

Wo Präsenz unverzichtbar ist

Die Notwendigkeit Sozialer Arbeit abseits der Digitalisierung am Beispiel zweier Handlungsfelder.

Elisabeth Lahner
Christoph Pachmann

1910406337
1910406316

so191337@fhstp.ac.at
so191316@fhstp.ac.at

Bachelorarbeit

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

Datum: 23.April.2022
Version: 1

Begutachter*innen:

FH-Prof. Mag. Dr.ⁱⁿ Michaela Moser
Florian Zahorka, BA, MA

Abstract (Deutsch)

Die folgende qualitative Forschungsarbeit befasst sich mit dem Umgang der Sozialen Arbeit, und deren Handlungsprozessen, unter Pandemiebedingungen. Der Fokus wird hierbei auf Potentiale, Hürden und Grenzen der Digitalisierung in der Sozialen Arbeit am Beispiel zweier Handlungsfelder, der Behindertenhilfe und der niederschweligen Drogenarbeit, gelegt.

Anhand der gewonnenen Daten wurde deutlich, dass die voranschreitende Digitalisierung und deren vermeintliche Potentiale für die spezifischen Zielgruppen der erforschten Handlungsfelder kaum bis gar nicht genutzt werden können. Umso deutlicher wurde jedoch die Notwendigkeit von deren Handlungsprozessen in Präsenz. Die Grenzen der Digitalisierung lassen sich auf das jeweilige Klientel, die fehlenden technischen und finanziellen Ressourcen, sowie die Struktur und die Zugänge der praktischen Arbeit zurückführen.

Abstract (English)

The following qualitative research work deals with the handling of social work and its action processes under pandemic conditions. The focus is on the potentials, obstacles and limits of digitization in social work using the example of two fields of action, help for the disabled and low-threshold drug work.

Based on the data obtained, it became clear that the advancing digitization and its supposed potentials are impractical for the specific target groups of the researched fields of action. However, the necessity of their action processes in physical presence became even clearer. The limits of digitization can be traced back to the respective clientele, the lack of technical and financial resources, as well as the structure and access to practical work.

Inhalt

Abstract	II
1 Einleitung	1
2 Ausgangs- und Problemlage	1
3 Forschungsinteresse	4
3.1 Hypothesen.....	6
3.2 Forschungsfragen.....	6
4 Forschungsdesign	7
4.1 Zugang zum Feld.....	7
4.1.1 niederschwellige Drogenarbeit.....	7
4.1.2 Behindertenbereich.....	7
4.2 Erhebungsmethodik.....	8
4.2.1 Leitfaden/Expert*innen-Interview.....	8
4.2.2 Podcasts	8
4.3 Auswertungsmethodik	8
4.3.1 Strukturgeleitete Textanalyse	8
4.4 Setting und Durchführung.....	9
5 Stand der Forschung	9
5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	13
6 Theoretischer Hintergrund	14
6.1 Ethik-Kodex & ethische Standards	15
6.2 Mandate der Sozialen Arbeit	16
6.2 Global Agenda & Ubuntu	17
7 Forschungsfeld	19
7.1. Definition der Handlungsfelder	19
7.1.1 Handlungsfeld - Suchthilfe – niederschwellige Drogenarbeit.....	20
7.1.2 Handlungsfeld - Behindertenhilfe.....	22
7.2 Nicht-kompensierbare Handlungsprozesse der niederschwelligen Drogenarbeit	24
7.3 Nicht-kompensierbare Handlungsprozesse in der Behindertenhilfe.....	28
8 Forschungsergebnisse und Interpretation	32
8.1 Darstellung der Ergebnisse	32
8.1.1 Klient*innen und Klient*innenarbeit.....	32
8.1.2 Soziale Arbeit an vorderster Front (Front Line Social Work) und Teamstrukturen	35
8.1.3 Digitalisierung: Potentiale, Grenzen und Gefahren.....	37
8.1.4 Umgang mit pandemiebedingten Maßnahmen und Verordnungen.....	40
8.1.5 Krisenmanagement und Kommunikationsprozesse.....	41

8.2 Zusätzliche Findings	43
8.3 Interpretation der Ergebnisse	46
8.4 Beantwortung der Forschungs- und Sub-Forschungsfragen	50
9 Resümee	52
9.1 Reflexion des Forschungsprozesses	52
9.2 Ausblick	52
Literatur	54
Daten	63
Sekundärdaten	64
Abkürzungen	64
Anhang	66
Interviewleitfaden	66
Auszug aus zwei Interview-Transkripten	67
Auswertungsbeispiel	69
Eidesstattliche Erklärung	70

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit stellt Ergebnisse und Faktenlagen auf Basis von Literatur, Tätigkeits- und Erfahrungsberichten, Podcasts, Interviews und den daraus folgenden Schlüssen, zweier Handlungsfelder der Sozialen Arbeit dar. Merkmal dieser beiden Handlungsfelder, der Behindertenhilfe sowie der niederschweligen Drogenarbeit, ist ihr Bedarf an nicht ersetzbaren, physischen Angeboten vor Ort, d.h. in Präsenz, Betreutes Wohnen, Notschlafstellen, Tageszentren und Tagesstrukturen. Sie sind den Grenzen der Digitalisierung stark ausgesetzt (BMSGPK 2020-2021:105-106,108-112). Ein Augenmerk soll genau auf diese unverzichtbaren, in Präsenz stattfindenden Handlungsprozesse gelegt und den damit verbundenen Herausforderungen gelenkt werden. Hierbei wird versucht, durch eine kritisch-reflexive Berufspraxis, einen handlungsübergreifenden Bogen hinsichtlich Methodik, Maßnahmen und Zugängen zu spannen. Die Verschriftlichung erhobener Daten soll einen Einblick in den beruflichen Alltag und die in der Pandemie entstandenen Herausforderungen, von Professionist*innen bieten. Die Auswertung und Analyse dieser Daten dient als Grundlage zur Gestaltung eines Ausblickes auf potenzielle Veränderungs- und Verbesserungsprozesse, in erwähnten Handlungsfeldern, der Sozialen Arbeit.

