  
(ab 2008/09, berufsbegleitend)

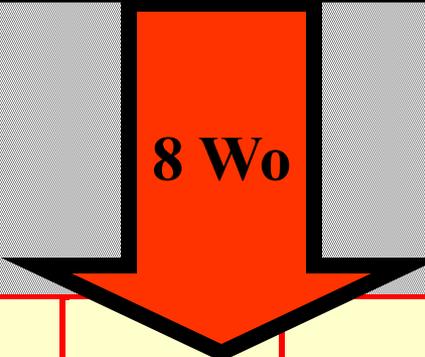
### Diplomstudiengänge

- > Sozialarbeit  
(Vollzeit)
- > Sozialarbeit - Studium für Berufstätige  
(berufsbegleitend)
- > Sozialarbeit (im städtischen Raum)  
(Vollzeit)

# Zur Studienplanmatrix

- 4 Semester
- 1184 Ausbildungsstunden  
ca. 18 Semesterwochenstunden
- 120 ECTS-Credits
- LV-Typen: VO/SE/UE
- Wahlpflichtfächer
- E-learning (Blended learning)
- Geblockter Unterricht

# Struktur des Stundenplans

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
9.00-10.30						
10.45-12.15						
12.30-14.00						
15.00-16.30						
16.45-18.15						
18.30-20.00						

# Und dann? Ab ins befreundete Ausland ...(life long learning)

- ERASMUS
  - Auslandsaufenthalt  
ab dem 2. Semester möglich
  - Zuständig:
  - International Office
- 
- Infos und Formulare auf HP des Campus



Deutschland schafft das  
Fach ab!

University of applied Sciences

Rückübersetzen

Hochschulen genügen

# **FH-Prof. Dr. Heinz Wilfing, DSA**



- Studiengangsleiter

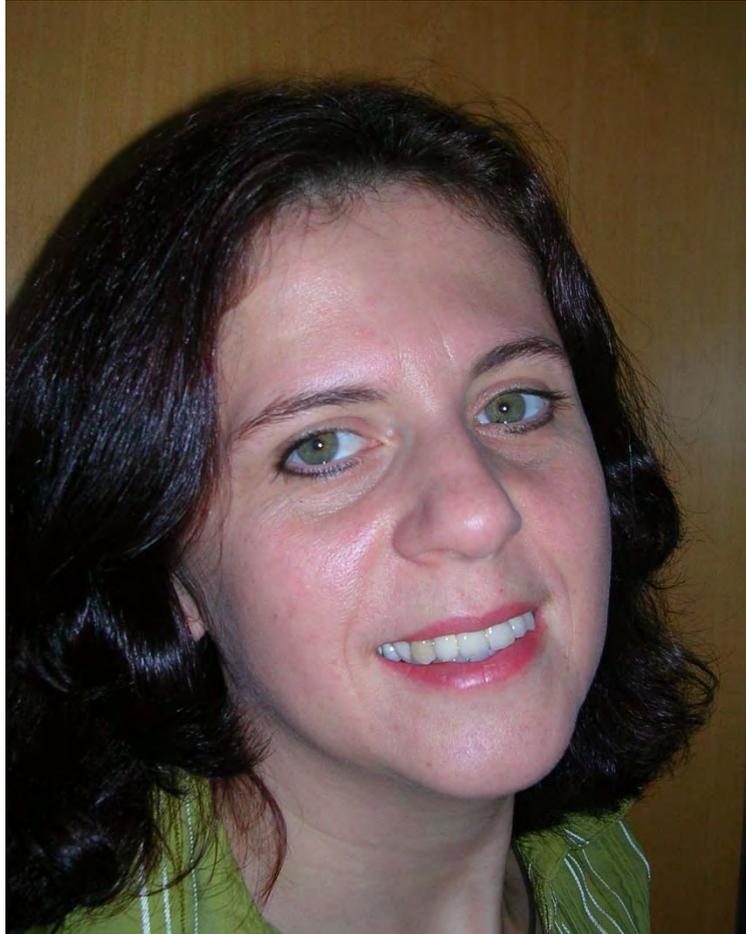
# **FH-Prof.Mag. Judith Haberhauer-Stidl, DSA**



# DSA Eveline Dostal



**FH-Prof. Mag. Dr. Elisabeth  
Raab-Steiner, DSA**



# **FH-Prof. Dr. Heinz Karlusch**



# **Mag. (FH) Roland Fürst, DSA**



# **FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Vorlaufer**



Danke, das wars





**Mental Health Innovation  
in a Cold Climate**

29<sup>th</sup> September 2011

Prof. Shula Ramon

[s.ramon@herts.ac.uk](mailto:s.ramon@herts.ac.uk)

# Living in challenging times

- **On the one hand:**
- Austerity
- Economic and political uncertainty
- Resurgence of neo liberalism
- Against the cuts in welfare benefits, described as a cut of up to 33% from the current level
- The negative impact on people with disability, and the negative social message.

# Specific impact on people with mental ill health

- unsuitability of the new ability tests to measure the ability to work of people with mental ill health
- Research on debt and mental health (Fitch et.al,2009) ([www.rchpsychi.ac.uk/debt](http://www.rchpsychi.ac.uk/debt)) (Mind, 2008)
- 50% of all adults in debt have mental health problems
- A high percentage of people with mental health problems live below the poverty line (on £100 per week or less);
- More men than women
- Talking to creditors: see debt collection from people with mental health difficulties as the most problematic aspect of their work.
- However, they do not wish to engage in a dialogue with them, inform them of their rights within the Data Information Protection law, and in fact are breaking the law by not asking for consent in disclosing information about mental illness.
- Specific impact on mental health providers

# On the other hand :

- Greater involvement by service users in:
- Service planning and auditing
- Service provision;
- Co-researchers, researchers;
- Trainers;
- Focus on recovery;
- Focus on employment: double edge
- Need to innovate;
- Need for participatory innovation

- In the following, I would like to look with you at two major innovations in the UK, which are reflecting these developments:
- **Peer support workers** (Basset et al, 2010)
- **Recovery Innovations Inc** (Ashcraft and Anthony, 2005, [www.recoveryinnovations.org](http://www.recoveryinnovations.org))
- The aims and functions of peer support workers in recovery innovations Inc
- The outcomes to date (Davidson et al, 2006);
- The Cambridge experience of training to become peer support workers;
- The early experiences of working as peer support workers in Cambridge

- **What is unique to the contribution of PSW?**
- **Shery Mead's example:**
- **Helpee; My depression is really acting up lately and my doctor says I need to increase my medication but I don't really want to.**
- **Helper: What does it mean for you when you say that your depression is acting up?**
- **Helpee: Well, I'm sleeping more and don't really feel like eating.**
- **Helper: Boy I can remember a time when it seemed like every time I didn't feel too great**
- **I would interpret it as depression. I saw it as an illness that I had which meant, at best, that I could only learn to cope with it.. I had learned to think about many of my experiences and feelings through the lens of illness and I started getting kind of afraid of my own reactions. I've had to work at thinking differently so now when I have some of those reactions I simply wonder if it's just my body's way of saying I'm exhausted or frustrated.**

- **Helpee: But the last time I felt like this I ended up in the hospital.**
- **Helper: Was that helpful?**
- **Helpee: Well they changed my medications around and gave me shock treatments...at least I wasn't so depressed anymore.**
- **Helper: I wonder if there are other ways you could think about what you might need when you're feeling tired a lot and not wanting to eat...**
- **Helpee: Like what?**
- **Helper: Well sometimes when I'm doing something new or uncomfortable I don't feel very confident. In the past being uncomfortable led to going to bed and not wanting to eat. Then I'd just call the Doctor and they'd adjust my medication. Now I try to simply let it be ok to be uncomfortable. Instead of going to bed I go to the gym, or I ask myself how others might react if they were feeling uncomfortable about doing something new.**

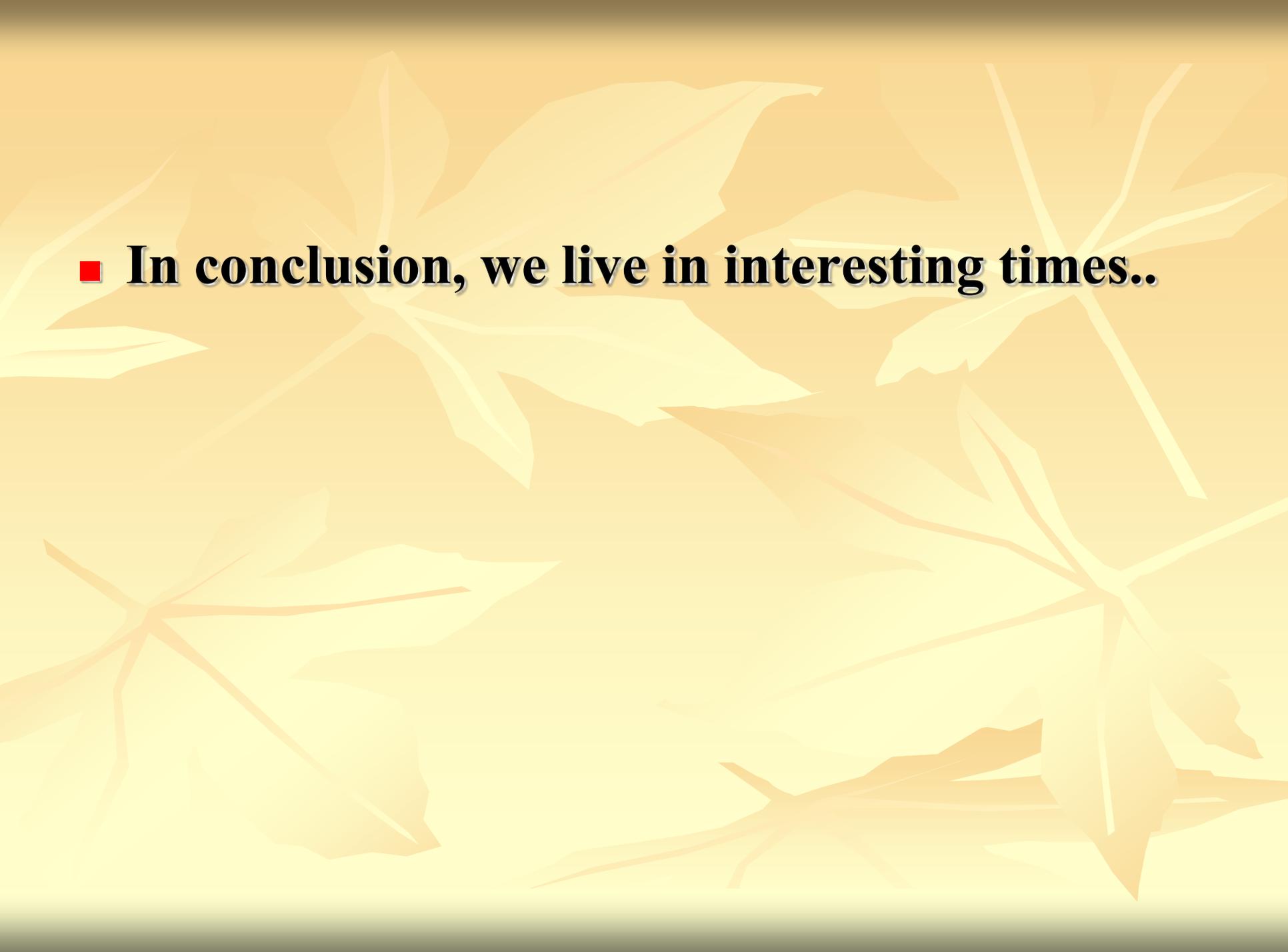
- **The significance of the Sainsbury Centre message of wanting to have peer support**
- **workers as 50% of the workforce in mental health in the UK (SCMH 2009)**
- **The implications for professional mental health providers**
- **The policy implications**