2 Ausgangs- und Problemlage

Der erste Bericht eines positiven Falles des „Corona-Virus“ datiert auf den 25. Februar 2020. Kurze Zeit später erklärt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), bei einem Stand von 20.000 bestätigten Fällen, europaweit, den Covid-19 Ausbruch zu einer Pandemie (vgl. Die Presse 2021). In der Phase des Entstehens dieser Arbeit, mit Verweis auf die aktuelle Datenlage der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), überschreitet alleine Österreich die Infektionszahlen deutlich. Seit nun fast zwei Jahren befindet sich ein großer Teil der Welt im Krisenmodus (vgl. AGES o.A.).

Die Covid-19 Pandemie und ihre Maßnahmen zur Eindämmung haben zum stärksten Einbruch der Weltwirtschaft seit den 1930er Jahren geführt. Die getroffenen Eindämmungsmaßnahmen haben zwar die Ausbreitung der Infektion bis jetzt verlangsamt, gleichzeitig aber auch die wirtschaftliche Entwicklung, mit weitreichenden Folgen, tiefgreifend gestört (vgl. BMSGPK 2020-2021:11-14). Für die Soziale Landschaft bedeutet dies vor allem eine Verschärfung bereits bestehender Missstände, wie Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung. Vor allem Faktoren wie Bildung, mangelnde Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Wohnverhältnisse (spezifische Haushaltskonstellationen) und die Herkunft der in Österreich lebenden Person sind es, welche überdurchschnittlich häufig das Risiko für Armut und Ausgrenzung determinieren. Diese Lücken waren in der Versorgung Betroffener und anderer Risikogruppen bereits vor der Pandemie bekannt (vgl. Heitzmann zit. in BMSGPK 2020-2021:61,63).

Während erwähnt sein muss, dass die Unterstützungsmaßnahmen und -systeme des (Sozial)Staates Wirkung zeigen, darf nicht vergessen werden, dass die bestehenden Rahmenbedingungen teilweise selbst Ursache für bestehende Missstände darstellen. Folgerichtig sollte die Krise auch unter der Warte betrachtet werden, wie diese Systeme und somit auch die soziale Landschaft für künftige Krisen gewappnet sein kann (vgl. Heitzmann; zit. in BMSGPK 2020-2021:81).

Hier spiele die Evaluierung der sozialstaatlichen Organisationen und deren Maßnahmen eine fundamentale Rolle. Kritisch anzumerken ist, dass die Datenmenge in der Soziallandschaft dünn, löchrig und meist von „Außenstehenden“ aufgetragen oder/und ausgeführt wird. Ohne qualitativer Datenlage scheint es schwierig auf bestehende und drohende Herausforderungen zu reagieren. Während die Probleme und Barrieren bekannt sind, können entsprechende Lösungsvorschläge nur mit valider Datenmenge entstehen (vgl. Heitzmann; zit. in BMSGPK 2020-2021:81-82).

Die Herausforderungen der sozialen Landschaft, durch die Pandemie sind vielschichtig. Ganze Teams/Organisationen mussten sich für krankheitsbedingte Ausfälle in Bereitschaft halten, der Verwaltungsaufwand stieg, mobile Angebote und Angebote vor Ort für Klient*innen fielen aus. Zudem kam es zu Umsatzeinbußen sowie erhöhten Kosten durch die Anschaffung von Schutzmaterialien (vgl. Millner et al.; zit. in BMSGPK 2020-2021:91,106). Darüber hinaus mussten Sozialkontakte massiv reduziert werden, wodurch neben dem wirtschaftlichen Einbruch, eine psychosoziale Krise entstand, die die soziale und gesellschaftliche Spaltung, im zunehmenden Ausmaß, verstärkt(e) (vgl. Muckenhuber 2021:1).

Die Soziale Arbeit wird aufgrund dieser Problematiken mit ihrem gesellschaftspolitischen Mandat in den nächsten Jahren noch mehr als zuvor gefordert sein. Eine der größten Herausforderungen ergab sich in den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit durch die Reduktion unmittelbarer Kontakte, wobei diese eine große, wenn nicht sogar essenzielle Rolle spielen (vgl. ebd.:1-2). Folglich entstanden problematische Diskrepanzen, die viele Konflikte, vor allem innerhalb des Trippelmandats, ausgelöst haben. Der Schutz der Gesundheit der Klient*innen, aber auch der professionellen Akteur*innen stehen hier im Widerspruch zur Aufrechterhaltung einer bestmöglichen, unverzichtbaren Versorgung in Präsenz (vgl. ebd.). Hinsichtlich Personalauswirkungen war in allen Bereichen ein Rückgang an ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen zu verzeichnen. Darüber hinaus wurde bzw. wird die Dienstplanung als herausfordernd empfunden, da viele Teams aufgeteilt wurden, um die Ansteckungsgefahr zu reduzieren und andere Mitarbeiter*innen für potenzielle Quarantänefälle in Bereitschaft halten zu können. Dies führte zu einer deutlichen Mehrbelastung, unabhängig von zusätzlichen privaten und anderen psychischen Belastungen, durch die Pandemie (vgl. BMSGPK 2020-2021:106).

Das BMSGPK berichtet von 70% Umstellungen auf Home-Office und digitale Kontaktvarianten und von großen Institutionen, welche diese Möglichkeiten zu 100% nutzten. Viele Professionist*innen innerhalb der Suchthilfe berichten von positiven Erfahrungen hinsichtlich der schnellen Anpassung und dem Wechsel zu digitalen Angeboten/Methoden. Jedoch wurden auch Bedenken betreffend Erreichbarkeit und technischer Ressourcen für spezifische Zielgruppen und die damit verbundenen Herausforderungen der Aufrechterhaltung von

Behandlungsangeboten geäußert (vgl. EMCDDA 2021). Die zweithäufigste Reaktion auf die Pandemie war Kurzarbeit (vgl. Millner et al.; zit. in BMSGPK 2020-2021:92). Somit fehlte es vor allem in betreuten Wohnheimen an niederschweligen aufsuchenden Angeboten, psychiatrischen Fachpersonal, leistbaren Psychotherapiemöglichkeiten, stationären Langzeittherapieplätzen und unterstützenden Maßnahmen für Familien, in denen ein Mitglied erkrankt ist (vgl. BMSGPK 2020-2021:70).

So übergreifend vor allem wirtschaftliche und personelle Faktoren wahrgenommen werden, diversifizieren sich die Handlungsfelder in der Art und Weise, wie in der Pandemie damit umgegangen wird. Über alle Bereiche hinweg, dokumentieren Ergebnisse Einschränkungen des Leistungsumfangs, aber auch Erweiterungen des Angebots. Während viele Handlungsfelder sich vermehrt digitalisiert haben, kann hier nur von einer überschaubaren Entwicklung in betreuten Wohneinrichtungen, der Wohnungslosenhilfe und in der niederschweligen Drogenarbeit allgemein gesprochen werden (vgl. ebd.:70,106,108,111-113). Zu erwähnen ist, dass im Bericht des BMSGPK suchterkrankte Menschen mit schwerer Abhängigkeitserkrankung zur Gänze fehlen.

Aus der Datenlage ergibt sich ein eher reaktives als proaktives Bild der Sozialen Landschaft. Aus Sicht der International Federation of Social Workers (IFSW) steht der Profession jedoch eine weitaus proaktivere Rolle zu!

So seien die Aufgaben in der Pandemie Grundlagen zu schaffen, wodurch die Schwächsten in der Gesellschaft in die Reaktionen und Planungen mit einbezogen werden sollen, sowie ein Gleichgewicht aus physischer Distanz (inklusive adäquatem technischem Equipment) und sozialer Nähe zu wahren. Vor allem jedoch sei als Profession dafür zu sorgen, dass die Gesundheits- und Sozialdienste als funktionaler Schutz, in adäquat-qualitativer Form, vor Ungleichheit und den Folgen daraus schützen. Soziale Arbeit habe eine essenzielle Rolle in der Bekämpfung der Pandemie (vgl. IFSW o.A.). Soziale Arbeit versucht sich Zugang zu diesen Personen und deren Lebenswelten zu verschaffen und bestmögliche Unterstützung anzubieten, um Teilhabe und Inklusion für diese Menschen zu ermöglichen. Bestenfalls bilden diese Maßnahmen die Basis, die zu einem späteren Zeitpunkt den Zugang zu höherschweligen Unterstützungsangeboten ermöglicht (OBDS 2021:4).

Der OBDS sieht hier eine Zusammenarbeit von Expert*innen, Vertreter*innen der einzelnen Handlungsfelder der Sozialen Arbeit und zivilgesellschaftlichen Organisationen (z.B.: Armutskonferenz) notwendig, um zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Menschen in Österreich beizutragen (vgl. ebd.). Die bereits bestehenden, lokal etablierten Netzwerke bedürfen laut OBDS lediglich eines Ausbaus und einer Adaption der Angebote, um die durch die Pandemie neu entstandenen Herausforderungen zu meistern.

Voraussetzung hierfür ist eine Aufstockung von qualifiziertem Personal. Diese Forderungen sind nur durch zielgerechte Finanzmittel und etablierte Fördermechanismen seitens der Politik und der damit verbundenen Entscheidungsträger*innen möglich (vgl. ebd.).

Darüber hinaus ist für eine qualitativ hochwertige Arbeit ein Qualitätsnachweis, welcher spätestens seit der Akademisierung erreicht scheint, notwendig. Dennoch bringt der akademische Grad keinen Berufsschutz mit sich. Nicht erst seit der Pandemie werden die

Schreie nach einem bundeseinheitlichen Berufsgesetz und der damit entstehenden Vertretung immer lauter (vgl. Pollak 2022).

„Bislang hat es an politischem Willen gefehlt, bundeseinheitliche bzw. europäische Standards in den Bereichen Qualitätssicherung und Qualifikationsvoraussetzungen umzusetzen. Das hat fatale Folgen für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten – und für die Leistungsfähigkeit des Sozialstaats selbst.“ (Pollack 2022)