- **Shared Decision Making in Psychiatric Medication Management**
- **Why single out medication as an issue in shared decision making?**
- **Many people are asked to take medication for life;**
- **The known side effects; their implications for wellbeing**
- **The need to individualise in matching medication to the person: trial and error**
- **The UK evidence: 50% do not take the medication prescribed to them and do not inform the prescriber of this fact.;**
- **More attempts to reach SDM in primary care (Edwards and Elwyn, 2004), and more in relation to physical illness;**
- **Even though mental health service users express the wish for SDM (Read, 2009)**
- **Research evidence highlights that psychiatrists do not listen or respond when patients raise the issue of medication, but shift to another topic (Seale et al, 2007)**

- **While many service users find medication helpful, there are many who find that the side effects are difficult to live with, and that their prescribers do not engage in discussion of how to come off medication.**
- **The effect of coming off without proper medical advice and supervision can be horrendous (Read, 2009).**
- **But there are also good examples of coming off (Jooston and Jobe, 2008).**
- **We have evidence from a six European countries of the positive impact of SDM in managing clinical appointments on outcomes in mental health (Priebe et al, 2007)**
- **Shared decision making is therefore proposed as a way of building trust, of mutual learning from different sources of experience (“medical” vs. “experiential”), and of reaching decisions that will be respected by both sides.**
- **Support for shared decision making from the Ministry of Health (DH, 2008 ) and NICE (2009).**

- **There are relatively few existing schemes that attempt to foster shared decision making.**
- **The major scheme was initiated by Patricia Deegan, a clinical psychologist who is also a service user with the diagnosis of Schizophrenia (Deegan 2005, 2006) ,in the US.**
- **She has developed several forms that enable service users to state in advance their concerns about medication, to communicate online with their prescribers, and to have post meetings communication as to action plans. Both groups have been trained to understand the value of the process, to use the forms, and to assess the usefulness of this process.**
- **In addition, Deegan developed the concept of Personal Medicine**

- **A major scheme following that of Deegan has been developed by Adams and Drake (2007), a collaboration between a large non-for-profit organisation and academic researchers**
- **A third scheme, focusing on service users being trained as personal medicine coaches, has been developed in Sealand, Denmark (Pederson et al, 2010).**
- **A fourth project has just began in Cambridge, in which we have been funded by the NHS to develop a training programme for both service users and professionals on shared decision making, and to evaluate its effectiveness and cost effectiveness.**
- **This project has considerable support within the mental health trust in which it is taking place from its top management and the chief pharmacist**
- **However the support of professionals, especially psychiatrists, is less assured.**



■ **In conclusion, we live in interesting times..**

# References

- **Adams, J, Drake, R, Wolford, G (2007) Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. Psych. Services, 58: 1219-21**
- **Ashcraft, L., Anthony, W.A. (2005) A Story of Transformation: An agency fully embraces Recovery. Behavioural Health care Tomorrow, 14, 2,12-21.**
- **Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., Stamou, E. (2010) Lived Experience Leading The Way: Peer Support in Mental Health. London: Together for mental wellbeing; The University of Nottingham, and NSUN (national survivor user network, UK).**
- **Cooper C, Bebbington P, et al (2007) Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. Acta Psych. Scand., 116: 47-53**
- **Davidson, L. et al (2006) Peer sSupport Among Individuals with Severe Mental Illness: A review of the evidence. Clinical Psychology: Science and Practice, 6,2, 165-197.**
- **Day J, Bentall R, Roberts C et al (2005) Attitudes towards antipsychotic medication: The impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch. Gen. Psychiatry, 62: 717-724**
- **Deegan P & Drake R (2006) Shared decision making and medication management in the recovery process. Psych. Services 57:1636–1639**
- **Deegan P, Rapp C, Holter M, Riefer M (2008) A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. Psych. Services, 59: 603-605**
- **Dept. of Health (2008) Medicines Management: Everybody's Business. DH: London**
- **Edwards A & Elwyn G (2009) Shared decision-making in healthcare: Achieving evidence-based patient choice. (2nd ed). OUP: Oxford**
- **Fitch, C. et al (2009) Debt and Mental Health: an overview of selected evidence, key challenges and available tools. Mental Health Today, September.**

# References 2

- Hamann J, Cohen R, Leucht S, et al (2005) Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Amer. J. Psychiatry*, 162: 2382-4
- Harrow M & Jobe T (2007) Factors involved in outcome and recovery in Schizophrenia patients not on antipsychotic medications: A 15-year multifollow-up study. *J. Nerv. & Ment. Disease* 195: 406-414
- Joosten E, DeFuentes-Merillas L, et al (2008) Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77: 219-226
- Marsh, S. (2011) Marching for our lives. *The Guardian*, May 11, p.29.
- Mind (2008) *In the Red: Debt and Mental Health*. London: Mind Publications
- NICE (2009) *Medicine adherence: Involving patients in decision about prescribed medication and supporting adherence*. London: NICE
- Pederson M, Jansdorf R, Anseler N (2009) *From Compliance to Concordance*. Presentation at the Pavilion conference on the Mental Health Workforce, Sept 10th, Middlesex Univ., London
- Priebe S, McCabe, R et al (2007) Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Brit. J. Psych.*, 191: 420-6
- Read, J (2009) *Psychiatric Drugs: Key Issues and Service Users Perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- [www.recoveryinnovations.org](http://www.recoveryinnovations.org)
- Sainsbury Centre for Mental Health (2009) *Implementing Recovery – a new Framework for Organisational Change: Position Paper*. London: Sainsbury centre for Mental Health
- Schauer C, Everett A, del Vecchio P, Anderson L (2007) Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. *Psych. Rehab. Journal*, 31: 54-61
- Seale C, Chaplin R, Lelloitt P, Quirk, A (2007) Antipsychotic medication, sedation and mental clouding: an observational study of psychiatric consultations. *Soc. Sci. & Med.*, 65: 698-711

# Recovery is currently mental health policy in important english-speaking countries (e.g. USA, CAN, UK, AUS)

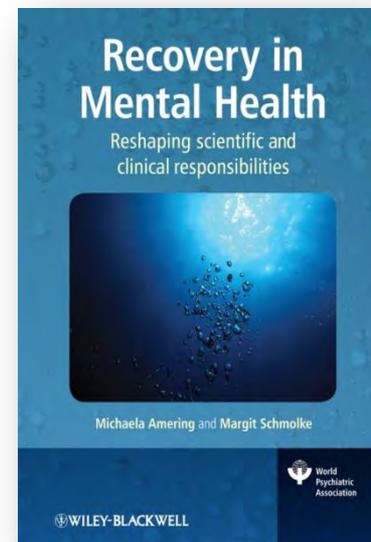
**US Commission on Mental Health 2003 requests that:**

*,... everyone ... at any stage of life has access to effective treatment and supports – essentials for living, working, learning, and participating fully in the community ‘:*

***Overcoming:***

- 1. Stigma that surrounds mental illnesses,**
- 2. Unfairness in health insurance, and**
- 3. Fragmented mental health service delivery system**

*Amering & Schmolke, 2009*



# Empowerment und Recovery

➤ **Recovery durch Empowerment**

➤ **Empowerment durch Recovery**

# WHO: Partnership Project on Empowerment in Mental Health

People with mental health problems and their families have **not been involved** as equal partners in decision-making processes on mental health services, and they continue to be at risk of social exclusion and discrimination in all facets of life.

In a mental health context, empowerment refers to the level of choice, influence and control that users of mental health services can exercise over events in their lives, and the key to empowerment is the removal of formal or informal barriers and the transformation of power relations between individuals, communities, services and governments.

Despite all achievements that have been made over the past decade, there is **still a strong need for empowerment** of people with mental health problems and their families.

# **WHO: Partnership Project on Empowerment in Mental Health**

**The World Health Organization Regional Office for Europe and the European Commission started a three years lasting “Partnership Project on Empowerment in Mental Health” in 2008 which aims to support Member States in the European Region in creating societies in which people with mental health problems are enabled to develop and express their full potential as equal citizens.**

**The WHO Statement on Empowerment in Mental Health has been published, about**

- 100 examples of empowerment practice across Europe have been collected, and**
- indicators for empowerment applicable at national level have been identified.**

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

- *Protection of Human Rights*
- *Inclusion in decision-making*
- *High-quality care and accountability of services*
- *Access to information and resources*

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

## *Protection of Human Rights*

1. People using mental health services\* have the right to vote.
2. People using mental health services\* have the right to hold public office.
3. The country has employment legislation that forbids discrimination in employment on the basis of diagnosis or history of mental illness.
4. **The country has employment legislation to cover the needs of family carers.**

\* People who either in the past have used or are presently using mental health services.