Nicht nur die Qualitätsfrage der Profession selbst, sondern auch die Anerkennungsproblematik sozialarbeiterischer Leistungen wird sehr unterschiedlich von Organisationen und professionellen Akteur*innen beleuchtet. Zum einen wird seit Jahren das fehlende Berufsgesetz, um eine gesetzliche Absicherung der Sozialen Arbeit zu gewährleisten, stark kritisiert (vgl. OBDS 2004). Ein Berufsgesetz würde womöglich einer De-Professionalisierung der Sozialen Arbeit entgegenwirken, stellt aber andererseits die Gefahr der Vereinheitlichung und Einschränkung hinsichtlich Handlungsfreiheit bzw. -optionen dar. Somit obliegt die Einhaltung und Kontrolle gewisser Standards den jeweiligen Behörden, Organisationen und Vereinen, welche selbst wiederum an Fördergeber gekoppelt sind. Dies schlägt sich auch in den Arbeitsbedingungen nieder. Ein forderndes Berufsfeld, mit (nicht erst jetzt) steigenden Arbeitsbelastungen, welche häufig auf niedrige Betreuungsschlüssel rückzuführen sind, hoher Erwartungsdruck und Mehrleistung aufgrund von Überkompensation und Verzicht auf Arbeitnehmer*innenrechte, kennzeichnen öfters den Berufsalltag (vgl. Pollak 2022). Laut Seithe (vgl. 2012:37) hat es die Soziale Arbeit lange Zeit versäumt ihre Kompetenzen und Professionalität gegenüber der Fachwelt, der Öffentlichkeit und der Politik zu vertreten. Nach wie vor erfolgt die Aneignung der Profession im Spannungsfeld von Statusaneignung und -zuweisung (vgl. Heite 2008:32). Das Agieren zwischen verschiedenen Polen ist der Sozialen Arbeit nicht neu. Konflikte zwischen Mandaten, Konflikte zwischen der Rolle des*der Helfer*in und Kontrolleur*in und auch der Spagat zwischen Anspruch und den Windmühlen der Praxis.

„Wer die Praxis kennt, wer sich mit Studierenden und Lehrenden unterhält und die Fachliteratur verfolgt, spürt Ratlosigkeit: Fachkräfte arbeiten unter prekären Bedingungen, bei zunehmenden Notlagen ihrer AdressatInnen. Viele sind frustriert oder ausgebrannt; BerufsanfängerInnen erleben z.T. einen «Praxisschock», der nicht etwa dem unvermeidlichen «Sprung» ins konkrete Handeln entspringt, sondern dem Erleben, dass die im Studium gelernte Professionalität in der Praxis nicht nur unmöglich, sondern vielfach nicht einmal gewollt ist.“ (Schreier 2010)

3 Forschungsinteresse

Bezugnehmend auf die Vorkapitel, lässt sich feststellen, dass die Soziale Arbeit, durch die Pandemie vor alten, akuten, aktuellen und neuen Herausforderungen steht. Während aus Sicht der Profession ein einheitliches Auftreten gewünscht ist, zerfasert sich die Ausrichtung in der Praxis. Einheitliches Auftreten bedarf einheitlicher Standards, doch wie können diese in unterschiedlichen Handlungsfeldern, mit unterschiedlicher Klientel entstehen? Während viele Felder zunehmend digitalisiert werden konnten, widmet sich diese Arbeit zwei Handlungsfeldern, deren Praxisalltag durch erhöhte Präsenz gekennzeichnet war. So beschreibt der Bericht des BMSGKP, dass mehr als ein Viertel der Sozialorganisationen neue

Angebote und Leistungen als Reaktion auf die Pandemie entwickelt hätten (vgl. Millner et al.; zit. in BMSGPK 2020-2021:92). Ob dies auf Initiative hin erfolgte oder sich aus Ressourcenmangel ergab, wird nicht beschrieben.

Die Basis der Sozialen Arbeit, feldübergreifend, ist die Etablierung einer professionellen Arbeitsbeziehung. Doch wie professionell kann so eine Beziehung sein, wenn die Profession als solche, im eigenen Land, keinem verbindlichen Qualifikations- und Kompetenzrahmen unterliegt?

„Soziale Arbeit als Profession verfügt über ethische Standards. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich sind diese weder für Adressat*innen noch für die Fachkräfte Sozialer Arbeit rechtlich verbindlich. Auf EU-Ebene entwickelte Vorschläge zu Qualitätsstandards Sozialer Dienstleistungen wurden bislang nicht in österreichisches Recht übernommen.“ (Pollack 2022)

Die Autor*innen sehen den Wert dieser Arbeit in der Linie, der Kritik von Heitzmann (siehe Kapitel 1), dass die Soziale Arbeit, wenn sie Veränderungen anstreben möchte, hierfür auch einer valide Datenlage bedarf. Diese darf nicht nur durch staatliche Vorgaben entstehen, sondern muss auch auf Eigeninitiative im Feld passieren. Die im Kapitel 2 erwähnte Heterogenität, mit der die Handlungsfelder auf die Pandemie reagierten, impliziert die Relevanz differenzierter Forschung. Es stellt wiederum auch die Dringlichkeit von angepassten bzw. passgenauen Gesetzen, Verordnungen und Maßnahmen für die Bereiche und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit dar. Konkrete Regelungen, u.a. auf gesetzlicher Ebene, könnten beispielsweise ausschlaggebend für ein effizientes Krisenmanagement innerhalb der Sozialen Arbeit sein.

Diese Arbeit soll die angeklungenen Defizite näher beleuchten, Forschung dort betreiben, wo sie in der Datenlage gefordert wird und Professionist*innen aus der "Front-Line" zu Wort kommen lassen, um zu ermitteln, welche Schritte es zur Vermeidung der Deprofessionalisierung und zur Standortbestimmung- wie Festigung der Profession braucht. Wie bereits, in der Ausgangs- und Problemlage erwähnt, gibt es hierzu nur wenig Forschung und Erfahrungsberichte, in ohnehin schon unterrepräsentierten Handlungsfeldern und demnach wenig wissenschaftliche Relevanz. Somit führt eine kaum beforschte Thematik zu einer Datenlücke und einer mangelnden medialen und globalen Präsenz. Die Perspektive der Klient*innen fehlt quasi gänzlich.

Ohne repräsentative Daten können, aus Autor*innensicht, jedoch keine Forderungen gestellt werden. Forderungen können wiederum nur bzw. leichter gestellt werden, wenn eine einheitliche Berufsvertretung vorhanden wäre. Durch diese fehlende einheitliche Berufsvertretung ist innerhalb der verschiedenen Handlungsfelder, Organisationen und Einrichtungen unterschiedlich gehandelt worden, wodurch manche Institutionen während der Pandemie als systemrelevant eingestuft und bei der Impfung priorisiert wurden und andere nicht. Ein einheitliches Berufsgesetz, unter Berücksichtigung aller Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, könnte einer Ungleichbehandlung auf vielen Ebenen entgegenwirken und für mehr soziale Gerechtigkeit seitens professioneller Akteur*innen aber auch für Klient*innen und Nutzer*innen sorgen. Auch was das Krisenmanagement mit all den damit verbundenen Aufgaben betrifft, wird hier die Relevanz dieser Thematik deutlich.

3.1 Hypothesen

Aufbauend auf der Recherchearbeit ergeben sich für die Autor*innen unterschiedliche Vorannahmen. Aufgrund sich ständig ändernder politischer bzw. gesetzlicher Verordnungen und Maßnahmen nehmen Institutionen/Organisationen/Vereine eine passiv-reaktive Rolle ein. Im „Krisenmodus“ gilt: „Jede*r für sich!“. Die individuellen Maßnahmen der Institutionen/Organisationen/Vereine werden vermutlich dadurch auch auf individueller Ebene getroffen worden sein und nur wenig auf Vernetzung basieren. Dies wird auch zu einer qualitativen Abnahme der jeweiligen Leistungsangebote rückzuführen sein.

Die Autor*innen nehmen an, dass die Institutionen/Organisationen/Vereine die Sicherheit, vor allem die der Klient*innen, an erste Stelle setzen. Ähnlich der politischen Maßnahmen wird dies zu Einschränkungen der Rezipient*innen, in diesem Fall der Klient*innen führen. Da den Autor*innen das digitale Potential in der beruflichen Alltagspraxis gering scheint, wird angenommen, dass mehr Leistungen gestrichen als anderweitig adaptiert werden. Neue Methoden werden eher aus Mangel an Ressourcen („aus der Not heraus“) geboren und sich weniger als langfristig konzipierte Maßnahmen etablieren.

Darüber hinaus ist ein digitaler Ausbau aufgrund der, von den Autor*innen angenommenen, fehlenden technischen Ressourcen, seitens der Klient*innen, wenig sinnvoll bzw. ohnehin nicht realisierbar. Zusätzlich wird, aus eigener Praxis, das Ausmaß an Ressourcen und/oder Kompetenzen, abhängig der Zielgruppe, im Zu- und Umgang mit digitalen Medien als gering eingestuft. Wenn überhaupt, dann werden sich digitale Adaptionen auf Seite der Professionist*innen finden. Auf Klient*innenseite vermuten die Autor*innen, dass die Pandemie sich auf die Erreichbarkeit der jeweiligen Klient*innengruppe stark unterschiedlich ausgewirkt hat.

Für die soziale Landschaft wird vermutet, dass neue Potentiale für Sichtbarkeit von Missständen außer- und innerhalb der Profession entstanden und entstehen.

3.2 Forschungsfragen

Hauptforschungsfrage (HFF)

- Welche Veränderungen gab es durch COVID-19 in den zwei ausgewählten Feldern der SA, deren Handlungsprozesse nicht digital ersetzbar waren?

Subforschungsfragen (SFF)

- Woran lassen sich diese Veränderungen festmachen?
- Welche Faktoren spielen eine Rolle im Kontext der Nicht-Ersetzbarkeit?
- Welche Gefahren und Herausforderungen ergeben sich, wenn diese Faktoren nicht entsprechend berücksichtigt werden?

4 Forschungsdesign

4.1 Zugang zum Feld

Ausgehend vom beruflichen, durch die Berufstätigkeit in den zu erforschenden Handlungsfeldern, und persönlichen Interesse, beschäftigten sich die zwei Autor*innen im Vorfeld bereits, mittels Literaturrecherche, intensiv mit den Thematiken.

Durch die Heterogenität der beiden Handlungsfelder, war es den Autor*innen wichtig beim Sampling die Homogenität des Forschungsfeldes hinsichtlich Tätigkeitsbereiche der zu interviewenden Professionist*innen hervorzuheben. Somit wurden je zwei Bereichs- bzw. Teamleiter*innen interviewt. Abgerundet wurden diese Erhebungen dann durch Interviews aus der „Frontline“.

4.1.1 niederschwellige Drogenarbeit

Im Bereich der niederschweligen Drogenarbeit war es der Autor*in wichtig die Thematik des Forschungsfeldes aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Einrichtung zu betrachten. Für die Erhebung wurden 3 Einrichtungen in Deutschland und Österreich ausgewählt. Dabei wurden 2 Einrichtungsleiter, von „Fixpunkt e.V.“ (ITV4/T4) und „Caritas-Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich“ (ITV6/T6), die auch als Sozialarbeiter in den Einrichtungen tätig sind, und ein Sozialarbeiter des Vereins „SUBSTANZ“ in Linz (ITV5/T5) interviewt.