# **WHO-EC partnership project: Empowerment indicators**

## ***Inclusion in decision-making***

- 5. Mental health service users and their families are involved in the development of mental health policy and legislation.**
- 6. Mental health service users and their families have authority in the process of designing, planning and implementing mental health services.**

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

## *High-quality care and accountability of services*

7. People with mental health problems and their families have access to appropriate mental health services.
8. **People with mental health problems have access to general health services like other citizens.**
9. People with mental health problems have the opportunity to be actively involved in the planning and review of their own care.
10. Families of people with mental health problems have the opportunity to be actively involved in the planning and review of care.
11. Mental health service users and their families are involved in inspection and monitoring of mental health services.
12. **People with mental health problems and their families are involved in education and training of staff working in mental health services.**

# WHO-EC Empowerment indicators

## *Access to information and resources*

13. **Mental health service users have a right to access their medical records.**
14. **People subjected to formal interventions due to their mental health problems have access to affordable legal support.**
15. **People with a disability caused by a mental health problem and their families have equitable access to state benefits.**
16. **Public funds are available for national user and family organizations.**
17. **Accessible and appropriate information and education about services and treatment is available for people with mental health problems.**
18. **Adequate information and education is available for families of people with mental health problems to support them in their role as family carers.**
19. **The welfare benefit system compensates for the financial implications of being a family carer.**

# WHO: Partnership Project on Empowerment in Mental Health

People with mental health problems and their families have **not been involved** as equal partners in decision-making processes on mental health services, and they continue to be at risk of social exclusion and discrimination in all facets of life.

In a mental health context, empowerment refers to the level of choice, influence and control that users of mental health services can exercise over events in their lives, and the key to empowerment is the removal of formal or informal barriers and the transformation of power relations between individuals, communities, services and governments.

Despite all achievements that have been made over the past decade, there is **still a strong need for empowerment** of people with mental health problems and their families.

# **WHO: Partnership Project on Empowerment in Mental Health**

**The World Health Organization Regional Office for Europe and the European Commission started a three years lasting “Partnership Project on Empowerment in Mental Health” in 2008 which aims to support Member States in the European Region in creating societies in which people with mental health problems are enabled to develop and express their full potential as equal citizens.**

**The WHO Statement on Empowerment in Mental Health has been published, about**

- 100 examples of empowerment practice across Europe have been collected, and**
- indicators for empowerment applicable at national level have been identified.**

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

- *Protection of Human Rights*
- *Inclusion in decision-making*
- *High-quality care and accountability of services*
- *Access to information and resources*

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

## *Protection of Human Rights*

1. People using mental health services\* have the right to vote.
2. People using mental health services\* have the right to hold public office.
3. The country has employment legislation that forbids discrimination in employment on the basis of diagnosis or history of mental illness.
4. **The country has employment legislation to cover the needs of family carers.**

\* People who either in the past have used or are presently using mental health services.

# **WHO-EC partnership project: Empowerment indicators**

## *Inclusion in decision-making*

- 5. Mental health service users and their families are involved in the development of mental health policy and legislation.**
- 6. Mental health service users and their families have authority in the process of designing, planning and implementing mental health services.**

# WHO-EC partnership project: Empowerment indicators

## *High-quality care and accountability of services*

7. People with mental health problems and their families have access to appropriate mental health services.
8. **People with mental health problems have access to general health services like other citizens.**
9. People with mental health problems have the opportunity to be actively involved in the planning and review of their own care.
10. Families of people with mental health problems have the opportunity to be actively involved in the planning and review of care.
11. Mental health service users and their families are involved in inspection and monitoring of mental health services.
12. **People with mental health problems and their families are involved in education and training of staff working in mental health services.**

# WHO-EC Empowerment indicators

## *Access to information and resources*

- 13. Mental health service users have a right to access their medical records.**
- 14. People subjected to formal interventions due to their mental health problems have access to affordable legal support.**
- 15. People with a disability caused by a mental health problem and their families have equitable access to state benefits.**
- 16. Public funds are available for national user and family organizations.**
- 17. Accessible and appropriate information and education about services and treatment is available for people with mental health problems.**
- 18. Adequate information and education is available for families of people with mental health problems to support them in their role as family carers.**
- 19. The welfare benefit system compensates for the financial implications of being a family carer.**

# **Mental Health Action Plan for Europe**

## **WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki 2005**

- i. foster awareness of the importance of mental well-being;**
- iii. design and implement comprehensive, integrated and efficient mental health systems that cover promotion, prevention, treatment and rehabilitation, care and recovery;**
- iv. address the need for a competent workforce, effective in all these areas;**

# **Mental Health Action Plan for Europe**

## **WHO European Ministerial Conference on Mental Health**

### **Helsinki 2005**

- ii. collectively tackle stigma, discrimination and inequality, and empower and support people with mental health problems and their families to be actively engaged in this process;**
  
- v. recognize the experience and knowledge of service users and carers as an important basis for planning and developing services.**

# Weltpsychiatrieverband WPA Arbeitsgruppe für Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen



**Partnerships for  
better mental health worldwide:  
WPA recommendations on best practices in  
working with service users and family  
carers**

- **accepted for publication in World Psychiatry**

*Jan Wallcraft, Michaela Amering, Julian Freidin, Bhargavi Davar, Diane Froggatt, Hussain Jafri, Afzal Javed, Sylvester Katontoka, Shoba Raja, Solomon Rataemane, Sigrid Steffen, Sam Tyano, Christopher Underhill, Henrik Wahlberg, Richard Warner, Helen Herrman*

# Membership of the task force

The taskforce has

- three members with a background as **service user** (Bhargavi Davar, India; Sylvester Katontoka, Zambia; and Jan Wallcraft, UK),
- three with a background as **family carer** (Diane Froggatt, Canada; Hussain Jafri, Pakistan; and Sigrid Steffen, Austria) and
- six **psychiatrists** associated with the WPA (Michaela Amering, Austria – Co-chair; Julian Freidin, Australia; Helen Herrman, Australia - Chair; Solomon Rataemane, South Africa; Henrik Wahlberg, Sweden; and Richard Warner, USA).

# Membership of the task force

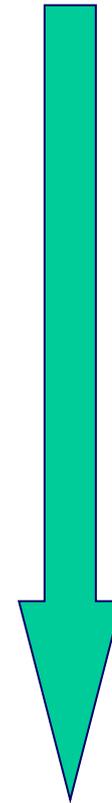
- The members were appointed as individuals, although several also hold leadership positions in relevant organizations.
- Chris Underhill, founder and director of **BasicNeeds** and Shoba Raja, Director of Policy and Practice for BasicNeeds, are special advisers, as are two members of the **WPA Committee on Ethics**, its Chair Sam Tyano and Afzal Javed.
- The World Health Organization (**WHO**) Department of Mental Health and Substance Abuse is helping by offering its experience and advice.

- **WPA President Mario Maj established the Task Force on Best Practice in Working with Service Users and Carers in 2008, chaired by Helen Herrman (co-chair Michaela Amering).**
- **The WPA has cooperated previously on several levels with service user and carer organisations with encouraging results, and recognises the need to work jointly in a range of activities including advocacy, research, care and social inclusion, and self-help projects.**
- **The Taskforce had the remit to create recommendations for the international mental health community on how to develop successful partnership working.**

*Wallcraft et al, in press*

**Partnerships for  
better mental health worldwide:  
WPA recommendations on best practices in working with  
service users and family carers**

- **Literature review**
- **Online survey**
- **10 Recommendations**
- **additional (16th) paragraph for the  
WPA's Declaration of Madrid,  
its fundamental ethical guidelines  
for psychiatric practice.**



# **Good practice that supports partnership**

- **Involvement from the outset in new ventures and in changing existing services**
- **Awareness of cultural issues that relate to different groups within the population**
- **Addressing stigma and discrimination among public and staff**
- **Clarity and honesty about what is possible, what is expected, what is not possible**

# **Good practice that supports partnership**

- **Ensure that involvement is not tainted with coercion, control or manipulation**
- **Ensure there is a genuine willingness to instigate change**
- **A range of involvement methods and opportunities to suit needs and abilities**
- **Accessibility issues addressed (practical and financial)**

• *Wallcraft et al, in press*

# **Good practice that supports partnership**

- **Giving more control of involvement budgets to service user/carer groups**
- **Support and supervision available and regular for persons involved**
- **Support and finance to enable representativeness and accountability to wider groups**
- **Capacity building for service users/families/public**

*Wallcraft et al, in press*

# **Good practice that supports partnership**

- **Staff training in involvement good practice**
- **Involvement championed and supported from the highest levels downward**
- **Support for staff to do involvement work**
- **Clear involvement policies that are „owned“ and understood by all stakeholders**

*Wallcraft et al, in press*

# **Good practice that supports partnership**

- **Monitoring and evaluation of involvement and dissemination of results**
- **Involvement being valued and being seen to be valued by service providers and planners**

*Wallcraft et al, in press*

# Recommendations for the international mental health community on best practices in working with service users and carers

- Based on the understanding that **recovery** from mental illness includes attention to **social and economic inclusion** as well as
- adequate **access** to a **balanced** system of hospital and community mental health care,
- the World Psychiatric Association (WPA) **recommends to the international mental health community** the following approach for collaborative work between mental health practitioners\*\*, service users\*\* and family/carers\*\*.