4.1.2 Behindertenbereich

Das Modell der unterschiedlichen Blickwinkel findet sich auch in den Erhebungen, via Leitfadenterview, im Feld der Behindertenhilfe wieder. Hierzu wurden die Wohnbereichsleitung (ITV1/T1) und Teamleitung (ITV2/T2), tätig in einem sozialen Dienstleistungsunternehmen in Wien, welches Plätze für betreutes Wohnen und Tagesstrukturen, für Menschen mit Beeinträchtigung/Behinderung anbietet, befragt. Als alternativen Einblick führte der Autor zusätzlich zwei Interviews mit Sozialpädagoginnen / Behindertenbetreuerinnen, tätig in Niederösterreich im Bereich „betreutes Wohnen“ (ITV3/T3) und „Tagesstruktur“ (ITV7/T7), um alternative Blickwinkel zu erhalten.

Wichtig ist festzuhalten, dass die Interviewpartner*innen darauf bestanden, dass ihre Daten, sowie die Nennung ihres Arbeitgebers anonymisiert zu behandeln sind.

4.2 Erhebungsmethodik

4.2.1 Leitfaden/Expert*innen-Interview

Für ein Leitfaden-Interview werden im Vorfeld Fragen, auf Basis der Recherche und Themenfokussierung vorbereitet, um die thematisch-relevanten, zu erforschenden Inhalte zu erfragen. Trotzdem folgt diese Form der Erhebung keinem eingegrenzten Rahmen. Im Gesprächsverlauf kann die Reihenfolge der Fragen adaptiv erfolgen. Erfolg erfährt die Durchführung, wenn die persönliche Sicht auf das zu erfragende Thema erhoben werden kann (vgl. Flick 2019:113-115).

4.2.2 Podcasts

Zusätzlich zu den Interviews wurde noch ein Podcast für die Analyse und Auswertung ergänzend herangezogen. Verwendet wurde eine Folge des vollständig transkribierten „Sozialpod´s“, mit dem Geschäftsführer der Suchthilfe Wien, Roland Reithofer, der unter anderem über die pandemiebedingten Herausforderungen im Bereich der niederschweligen Suchthilfe berichtet.

4.3 Auswertungsmethodik

4.3.1 Strukturgeleitete Textanalyse

Als Auswertungsmethode für die systematische Arbeit von umfangreichem Datenmaterial wurde die strukturgeleitete Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid (2017) gewählt. Als Basis für die Erstellung des Leitfadens werden klare, forschungsleitende Hypothesen benötigt (vgl. ebd.). Für die Auswertung wird bzw. kann mit einer mehr oder weniger geringen Anzahl an Interviews und Transkripten gearbeitet werden. Die „Auswertungsmatrix“ baut auf das Erhebungsinstrument, dem Leitfaden der Interviews, auf (vgl. ebd.:130). Das gewählte „Auswertungsformat, [sic!] ist aber nur für strukturierte (in der Regel leitfadengesteuerte) Erhebungen, respektive hypothesenabarbeitende Forschungsstrategien/ Forschungsfragen sinnvoll.“ (ebd.:131)

Die Struktur der Auswertung ist demnach deduktiv und richtet den Fokus auf manifeste Inhalte bzw. Aussagen. Für latente Bedeutungsinhalte bedarf es weiteren Analysen nach hermeneutischen Methoden (vgl. ebd.).

Die Auswertungsmatrix selbst wurde mit einer, von den Autor*innen (Auer-Voigtländer / Schmid 2017) empfohlenen, Microsoft-Excel-Tabelle erstellt (vgl. ebd.:132).

„Jede (vor-)definierte Kategorie – in der Regel je eine Frage bzw. ein Thema des Erhebungsinstruments – beinhaltet alle Aussagen des gesamten Datenmaterials, welche dieser zugeordnet werden konnten.“ (ebd.:134)

Der manifeste Inhalt des gesamten Datenmaterials wird durch die zusammengefassten Zeilen- / Kategorienaussagen erfasst (vgl. ebd.). Die im Vorfeld exakt vordefinierten Kategoriendimensionen sind die Voraussetzung für das Herausarbeiten bestimmter Strukturen und Muster, die sich auf inhaltliche Aspekte beziehen (vgl. ebd.:141). Die Auswertungsmatrix wurde durch die gewonnenen Daten der durchgeführten Interviews, einem Interview aus Sekundärdaten und einem Podcast befüllt und anschließend ausgewertet und analysiert.

4.4 Setting und Durchführung

Während den Autor*innen die Erhebung via Fragebogen zu statisch und oberflächlich schien, wäre eine Vereinigung der Erhebungskandidat*innen in Form einer Gruppendiskussion die bevorzugte Wahl gewesen. Dies kam auf Wunsch der Kandidat*innen nicht zustande. Gründe hierfür waren zum einen sicherheitsbezogene Gedanken (Omikron), zum anderen der Wunsch, die persönlichen Sichtweisen behutsam im 1:1 Setting zu erzählen.

Die Terminfindung stellte sich als stellenweise kompliziert heraus. Beispielsweise mussten die Interviewpartner*innen häufig spontan einen Dienst ihrer Kolleg*innen übernehmen, was bereits das hohe Maß an Flexibilität in diesen Arbeitsfeldern widerspiegelt. Andere Professionist*innen, vorwiegend aus der Tagesstruktur, verschoben mehrfach und sagten letztlich ab. Begründet wurde dies einerseits durch hohe berufliche Anforderungen aber auch durch private Schicksalsschläge und Komplikationen, welche den Fokus auf die Arbeit dann vergessen lassen.

Unabhängig davon waren die Terminvereinbarungen via E-Mail-Verkehr überschaubar und unkompliziert. Durch das Angebot die Interviews via Zoom oder BigBlueButton durchzuführen, konnten diese zeitnah stattfinden.

5 Stand der Forschung

Zu Beginn der Pandemie wurde der New Yorker Gouverneur Andrew Cuomo noch mit der Deskription "The Great Equalizer" zitiert. Stand heute wird einstimmig konstatiert, dass nach wie vor manche „Gleicher als Gleich“ sind und sich die Gräben nur noch weiter vertieft und erweitert haben. Die determinierenden Faktoren sind Bildung, Gesundheit, Menschen in prekären Beschäftigungs- und Wohnverhältnissen und Menschen mit Migrationshintergrund, kurz, das Klientel der Sozialen Arbeit (vgl. Huang 2020).

Die stärksten Auswirkungen der Pandemie treten vor allem im Bereich des Arbeitsmarktes auf. Neben Veränderungen durch Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit wirkt sich die Situation auch auf die Arbeitsbedingungen aus. Dies ist besonders bei sogenannten systemkritischen Berufen („Systemerhalter“) bemerkbar (vgl. Schönherr / Zandonella 2020:1-3). Ob Soziale Arbeit eine

systemerhaltende Wirkung hat, wird auch innerhalb der Profession kritisch diskutiert. Nach Sozialarbeitswissenschaftler Mühlum agiert die Soziale Arbeit zwischen den Polen der „Systemerhaltung und Systemgestaltung“. Wobei hier auch der systemerhaltende Faktor (welches System erhalte ich?) durchaus fragwürdig behaftet ist (vgl. Mühlum; zit. in Lallinger / Rieger 2020:17).

Ähnlich uneinig ist man sich auch bei der Forschung über Systemerhalter*innen durch das SORA-Institut. Demnach mussten Systemerhalter*innen ihren Beruf weiter unter „erhöhten Gesundheitsrisiken, starken körperlichen und psychischen Belastungen, sowie zu teils überlangen Arbeitszeiten“ (Schönherr / Zandonella 2020:1) verrichten. Eine genaue Beschreibung der Sozialen Arbeit in der Pandemie geht aus der Studie nicht hervor. Die Soziale Arbeit wird zwar in der Einleitung herausstechend angeführt, durch ihre „Normalisierungsarbeit“, folglich wird jedoch das Feld der sozialen Arbeit, das aus 4000 unselbstständig Erwerbstätigen besteht, mit Ausnahme „Altenpflege und Behindertenbetreuung“ nicht weiter behandelt (vgl. ebd.). Während der prozentuelle Anteil aus Betreuung in der Behindertenarbeit zwischen sozial-geförderten Wohneinrichtungen oder/und klinischen Settings in der Studie nicht näher heraus differenziert wird, ergibt sich das Bild, dass dieses Feld stets in den Top 3 (von 11) Berufsfeldern steckt, was atypische Beschäftigungsverhältnisse, unregelmäßige Arbeitszeiten, Überstunden, untypische Arbeitszeiten / Randzeiten und der Angabe seelischer Belastung am Arbeitsplatz betrifft. Beim Einkommensvergleich landet der Bereich in den unteren drei Plätzen (vgl. ebd.: 5-14).

Miller und Grisse-Owens lehnen sich mit ihren Erhebungen, mit knapp 4000 Sozialarbeiter*innen, an der Kritik von Heitzmann an. Es braucht flächendeckendere Forschung im Feld. Während in der Studie betont wird, dass die Soziale Arbeit in Form der Arbeitsleistung einen unschätzbaren Wert in der Krise beweist, reagiert das Personal der Sozialen Arbeit mit einem mäßig bis moderatem Stress-Anstieg. Was zuerst antiklimatisch wirkt, zeigt sich jedoch bei näherer Betrachtung besorgniserregend, da die Studie vor allem festhält, dass Professionist*innen, vor allem Neueinsteiger*innen, bereits vor der Pandemie unter belastenden Bedingungen ihre Arbeit verrichteten (vgl. Miller / Grise-Owens 2021:2-12). Die Belastungen veränderten sich über die Pandemie, von Lockdown zu Lockdown. Während in Deutschland, über alle Handlungsfelder hinweg, der Mangel an Schutzmöglichkeiten (Masken, Anzüge, etc.) beklagt wurde, veränderte sich die Art und Weise des Umgangs mit den Klient*innen (Telefonate, digitale Zugänge, etc.) je nach Handlungsfeld differenziert. Die Hälfte gibt an, dass die Einhaltung des Mindestabstandes schwer umzusetzen war. In Einrichtungen des betreuten Wohnens (wie auch der Wohnungslosen- und Behindertenhilfe) geben die Professionist*innen noch häufiger diese Problematik an (vgl. Meyer / Buschle 2020:6-13).

Eine Diskussion um die Relevanz und Sichtbarkeit der Profession findet sich auch in Österreich. Ein Beispiel hierfür zeigt das Ausschluss der Professionist*innen in der Behindertenbetreuung hinsichtlich des Coronabonus´ aus dem Pflegefondsgesetz (vgl. Mittermair 2021). Aus einer Umfrage von 2344 Professionist*innen geht hervor, dass ein Drittel aller Einrichtungen nur für Mitarbeiter*innen geöffnet war. 70% blieben auch für Klient*innen geöffnet, was jedoch mit Einschränkungen im Ausmaß und der Qualität der Betreuung

verbunden war. Daraus differenziert sich, dass behördliche Einrichtungen zur Hälfte geschlossen blieben. Kaum Schließungen verzeichnen Einrichtungen für Wohnungslose / Menschen mit Suchterkrankung und Menschen mit Beeinträchtigung (vgl. Meyer / Buschle 2020:10-11). Zwei Drittel der Befragten geben eine Wahrnehmung von Verschlechterung der Kontakt- und Arbeitsqualität in der Klient*innenkommunikation an. Professionist*innen aus dem Bereich der Behinderten- und Wohnungslosenhilfe sehen die Veränderung zu erhöhter digitaler Kommunikation als „deutliche Verschlechterung professioneller Standards“ (vgl. Reamer 2013:169). Die geleistete Arbeitsqualität werde den Betroffenen nicht gerecht. Diese Abnahme an Qualität wird unter anderem in der Abnahme der interprofessionellen Kontakte, der digitalen Teamsitzungen (oder dem Ausfall dieser, sowie Supervision) und unklarer Kommunikation durch Politik und Arbeitgeber begründet. Häufig bleibt nur noch eine dezentrale Arbeit, basierend auf Eigeninitiative (vgl. ebd.:13-16).