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **Respecting human rights is the basis of successful partnerships for mental health.**
- **Legislation, policy and clinical practice relevant to the lives and care of people with mental disorders need to be developed in collaboration between mental health practitioners, service users, and carers.**

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **The international mental health community should promote and support the development of service users’ organizations and carers’ organizations.**
- **Improving mental health is essential for economic and social development. This requires participation of all sectors of the community.**

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **International and local professional organizations, including WPA through its programs and member societies, are expected to seek meaningful involvement of service users and carers in their own activities where appropriate.**
- **The best mental health care of any person in acute or rehabilitation situations is done in collaboration between mental health practitioners, service users, and carers. Working in this way generally benefits from special skills and training.**

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **Education, research and quality improvement in mental health care requires collaboration between mental health practitioners, service users and carers.**
- **The recovery process in mental health includes economic and social inclusion, as well as medical care. Examples of economic and social inclusion are access to: education and training, housing, employment, advocacy and family support.**

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **WPA member societies and other professional groups should collaborate with service users’ organisations, carers’ organizations and other community organizations to lobby governments for political will and action for better mental health services, community education and fighting stigma and discrimination.**

*Wallcraft et al, in press*

# **WPA recommends that:**

- **Enhancing user and carer empowerment should be sought through a range of different approaches and ideas,  
for example: the development of self-help groups; participation in service planning and management boards; employment of people with mental health disabilities as service providers and inclusive local anti-stigma-anti discrimination programs.**

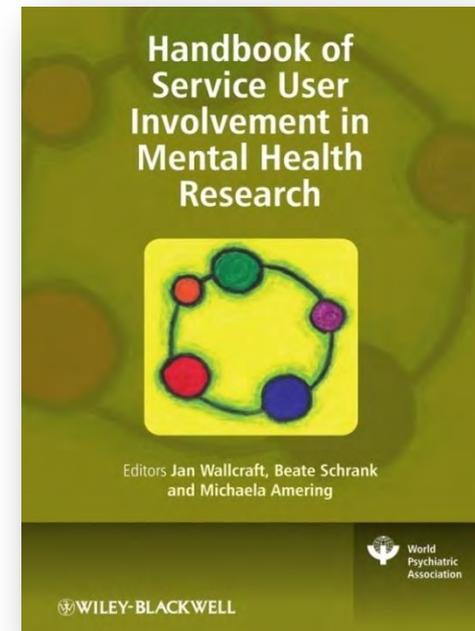
*Wallcraft et al, in press*

# Weltpsychiatrieverband WPA Arbeitsgruppe für Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen



# Recovery and *Evidence-based policy (EBP)*

- ,Who decides what evidence is?  
Developing a multiple perspectives paradigm in mental health,,*Rose D, Thornicroft G, Slade M (2006)*
- European Actionplan 2005
- WHO-EC Partnership Project on Empowerment in MH
- WPA - Best Practices in Working with Service Users and Carers – first *trialogic Task Force*
- Trialog – Together we are stronger!  
*(Amering, 2010)*
- Service User Involvement in Mental Health Research  
*(Wallcraft, Schrank Amering, Eds, 2009)*



# Human Rights

- **Self-determination as a health resource  
(WHO Ottawa Charter, 1986)**
- **Dignity of risk (Recovery; Pat Deegan, 1996)**
- **UN Disability Rights Convention (2008)**



# Effectiveness and cost-effectiveness

**Health Economy**



**Evidence-based Medicine**



**Human Rights**



DEINSTITUTIONALIZATION  
ENTINSTITUTIONALISERUNG  
*als eine / as a*  
RESSOURCE

**29–30 September 2011**

**Philippe Pinel** wird als derjenige beschrieben, der die Ketten von den Wahnsinnigen zerbrach

**Philippe Pinel** is described as the man who cast off the shackles of the insane.

**In der Realität** heute, zwölfhundert Jahre später, zeigt es sich Allen klar, dass er eine **neue Art von Aussonderung**, und **sozialer Abtrennung der Andersartigen**, gegründet hat

**In the reality** today, two hundred years later, it appears to everybody clear that he actually founded **a new form of segregation** and **of social exclusion** of the diverse

Die erste Gesetzgebung über den Irrenanstalten in der Welt war die **französische im Jahre 1838**. In **Italien landete sie erst 1904**

The first law on lunatic Asylums in the world was the **french law in 1838**. **In italy in landed in 1904**

Die **Katastrophe der zwei Weltkriege**, mit den zwanzig Jahren Faschismus enggebunden, haben dazu gebracht, dass 50 Jahre später, **in den '60 Jahren**, die italienische **Psychiatrie** noch zur Lage des Anfangs des **Jahrhunderts festgeblieben war**. Mit dem Unterschied, im negativen Sinne, dass die Lage **sich inzwischen verschlechtert hatte**.

The **catastrophe of the two World Wars** and **twenty years of Fascism** caused Italian psychiatry to change very little, and fifty years later, **in the 60s**, it was still **in the same condition** as at the beginning of the century. Except that, in the meantime, **the situation had actually worsened**

Verwaltungs- und bürokratische Mechanismen, **Personale mit mangelnden Ausbildung**, baufällige Irrenhäuser... In diesem Rahmen erschien in jenen Jahren eine **Reform** des Systems **absolut unabdingbar**.

Bureaucratic and administrative mechanisms had developed into gangrenous structures, **staff** was absolutely **lacking in competence** and **facilities were in an appalling state**... In this situation a **reform** of the system appeared to be **absolutely essential**, in those years

Die **Entinstitutionalisierung** fing in Italien von einer symbolischen sowie prägnanten Geste an: **die Urgeste des Nichtfesseln.**

**In Italy, deinstitutionalisation** began with a simple gesture, laden with meaning: **the act of not restraining**

**Es gibt Situationen in der Geschichte**, in denen es notwendig ist, dass es Menschen gibt, die **ihre eigene Macht zur Verfügung stellen**, damit eine blinde Macht einem demokratischeren und humaneren System den Vortritt lassen.

**There are situations in history** in which, in order for a blind and nonsensical power to give way to a more democratically and humanely organised system, **there have to be certain people who give their power up from within**

**Franco Basaglia** war einer von diesen Menschen, der einfach behauptete, dass **“Der Koenig nackt ist!”**, indem er die sogenannten psychiatrischen Krankenhaeuser erwaehte. D.h. **“Diese Krankenhaeuser heilen nicht”**.

**Franco Basaglia** was simply one of those men. One day, referring to the what were hypocritically called psychiatric “hospitals”, simply said: **“The king is naked!”**. This was referring to the fact that those hospitals **did not cure**.

Wann 1961 in Goerz **es ihm gefragt wurde, seine Unterschrift beim Buch der Fixierungen zu legen, er einfach weigerte sich**, indem er dagegen vorschlug, ueber Was stattdessen zu tun. Es fing die Aera **der Dialektick anstelle der Tyrannei**.

When in the year 1961 in Gorizia **he was asked to sign the restraint register, he simply refused**, candidly saying that he didn't know what to do instead, but **proposing that the subject should be open to discussion**. Thus an epoch of dialectic, rather than tyranny, began towards mental patients

## **No restraint und die Sprache des Anderen**

Die transkulturelle psychiatrie klärt uns heute, dass, was wir als Unvernunft bezeichneten, in der Tat nichts

Anderes, als eine **“andere” Vernunft** ist

## **No restraint and the language of others**

Transcultural psychiatry can explain to us that what we once believed to be unreason is actually a

**“different” form of Reason**

Oder, besser **andere Vernunft, merzähl**,  
indem es verschiedene Vernunft gibt, so  
viele, wie die **Individuen sind, die davon  
traeger sind.**

Or rather, **other Reasons, in the plural  
form**, in that in the end, there are so many  
Reasons **as there are individuals who are  
bearers of them**

**Vorbeugung** in unserem Bereich heisst vor Allem, den **groessten Schaden: die Einweisung ins Krankenhaus – Institutionalisation**, zu vermeiden

In our sector, **prevention** principally means **avoiding** the **most serious cause of damage**, which is **hospitalisation – institutionalisation**

Zwei sind es davon die grundsätzlichen  
Voraussetzungen:

Two are the basic premises of this:

1) der **Verzicht** zur historischen Berufung zur  
**Kontrolle** vonseiten der Psychiatrie.

1) to **renounce** its historical aspiration to  
**control**

2) Die graduelle, wenn auch immer radikale, Umstellung der humanen und materiellen Ressourcen, bis wann sie total sein wird, die in den totalen Institutionen schon verpflichtet waren. **Das ganze Personal wird auf das Territorium ausgehen, und wird sich von "Waechter" zu "carer- Betreuer" umwandeln.**

2) The human and material resources employed by total institutions must be reconverted gradually but radically, and eventually completely. **All staff will go out into the community, no longer be a prison guard but a carer.**

In unserem Land wurde die  
**Rehabilitation** gerade von der  
**Entinstitutionalisierung** geboren.

In our Country **Rehabilitation** was born  
right from **deinstitutionalisation**

Das Konzept von **Rehabilitation** ist mit dem der **Emanzipation** eng verbunden

Therefore, **rehabilitation** is closely linked to **emancipation**

**Zu kurieren** bedeutet letztendlich **zu veraendern**. Es handelt sich darum, **einen Sinn zur Krise zu geben**, ohne sie einfach zu einer negativen, herabwuerdigend, im besten Falle medikalisierten Klaerung zu entwerten. Ein Ereignis, das einfach **von der person zu entfernen sei**.

In the end, **to cure** is **to change**. We have to **give a sense to crisis**. We have not to simply interpret it in a negative, reductive, at most medicalised way. Crisis is often seen as something which must simply be shunned, **removed from one's life**

**Befreien, indem man sich befreit.**

**Empowerment.**

**Die Befreiung meines Patienten ist meine  
eigene Befreiung**

**To free by freeing oneself.**

**Empowerment.**

**The liberation of my patient is my  
liberation**

## **Budgetarische Gesichtspunkte**

In den '80 Jahren durchquerte eine transeuropäische Debatte die Entinstitutionalisierung. Irgendwelche englischen Bürger kamen nach Italien, um das Phänomen der Schließung der großen psychiatrischen Krankenhäuser und der darauffolgenden Entinstitutionalisierung der Psychiatrie zu verstehen zu versuchen.

## **Budgetary aspects**

In the 80s there was a widespread debate throughout Europe concerning deinstitutionalisation. Some British citizens came to Italy in order to try to understand the process by which many large psychiatric institutions were being closed at that time and to study the subsequent deinstitutionalisation of psychiatry.

Sie kamen zu den Schlussfolgerungen, dass diese Politiken hätten früher oder später zu **Abkürzungen des Budgets für die Psychiatrie**, und damit des **Wohlfahrts und der sozialen Solidarität** dazu gebracht

They came to the conclusion that these *policies* would sooner or later lead to **budgetary cuts for psychiatry**, for **welfare and for the social cooperation sector as a whole**

Wir antworteten, dass diese, wenn **auch immer wohl begruendeten Aengste**, konnten keine genuegenden Begruendungen darstellen, um **die psychiatrischen Patienten in den schraecklichen Zustaenden aufrechtzuerhalten, die von der Irrenanstalt dargestellt waren**

We answered, at the time, understanding that what these British friends maintained **might be partially true**, but we believed that, however grounded, such concerns could not possibly constitute a sufficient reason for **allowing those psychiatric patients to continue to live in the appalling conditions in which they were kept** by authoritarian medicine, i.e. in **asylums**

Die **Vorsehungen** von damals zeigten sich danach **zum Teil richtig**. Es wurde und ist eigentlich war, dass die **lokalen** und **zentralen Regierungen** die Gelegenheiten ausgenutzt haben, die von den Veraenderungen und Umwandlungen dargestellt wurden, um den **oekonomischen Einsatz** im Rahmen **der Investitionen fuer die Psychische Gesundheit zu abzukuerzen**

We must now admit that what **was predicted** then has **partly come true**. Indeed it was and is true that **central** and **local governments** took advantage of the changes in management and culture in order to **reduce their contributions** and **investments in Mental Health**.

Und das ist war und ist besonders mit dem Konzept der **Sicherheit** verbunden. **Je mehr die Geisteskrankheit zunehmend von dem Konzept der Sicherheit getrennt wird,** desto weniger werden Ressourcen für die Psychische Gesundheit genehmigt.

This was and is especially linked to the weakening of the connection between mental health and concerns for public **safety**. **European governments and psychiatric settings which maintained a high level of alert** in the face of supposed danger to public safety were **rewarded with a high supply of resources.**

Diese **Abkuerzung der Ressourcen** hat dort nicht stattgefunden, wo das historische Budget, das der Anstalt vorher gehört hatte, in einer anderen Art und Weise, sprich **in den extramuralen Dienstleistungen, umverwendet wurde.**

However it also has to be said that this **reduction of available resources** has not affected all areas in the same way. And this largely depends on whether the resources belonging to the former total Institution were reconverted or not. In other words, in those places where the historical budget which used to belong to the Total Institution was not dismantled and dispersed, but **reconverted into new reformed community services**, it was largely possible to **preserve resources**

## Schlussfolgerungen

- 1) die **Entinstitutionalisierung kostet weniger als die Irrenhäuser**
- 2) es **ist weder notwendig, noch empfehlenswert, in einer drastischen Art und Weise den budgettäreren Einsatz zu schneiden**, sonst verschwinden Heil und Pflege auf der sanitären und sozialen Ebene
- 3) **die Umstrukturierung der Ressourcen, sprich des Personals, bringt eine Umwandlung der Mentalität des Dienstes mit sich**
- 4) nur wenn die Umstrukturierung **TOTAL** ist, können wir uns in die Zukunft den **Verlust des historischen Gedächtnisse einer autoritären Psychiatrie garantieren, die hauptsächlich auf der Kontrolle basiert ist**

Solange es eine einzige fixierte oder isolierte Person da sein wird, wird das Gespenst der Unvermeidlichkeit und der Notwendigkeit einer solchen Massnahme aufrechterhalten. Damit wird ein ideologischer-praktischer-ideologischer Kurzschluss aufbewahrt, der sich verstärkt und selbst

ernährt.

**In sum**, the implications of are as follows:

- **Deinstitutionalisation costs less than asylums**
- It is **neither necessary nor advisable to allow budgets to fall drastically**, which would greatly reduce action in the spheres of rehabilitation, therapy, social healthcare
- **Reconverting resources, i.e. staff, implies changing attitudes within the service**
- Only if reconversion is **TOTAL** will it be possible **to leave authoritative, control-based psychiatry behind and make way for a different future**. As long as one single person is still tied up or isolated, this kind of response will continue to be considered ultimately indispensable. This can create an ideological-practical-ideological short circuit which reinforces and feeds itself.

## **EINIGE WICHTIGEN ZAHLEN**

*Analyse der Daten des italienischen Gesundheitsministeriums, die auf der "Progress" Forschung von 2002 – 2004 beruhen.*

Der erste historische Anhaltspunkt, von dem wir ausgehen müssen, ist der, dass in den Jahren um **1968** die Insassen in den sog. psychiatrischen Krankenhäusern in Italien insgesamt **100.000** waren.

## **SOME KEY DATA**

*Analysis of data provided by the Italian Ministry of Health on the basis of the "Progress" research from 2002 - 2004.*

Historically, the first important indicator is that around **1968** internees in psychiatric hospitals in Italy, or rather, as one usually says, **beds**, were altogether **100,000**.

**321 Akutstationen**, die innerhalb der Allgemeinen Krankenhaeusern gestellt sind, davon die italiensche Gesetzgebung vorsieht, dass sie ueber nicht mer als 15 Bettplaetzen jeweils verfuegen duerften. Die Bettplaetzen, die theoretisch in den Akutstationen Italiens insgesamt existieren sollten, sind  $15 \times 321 = 4.815$ . In der Realitaet, die reale Summe der BPI in den AkuSt ergibt ein Totales von **3.997**

### **B.PI fuer Akute.**

**321 Acute Psychiatric Wards.** These are wards for acute patients, **situated inside general hospitals**, which according to the law cannot have more than 15 beds each. Thus, in theory there should  $15 \times 321 = 4.815$  beds in Italy as a whole. In fact, the actual sum of SPDC beds is **3997 acute beds**.

**1.552 Wohneinrichtungen**, mit einer Totalsumme von **17.101 Wohnbettplaetzen**.

Wohneinrichtungen bedeutet ausserhalb vom KKH, mit territorialen Eigenschaften. Im Durchschnitt verfuegen die Wohneinheiten ueber jeweils **11.01 Bettplaetzen**.

**1.552 residential facilities**, with a total of **17.101 residential beds**. Residential facilities are out of hospital, community-based facilities. Dividing  $17101 / 1552 = 11.01$ . On average, residential structures have **11.01 beds each**.

Die eigentliche gesamte Summe der Bettplaetzen ist heute in Italien also  $3.997 + 17.101 = 21.071$  B.PI. Dazu 162 B.PI. In den 8 Universitaetskliniken, fuer ein Totales von **21.238 oeffentliche B.PI..**

Wenn wir **3.975 p.I. in den privaten Kurhaeusern** dazu rechnen, ergibt sich das **Totale von 25.213** psychiatrischen Bettplaetzen in Italien. (2004)

Thus, the total number of public sector beds in Italy is  **$3.997 + 17.101 = 21.071$** . Plus, there are 162 beds in the 8 University Clinics, which means that the total **public sector beds are 21.238.**

If we add the **3.975 beds in private Nursing Homes** we obtain the **Total 25.213** psychiatric beds in Italy. (2004)

**707 Zentren fuer psychische Gesundheit.** Dazu rechnet man 1.107 periferische Ambulanzen und 612 Tageszentren. Insgesamt **2.426 ausstellen** ausserhalb vom KKH. Wenn man die gesamte nationale Bevoelkerung, also 57.857.262 Einwohner, fuer eine solche Zahl teilt, ergibt es sich, dass es alle **23.848 Einwohner eine extramurale Einrichtung da ist**

**707 Mental Health Centres.** To these, 1.107 peripheral ambulances and 612 Day Centres must be added. Altogether a total of **2.426 outpatient facilities** in the community somehow deal with Mental Health, apart from the issues concerning the number of beds.

Dividing the national population, 57.857.262, by this number, we find that **every 23.848 populations there is a community-based facility.**

Die gesamte Anzahl der **Plaetzen je Tagszentrum ist 11.619**. Im Durchschnitt bei jedem Tageszentrum sind **18.9** Plaetze.

Es handelt sich ganz bestimmt **nicht** um Bettplaetzen

The total **number of places in Day Centres is 11.619**. On average, there are **18.9** places per Centre. **These are certainly not beds**, but places in work-settings, and occupational and leisure activities. Often preparation for job entry is carried out in these places.

Die **Departements fuer psychische Gesundheit sind in unserem Lande 211.**

Jedes DPG.verfuegt ueber 1.5 Akustat.im KKH mit 15, oder weniger BPL, 3.3 ZPGs, 5.2 periferischen Ambulanzen, 2.9 Tageszentren, mit einem Durchschnitt von 55 Pl. jeweils fuer jedem DPG.Jedes **Departement deckt im Durchschnitt eine Bevoelkerung von 274.205 Einwohnern**

**Mental Health Departments in the country are 211.**

Departments are groupings which coordinate hospital-based and community-based facilities in a single managerial unit.

Thus, every M. H. Depart. has 1.5 SPDCs with 15 or fewer beds, 3.3 Mental Health Centres, 5.2 peripheral ambulances, 2.9 Day Centres and an average of 55 beds per Department. **On average, each Department has a catchment area of 274.205 population.**

## LETZTE SCHLUSSFOLGERUNGEN

- 1) Die psychische Gesundheit braucht Ressourcen
- 2) Sie muessen unbedingt NICHT im KKH gestellt sein
- 3) Die geistige Krankheit ist keine Krankheit, die solche Eigenschaften hat, dass man fuer sie eine **Krankenhausartige Organisation** benoetige.
- 4) Die Kur kann und muss, soviel wie moeglich, zur **Vorbeugung** transferiert werden

1. Mental Health needs resources
2. These need not be of an institutional nature
3. Mental illnesses are **not** illnesses which need to be treated within **a hospital setting**
4. The balance between **care** and prevention should be shifted as far as possible towards **prevention**

- 5) **Die Vorbeugen kostet weniger, als den Schaden zu reparieren**
- 6) **Die wichtigste Vorbeugung ist die Vorbeugung vor der Rehabilitation**

- 5) **It is notoriously cheaper to work through prevention rather than reparation strategies**
- 6) **The most important type of prevention is the prevention of rehabilitation**

7) **Die aufgeklärte Utopie des Einsatzes der Unvernunft vonseiten der Vernunft des Krankenhauses ist gescheitert**, und **sie soll durch der Utopie des Einsatzes vonseiten des Territoriums ersetzt werden**. Der letzte soll aber mit Ressourcen ausgerüstet werden. Die besten Ressourcen sind die, die aus der Umwandlung der Irrenanstalt herkommen.

7) **The Enlightenment utopia in which hospital-centred reason took charge of unreason has failed**, and should be **substituted with the utopia in which the community takes charge**. However, the community needs resources. The best resources available are those which derive from the reconversion of the asylum.





# Orte-Felder-Praxen

4 Thesen zu  
Raum, Organisation, Netzwerk und  
Hilfe-Handeln

Pantucek, Gertraud / Pantucek, Peter (2003): Historisierung als Bewältigungsstrategie. Grafenwörth, Kirchberg, Königsbrunn – Abschlussbericht. <http://www.pantucek.com/sc/bewaeltigungsstrategie.html>, abgerufen am xxx. St. Pölten.



  
**Gemeinwesenprojekt Hochwasserhilfe**  
Grafenwörth Kirchberg Königsbrunn



# Gesellschaftsdiagnose nach Böhnisch/Schröer (1992, 1996, 2002, 2007)

- Krisenhafte Zuspitzungen neuen Ausmaßes und neuer Qualität
  - Neue Zonen der Verwundbarkeit lokaler Gemeinwesen und Organisationen
    - als:
      - „Enträumlichung sozialer Bezüge
      - Verräumlichung sozialer Probleme“ (2006:21)

# Gesellschaftsdiagnose nach Böhnisch/Schröer (1992, 1996, 2002, 2007)

- Spät moderner Gestaltwandel  
personenbezogener Hilfen ?  
oder
- Spät moderne Bewertung des Hilfe-Handelns?
  - „Hilfebedürftigkeit“ sowie Abhilfe passiert  
zunehmend im Verborgenen.
  - Schutz der Anonymität bei Hilfe-Bedürftigkeit  
**und** bei Hilfe-Handlung als neues Erfordernis.

# Interviewauszug Oberes Waldviertel



*„Ich hab in den letzten 15, 16 Jahren ein relativ gutes Netzwerk an Sponsoring aufgebaut, dass also viele Personen, auch Privatpersonen sagen: Bevor das Kind daheim sitzen bleibt oder in der Schule sitzen bleibt diese Woche, schießen wir finanziell was zu.*

*Und dadurch ist also diese unter Anführungszeichen Arbeitslosigkeit nicht so arg zu spüren, ich spür's nur meistens im September, wenn man also (...) GZ Sachen, in der 3. brauchen sie GZ Sachen, das ist also ein relativ großer Betrag, den sie brauchen. ..“*

# Hilfe und Unterstützung als Kulturtatsachen mit regionalen Unterschieden ...

- Kulturen sind beobachtbare bzw. „ideelle“ Aspekte von Organisationen/Feldern/Räumen. (vgl. Wolff 1999)
- Nicht die Gestalt von Hilfe (Interaktion) sondern die Kulturen von Hilfe unterliegen einem Wandel.
- Gesellschaftliche Anerkennung für professionelle, freiwillige, ehrenamtliche Hilfe bleibt aus.
  - Hilfe verschwindet hinter Erfolgs-Themen.
- räumliche/regionale Variationen
  - Räumliche Symbolisierungen



# Kulturen und Räume als Ausgangspunkte für Praxis und Forschung in Sozialer Arbeit

- Soziokulturelle Symbolisierungen liegen im Räumlichen, d. h.: erst der Raumbegriff macht etwas sichtbar, was ist, aber nicht sein muss. (vgl. dazu Bourdieu 1997)
- Bei Ilse Arlt (1958): „erst das *platte Land* bringt *Hilfeideen und –praxis*“ hervor.
- Bourdieu (1997): „*Die soziale Realität schreibt sich in die physische Welt des Raums permanent ein, wodurch sie von der räumlichen Physis nicht mehr zu unterscheiden ist.*“
- *Dies ruft eine Art Naturalisierungseffekt hervor, der uns Kultur wie eine sozial geschaffene Räumlichkeit wie eine natürlich bestehende Größe wahrnehmen lässt.*“



# Praktisches Hilfe-Handeln in der späten Moderne ist ..

- an den räumlichen Bezug gekoppelt, weil sich soziale Wirklichkeiten in die „physis“ einlagern und dort (oft) erst erkennbar werden.
  - stets soziokulturell (also auch symbolisch) verschlüsselt.
    - stets habituell vermittelt.
- gleichzeitiger Ansatzpunkt von Forschung und professioneller Handlung.



Foto 8, © Katharina Auer



**Berner Fachhochschule**

Soziale Arbeit

# **Let's get lost – die Soziale Arbeit im Labyrinth des Sozialraums**



## Sozialraum ?

- Sozialraum hat *an sich* keine Bedeutung für Soziale Arbeit, unterschiedliche Nutzung des Begriffes
- eine klare Definitionen innerhalb der Sozialen Arbeit liegt nicht vor
- Benutzung ist abhängig von
  - Fachlichem Standpunkt
  - Institution/Einrichtung
  - Interesse (politisch/finanziell/professionell etc.)
  - Grad der Auseinandersetzung mit dem Soziologie des Raums
  - etc.



## **Sozialraum als Orientierung**

- Territorium (Verwaltungsperspektive)
- Gebündelte Lebenswelt (Bewohnerperspektive)
- Ziel (Steuerungsgröße)
- Ressource (Mittel)
- Einzugsbereich (Marktgebiet einer Einrichtung)
- Ort der Sozialen Arbeit (öffentlicher Raum oder Einrichtung)

## **Vom Fall zum Feld: Das „Fachkonzept“ Sozialraumorientierung (W. Hinte)**

- Orientierung am Willen der leistungsberechtigten Menschen (keine Wünsche)
- aktivierende anstatt betreuende Arbeit
- Einbezug persönlicher und sozialräumlicher Ressourcen in die Hilfen
- zielgruppen- und bereichsübergreifend
- Vernetzung und Integration verschiedener Sozialer Dienste als Grundlage für funktionierende Einzelfallhilfe

## **Das Feld als Fall: Stadtteil- und Quartierarbeit/ Gemeinwesenarbeit (F. Kessl u.a.)**

- Orientierung auf „problematisierte“ Nahräume → Klientelisierung von Räumen
- Raum als Steuerungsgröße (Sozialraumbudgets etc.)
- Gouvernamentalität des Sozialraums: vom aktiven Sozialstaat zum aktivierten Sozialraum
- Verantwortungsübergabe und –abgabe
- Selbstbestimmung → Selbstverantwortung
- Verweis auf eigene „Ressourcen“ der „Benachteiligten“
- ➔ **Responsibilisierung des Gemeinwesens und des Einzelnen**

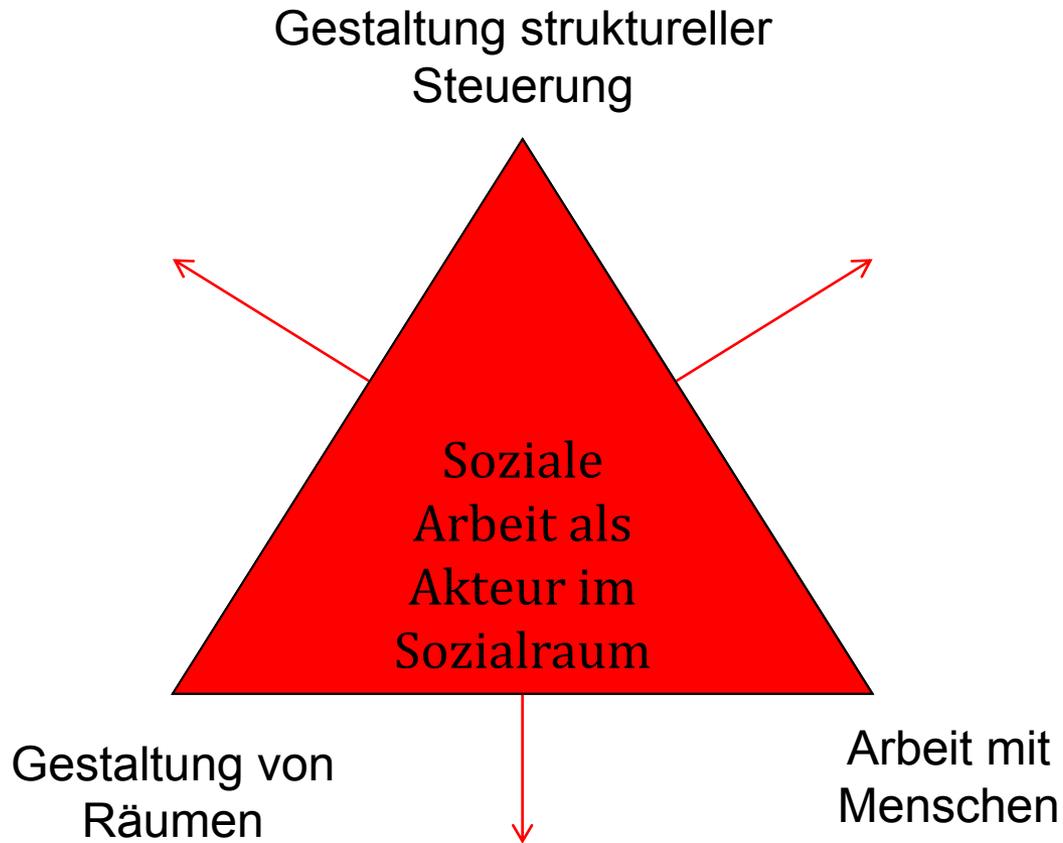
## Sozialraumorientierung ↔ Sozialer Raum

- Unterscheidung von:
- Sozialraum*orientierung in* der Sozialen Arbeit (Kinder- und Jugendhilfe, Erziehungshilfe, etc.) und
- Sozialer Raum als Handlungsfeld, also Soziale Arbeit *im und am* Sozialen Raum bzw. damit verbunden als
- konzeptionellem Ansatz, verbunden mit einem **Paradigmenwechsel für** die Soziale Arbeit → Soziale Arbeit als **ein** Akteur im Sozialen Raum

## Reflexive Sozialraumarbeit (Reutlinger/Wigger)



## Reflexive Sozialraumarbeit (Zychlinski)





## Sozialräume brauchen Multi-Kulti-Kompetenz

Die gegenwärtigen Gesellschaften, aber auch soziale Räume sind wesentlich durch Organisationen geprägt. Öffentliche Einrichtungen, private Unternehmen und Non-Profit-Organisationen schließen zwar Möglichkeiten von Formen der nicht formalisierten Selbstorganisation und von Netzwerken nicht aus, dominieren aber die gesellschaftlichen Interaktionen. Wer etwas bewegen will, muss im Regelfall Mitglied einer Organisation werden oder aber Wege finden, sich mit Organisationen auseinanderzusetzen.

Nicht formalisierte soziale Bewegungen stellen zumeist Übergangsphänomene dar, die, wenn sie das von ihnen erzeugte Momentum nutzen wollen, in Formen von Organisationen aufgehen. Aktuelle Beispiele sind für mich die Piratenpartei in Berlin oder die Entwicklung der arabischen Revolutionen.

Wenn man sich mit Sozialräumen auseinandersetzen will, ist nicht nur Organisationsvermögen, sondern auch Organisationen-Kompetenz angezeigt.

In der Theorie hat sich unser Verständnis von Organisationen in den letzten 30 Jahren dramatisch verändert. Das Maschinenmodell, man kann auch sagen Ingenieursmodell, dem zufolge man Organisationen wie technische Apparate mit Regelwerken oder Techniken steuern kann ist obsolet geworden.

Organisationen sind ähnlich wie Menschen lebende Systeme, die eigen-sinnig und eigen-willig sind und sich selbst laufend reproduzieren und weiterentwickeln (Autopoiese).

Organisationen können zwar gesteuert werden, aber nicht durch Formen linearer Engführung. Man kann Organisationen zwar leicht zerstören. Es ist aber eine höchst anspruchsvolle Aufgabe, Organisationen so zu gestalten, dass die erwünschten Ergebnisse und Zustände tatsächlich realisiert werden. Man muss die Dynamik in der Organisation sowie zwischen ihr und ihren Umwelten durchschauen, bei den beteiligten gemeinsame Bilder von der Wirklichkeit ermöglichen und Formen hierarchische Steuerung mit Vereinbarungen kombinieren, die durch Selbstverpflichtung der Beteiligten nachhaltig sind.

All dies ist ziemlich anspruchsvoll und erfordert zudem, dass sich die Verantwortlichen nicht nur als Teil der Lösung, sondern auch als Teil bestehender Probleme sehen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass das theoretisch überholte Maschinenmodell in der Praxis höchst zählebig ist, ja in neuem Gewande derzeit gute Konjunktur hat.

Max Weber hat Bürokratie als eine Form rationaler Herrschaft beschrieben, die eine durch Normen determinierte Präzisionsmaschine darstellt.

Mittlerweile haben die Juristen einen erheblichen Teil ihres Deutungs- und Herrschaftsmonopols an Betriebswirte und Management-Techniker abgegeben. Man spricht von „Neo-Weberianismus“.

Strategische Planung, Controlling, Qualitätsmanagement, Geschäftsprozessmanagement, Projektmanagement, Risk Management und Ähnliches haben durchaus das Potenzial, Organisationen leistungsfähiger und auch Mitarbeiterfreundlicher zu machen. Sie können Organisationen robuster, lern- und entwicklungsfähiger machen.

Sie sind aber auch höchst wirksame Instrumente, Organisationen starrer, trotz aller Daten dümmer, also weniger lernfähig sowie weniger menschengerecht zu machen. Formen der Engführung produzieren Widerstand, der, so meint man dann, gebrochen werden muss.

Planwirtschaft erzeugt Schattenwirtschaft und Schwarzmärkte. Sie benötigt diese einerseits, um die erzeugten Mangelzustände zumindest partiell auszugleichen, bekämpft sie andererseits als nicht systemkonform.

Eine von mehreren Möglichkeiten, die möglichen gegensätzlichen Wirkungen bestimmter Methoden-Sets zu erklären, ist das Konzept der Organisationskultur von Ed Schein. Ich halte es zudem für durchaus tauglich, auch über soziale Räume nachzudenken.

Kultur kann verstanden werden als ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das ein soziales System bei der Bewältigung seiner Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt und daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird.

Organisationskultur ist ein System von Verhaltensweisen, Werten und Grundannahmen, das die Grundlagen für die individuelle Orientierung und Bewertung von Handlungen in einem Unternehmen liefert.

Es gibt 3 Ebenen einer Organisationskultur, die nach Sichtbarkeit und Bewusstheit unterschieden werden können:

1. Artefakte – sichtbare Ressourcen, Strukturen und Prozesse in Organisationen, die leicht zu beobachten und schwer zu entschlüsseln sind
2. Bekundete bzw. gelebte Werte, informelle Normen, Beobachtungs-Verhaltensmuster
3. Grundprämissen – weitgehend unbewusste, selbstverständliche Anschauungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle, die als Ausgangspunkte für Werte und Handlungen anzusehen sind.

Grundannahmen können beispielsweise sein:

- Erfolge stellt sich lediglich bei engmaschiger Anleitung und genauere Kontrolle ein

- Menschen leisten nur dann etwas, wenn man sie dazu antreibt oder auch:
- Selbstorganisation ist ein Kennzeichen lebende Systeme. Soziale Gestaltung ist die Steuerung von Selbstorganisation.
- Wenn man Menschen die Chance gibt, etwas Sinnvolles zu tun, machen die meisten von dieser Möglichkeit bereitwillig Gebrauch.

Diese Grundannahmen, häufig gar nicht bewusst ausformulierten Überzeugungen, steuern die informellen Normen sowie die Kommunikations- und Handlungsmuster in Organisationen, diese wiederum prägen die Erzeugung von und den Umgang mit Artefakten.

Somit erscheint es nachvollziehbar, dass z.B. Projektmanagement zu Formalismen verkommen kann, die Kreativität ernsthaft behindern, aber auch ein Gefäß darstellen kann, indem förderliche Kommunikationen und dynamisch-kreative Prozesse stattfinden.

Akteure, aber auch Teilbereiche von sozialen Räumen haben im Regelfall eine zumindest doppelte kulturelle, zumeist mehrfache kulturelle Identität. Einerseits sind sie von der Kultur des Sozialraumes geprägt, andererseits von der Organisationskultur der für sie relevanten Organisationen, sei es ihr Arbeitsplatz, sei es ein für sie wichtiger Verein. Die Dynamik in Sozialräumen ist somit von Formen der Austragung, aber auch Nutzung kultureller Unterschiede geprägt.

Wenn in einem Sozialraum durch professionelles Handeln die Selbstorganisation und die Lösungskompetenz gefördert werden soll und die Erschließung von Ressourcen unterstützt werden soll, geht es nicht nur um die Arbeit mit den diesen sozialen Raum darstellenden Individuen und die Stärkung deren Selbstorganisationsfähigkeit.

Der Erfolg sozialer Hilfe ist auch wesentlich abhängig von der Organisations-Kompetenz der Akteure.

Das jeweilige soziale Biotop ist bevölkert von politischen Parteien, dem Gemeindeamt, Bildungseinrichtungen, Sozialeinrichtungen Kirchen, Vereinen und anderen Organisationen. Sie alle haben ihre spezifische Kultur, die einerseits Chancen und Ressourcen, andererseits aber auch Risiken und Limitierungen für eine Stärkung des Sozialraums darstellen.

Es gilt, die unterschiedlichen Kulturen zu verstehen, ihnen mit Respekt zu begegnen und anschlussfähige Interventionen zu setzen. Beispielsweise ist das Muster politischer Systeme, Entscheidungen informell aufzubereiten und in formellen Situationen zuvor im kleinen Kreis getroffene Übereinkünfte lediglich zu formalisieren, zu berücksichtigen.

Wer in Sozialräumen etwas bewegen will, muss mit Multi-Kulti-Phänomenen gut umgehen können. Multi-Kulti-Kompetenz ist gefragt.

## Bürokratietest

### Teil I:

Bitte tragen sie zu jeder Frage den entsprechenden Punktwert ein:

trifft voll/weitgehend zu: 3

trifft eher zu: 2

trifft eher nicht zu: 1

trifft überhaupt nicht/kaum zu: 0

Bei uns:

1. Sind die operativen und strategischen Ziele und der Grad der Zielerreichung klar?	—
2. Sind die Qualität der Leistungen und die Zufriedenheit unserer Kunden/Anspruchsgruppen regelmäßig Thema?	—
3. Sehen sich Führungskräfte auch als Teil des Problems und sind bereit, sich infrage zu stellen (lassen)?	—
4. Fragen die Führungskräfte von sich aus nach Problemen und Fehlern und ermutigen, offen darüber zu reden?	—
5. Gibt es klare Vorgaben und Rahmenbedingungen, innerhalb derer man sich relativ frei bewegen kann?	—
6. Haben die Erfahrungen derer, die die Dienstleistungen unmittelbar vor Ort erbringen, einen hohen Stellenwert?	—
7. Haben die Entwicklungen in unseren Umwelten und wie man darauf reagieren sollte hohe Aufmerksamkeit?	—
8. Herrscht zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern grundsätzlich Vertrauen?	—
9. Braucht man keine Angst zu haben, wenn man in angemessener Weise sagt, was man sich denkt?	—
10. Wird so kommuniziert, dass jeder seine Arbeit in einem größeren Zusammenhang sehen kann?	—
11. Benutzen Vorgesetzte ihre Autorität vornehmlich, damit Mitarbeiter die erforderlichen Ressourcen haben?	—
12. Ist die Lerngeschwindigkeit zumindest gleich der Veränderungsgeschwindigkeit in den Umwelten?	—
13. Gilt der Grundsatz: Zahlen sind der Anfang, nicht das Ende der Diskussion?	—
14. Sind die Kompetenzen, mit anderen Organisationen erfolgreich zu kooperieren, gut ausgeprägt?	—
15. Stehen Sachfragen und nicht Machtspiele im Vordergrund?	—
Summe	—

Teil II:

Bitte tragen sie zu jeder Frage den entsprechenden Punktwert ein:

trifft voll/weitgehend zu: 0

trifft eher zu: 1

trifft eher nicht zu: 2

trifft überhaupt nicht/kaum zu: 3

Bei uns:

1. Stehen die Regeln im Mittelpunkt des Interesses?	—
2. Ist man ein guter Mitarbeiter, wenn man Vorgesetzte nicht überrascht oder verwirrt?	—
3. Macht man sich unbeliebt, wenn man Entscheidungen, Anordnungen und Regelungen hinterfragt?	—
4. Ist die formale Aufteilung von Verantwortlichkeiten die Basis für die Aufgabenübertragung?	—
5. Dient der interne Wettbewerb vor allem der Erlangung einer hohen Position?	—
6. Wird Organisation primär als Maschine verstanden, die exakt und vorhersehbar zu funktionieren hat?	—
7. Sind Gehorsamkeit und Disziplin die zentralen und wichtigsten Werte?	—
8. Erfordert die Dokumentation der Prozesse und Ergebnisse mehr Aufwand als funktional sinnvoll ist?	—
9. Gibt es eine Menge an Wut und Ärger, die nicht offen zum Ausdruck gebracht werden (können)?	—
10. Wissen die oben nur sehr wenig, was die unten wirklich tun und unter welchen Umständen sie arbeiten?	—
11. Braucht man Gefälligkeiten zur Erledigung komplexer Aufgaben, da es sonst nicht gut geht?	—
12. Werden Anregungen und Beschwerden eher als Störungen denn als wertvolle Hinweise erlebt?	—
13. Gilt der Grundsatz: Bestimme jedes Detail, damit sich jeder über seine Aufgaben im Klaren ist?	—
14. Wären wir auch ohne Kunden/Anspruchsgruppen sehr beschäftigt?	—
15. Gibt es, wenn etwas passiert, welche, die das kommen gesehen haben, aber nicht darüber (offiziell) geredet haben?	—
Summe	—

Bitte zählen sie den Gesamt Punktwert von I und II zusammen: \_\_\_\_\_

### Erklärungen zum Ergebnis:

0 – 24 Punkte:

Wahrscheinlich haben Sie es bereits gewusst: Sie arbeiten in einer Organisation, die bürokratischen Idealen in hohem Ausmaß entspricht. Es ist zu wünschen, dass ihre Organisation

- standardisierte Leistungen,
- in gleich bleibender Qualität,
- die kein Eingehen auf Bedürfnisse von bzw. keine prozesshafte Interaktion mit Leistungsbeziehern im Einzelfall erfordern,
- die kein besonderes Ausmaß an Identifizierung der Mitarbeiter mit der Mission der Organisation benötigen,
- auch für Anspruchsgruppen, die eine genaue Nachvollziehbarkeit der Prozesse und Ergebnisse verlangen, erbringt;
- dass das Umfeld stabil und vorhersehbar ist,
- Mitarbeiter gefunden und gehalten werden können, die die gegebenen Rahmenbedingungen akzeptieren,
- etwaige Leistungsdefizite die Existenz der Organisation nicht ernsthaft gefährden.

Je mehr diese Bedingungen erfüllt sind, desto besser passt ihre Organisation zu dem situativen Rahmenbedingungen.

25 – 46 Punkte:

Ihre Organisation ist eher bürokratisch orientiert, verfügt jedoch auch über "unbürokratische" \*) Ansätze, Vorgehensweisen und Muster. Es ist zu wünschen, dass die situativen Rahmenbedingungen einer solchen eher bürokratielastigen Ausrichtung entsprechen.

47 – 68 Punkte:

Ihre Organisation ist eher „unbürokratisch“ orientiert, verfügt jedoch auch über bürokratische Ansätze, Vorgehensweisen und Muster. Es ist zu wünschen, dass die situativen Rahmenbedingungen einer solchen eher „unbürokratischen"\*) Ausrichtung entsprechen.

69 – 90 Punkte:

Die ausgeprägte „unbürokratische“ \*) Orientierung Ihrer Organisation ist dann in hohem Ausmaß funktional, wenn

- Ihre Organisation vor allem auf den einzelnen konkreten Geschäftsvorfall zugeschnittene Leistungen erbringt,
- die Eingehen auf Bedürfnisse von bzw. prozesshafte Interaktion mit Leistungsbeziehern im Einzelfall erfordern,
- die ein hohes Ausmaß an Identifizierung der Mitarbeiter mit der Mission der Organisation benötigen, um Qualität zu gewährleisten.
- keine Anspruchsgruppe vorhanden ist, die eine genaue Nachvollziehbarkeit der Prozesse und Ergebnisse verlangt,
- das Umfeld stabil und vorhersehbar ist,
- Mitarbeiter gefunden und gehalten werden können, die unter den dynamischen Arbeitsbedingungen kreative Leistungen erbringen,
- Leistungsdefizite, sollten sie auftreten, die Existenz der Organisation massiv gefährden, da dann rasch die notwendigen Ressourcen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden.

Weiterführende Fragen:

Wie passt die Verfasstheit ihrer Organisation zu Ihnen?

Wo gibt es Übereinstimmungen, wo Differenzen?

Welche Beiträge leisten Sie, um den derzeitigen Zustand aufrechtzuerhalten, zu stabilisieren?

Welche Beiträge leisten Sie, um Veränderungen des Status quo zu begünstigen, zu erleichtern?

\*) Unbürokratisch wurde mit Führungszeichen versehen, da unbürokratisch im allgemeinen Sprachgebrauch mit unkompliziert, weniger an Regeln gebunden und kundenorientiert konnotiert ist. Dies greift aber zur Kategorisierung von Organisationen zu kurz.

Es gibt in der Organisationslehre keine allgemein gebräuchliche positive Bezeichnung für nicht-bürokratische Organisationen. Es finden sich Begriffe wie lernende, holistische oder holographische, projektorientierte, ökologische, exzellente Organisation.

In der Praxis muss jede Organisation die auf ihre Situation zugeschnittenen spezifischen mentalen Modelle, Abläufe und Strukturen finden.

Beispielsweise funktioniert die Polizei anders als eine Schule, müssen im Strafvollzug hoheitliche Zwangsausübung und die Erbringung von Betreuungsleistungen kombiniert werden oder muss Personalmanagement bürokratische und entwicklungsorientierte Kalküle integrieren.

Es geht also um eine angemessene Form der Organisation im Inneren wie der Gestaltung der Austauschbeziehungen zu den relevanten Umwelten.

Die „richtige“ Organisation gibt es nicht, wohl aber Organisationen, die angemessene Antworten auf die aktuellen und absehbaren künftigen Herausforderungen gefunden haben.

Mobile Jugendarbeit  
& Social Networks

Andreas Neidl MA

# MOBILE JUGENDARBEIT

## Gemma – Streetwork Tulln

ist eine Einrichtung des **Vereins Exit – Jugendarbeit Tullnerfeld**.

Seit März 2009 arbeitet Gemma im Auftrag der Stadtgemeinde Tulln und der niederösterreichischen Landesregierung mit Jugendlichen im Alter von 12 bis 21 Jahren.



# MOBILE JUGENDARBEIT

## Für wen sind wir da?

Für **Jugendliche**, welche bereits **bestehende**

- **Unterstützungsangebote**
- **Beratungsangebote**
- **Vereinsstrukturen**

**nicht annehmen** oder von diesen **nicht erreicht** werden.



# MOBILE JUGENDARBEIT

## Wie arbeiten wir?

- wir arbeiten **niederschwellig** und nehmen Jugendliche so an, wie sie sind
- wir sind dort, **wo sich Jugendliche aufhalten**
- wir bieten **freizeitpädagogische Aktivitäten** und **regelmäßigen Kontakt**
- wir sind **AnsprechpartnerInnen** für Fragen und Probleme aller Art



# MOBILE JUGENDARBEIT

## Was wollen wir erreichen?

- den **Erfahrungshorizont** und somit den **Handlungsspielraum** von Jugendlichen erweitern
- Jugendliche dabei unterstützen **ihr Leben in ihrem Sinne** zu meistern
- Jugendliche bei ihrer Entwicklung zu **selbstbewussten** und **verantwortungsvollen Menschen** begleiten



# Mobile Jugendarbeit & Social Networks

- **Social Networks (Facebook)** als Bestandteil der Lebenswelt von Jugendlichen
- neue **Fragestellungen & Kompetenzen** im Arbeitsfeld
- **verschiedenartige Nutzungsmöglichkeiten** (Profile, Fotos, Chat, Gruppen, Diskussionen, Spiele etc.)
- Jugendliche im **virtuellen Raum** begleiten
- **Chancen und Gefahren**

[Registrieren](#)

Facebook ermöglicht es dir, mit den Menschen in deinem Leben in Verbindung zu treten und Inhalte mit diesen zu teilen.



## Gemma - Streetwork Tulln

[Gefällt mir](#)

Gemeinnützige Organisation



### Pinwand



Gemma - Streetwork Tulln hat eine Veranstaltung erstellt:



#### Mädchen-Café goes Bowling & Prater

Freitag um 15:00  
Würstl-Prater & Brunswick Bowling-Center

## Nutzungsmöglichkeiten in der MJA

- Personen- und angebotsbezogene Accounts
- Kontaktpflege, Aufbau neuer Kontakte
- Informationsplattform
- Dokumentation und Ankündigung von Veranstaltungen



# safer TIPPS & TRICKS facebooken

Auch Lehrer\_innen, Eltern, Polizei, Securitys und Cheftäten nutzen FB!

## Safer facebooken! – Tipps & Tricks

### → Einstellungen und Sicherheit

Fahr die Einstellungen runter! „Profil“ – „Privatsphäre-Einstellungen“ – „Nur Freunde“ einstellen -, damit verhinderst du, das jede/r x-beliebige Freak Einblick in dein Privatleben nehmen kann.

Freunde sind nicht gleich Freunde! Überlege dir vor dem Adden, ob du willst, dass er/sie mehr über dein Privatleben erfährt!

Schütze deine persönlichen Daten (Handynummer, Adresse, E-Mail-Adresse)!

### → Profil & Pics

Du musst nicht deinen echten Namen verwenden, und auch kein echtes Foto von dir als Profilbild einstellen. Diejenigen, die dich kennen, werden dich auch erkennen, wenn du einen Fantasienamen bzw. ein Fantasiefoto verwendest. Und manchen kann man ja auch schlicht sagen, ich heiße auf Facebook „Soundso“.

Zu viel nackte Haut ist auf Facebook fehl am Platz und weckt möglicherweise das Interesse von Leuten, die man besser nicht kennen lernen will!

(Spaß-)Bilder, die zu deinem Nachteil ausgelegt werden können, sollten überhaupt nicht im Internet auftauchen (Joints, Alkohol bei unter 16-Jährigen, Waffen etc.).

### → Gesetz bleibt Gesetz – auch auf Facebook

Das Internet ist kein rechtsfreier Raum! Rufschädigung, Beleidigung, Drohung, Stalking und Cyber-Mobbing sind auch auf Facebook strafbare Tatbestände.

Wenn du Opfer davon wirst, kannst du dich wehren! Wir unterstützen dich dabei!

### → Real Life-Treffen

Das Treffen mit Personen, die du nur übers Internet kennst, ist ein Risiko.

Personen können im Internet sehr nett sein, haben evtl. jedoch andere Absichten, wenn sie dich treffen. Wir empfehlen, Fremde niemals allein zu treffen. Falls doch, ist es besser einen öffentlichen Platz zu wählen und sicherzustellen, dass jemand weiß, wo du dich befindest und mit wem du dich triffst.