Weit mehr als die Hälfte der befragten Professionist*innen gibt an, dass die Soziale Arbeit einen wichtigen Teil in der Pandemie leistet. Eine Diskrepanz ergibt sich in der Wahrnehmung von Systemrelevanz und Anerkennung. So geben mehr als die Hälfte an, sich als systemrelevant zu betrachten, gleichzeitig jedoch, ebenso mehr als die Hälfte, sieht sich gesellschaftlich also solche nicht anerkannt. Der Großteil sieht keine Veränderungen durch die Pandemie entstehen, beziehungsweise, dort wo Veränderung gesehen wird, ist diese mit erhöhtem Mehraufwand durch Professionist*innen zu erwarten (vgl. ebd. 18-19).

In der Folgestudie ergeben sich, für die zu behandelnden Handlungsfelder hinsichtlich Öffnungen, mit Ausnahme von Tageszentren, kaum Veränderungen. Es wird nur umso mehr betont, dass stationäre und teil-stationäre Einrichtungen seit jeher überwiegend geöffnet blieben. Die Studie zeigt vor allem, dass die Angebote in diesen Feldern gleichbleibend sind, sich der Arbeitsaufwand jedoch merkbar erhöht hat. Am stärksten sei die Zunahme in der Arbeit mit Menschen “in prekären Lebenslagen”. Die Arbeit mit beeinträchtigten Menschen erfährt ebenso einen drastischen Arbeits- und Betreuungsaufwand (vgl. Meyer / Alsago 2021:2-4). Im Fall der Behindertenhilfe wird von Umsatzeinbußen, geringen externen Therapieangeboten und der finanziellen Belastung durch notwendige Anschaffungen von Schutzmaßnahmen berichtet. Während Wohnformen geöffnet blieben, schlossen viele Tageseinrichtungen und sind stellenweise bis heute im reduzierten Betrieb. Dies schafft wiederum einen erhöhten Betreuungsaufwand für Erstere, besonders betont wird der Verwaltungsaufwand (BMSGPK 2020-2021:108-113).

Der Sektor des Wohnens hatte somit einen erhöhten Leistungsaufwand zu verzeichnen. Man berichtet von gleichbleibender Anzahl der Professionist*innen, was jedoch mehr Arbeit pro Kopf bedeutet. Für Aufstockungen waren die finanziellen Mittel häufig nicht vorhanden (vgl. ebd; Meyer / Alsago 2021:2-4).

Nach wie vor geben drei Viertel aller Befragten an, dass die Schutzmaßnahmen ihre alltägliche Arbeit negativ verändern/veränderten. Dies nach wie vor rückschließend auf Kontaktaufnahme und deren Erhalt, Pflege- und Arbeitsqualität. Während Professionist*innen der Wohnungslosenhilfe tendenziell von sich verschärfenden Bedingungen ausgehen (siehe auch Ganztagsöffnungen), geht man im Feld der Behindertenhilfe tendenziell von einem gleichbleibend hohen Aufwand aus (vgl. ebd.:5-8).

Während Meyer et al. in der persönlichen Wahrnehmung der Professionist*innen diffiziler hantieren, ist die Betrachtungsweise der Forschung im Auftrag des BMSGPK eher wirtschaftlich-behördlich orientiert. Überschneidungen findet man in der Wahrnehmung der Leistungsqualität und des Leistungsangebotes, beziehungsweise in der Wahrnehmung der Belastung durch die Pandemie (vgl. Meyer / Alsago 2021; BMSGPK 2020-2021).

Der Wegfall der Leistungen wurde in 30 Interviews (Anm. deutliche geringe Breite), bezogen auf die Zielgruppen, mehrheitlich als erschwerend bezeichnet. Hervorgehoben werden die Kinder- und Jugendhilfe, die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und die Obdachlosenhilfe. Letztere habe besonders stark mit steigender Vulnerabilität durch gesundheitliche Vorbelastungen zu kämpfen (siehe 5.3 Zielgruppendefinition) (vgl. ebd.; SHW Tätigkeitsbericht 2020).

Wie in Deutschland war auch in Österreich das Ausmaß der Digitalisierung hier überschaubar. Während andere Handlungsfelder vermehrt digital gingen, berichtet sowohl das Handlungsfeld der Behindertenhilfe als auch das der niederschweligen Drogenarbeit eine zunehmende Vulnerabilität der Zielgruppe und begründet somit den ansteigenden Arbeitsaufwand. Vor allem medizinische Notlagen nahmen zu (vgl. BMSGPK 2020-2021:94,108-113).

Erfahrungsberichte der Behindertenhilfe berichten von der Maxime, Infektionen zu vermeiden. Dies führte zu Herausforderungen für Professionist*innen wie Klient*innen zugleich. Während tagesstrukturierende Maßnahmen die Pforten stellenweise schlossen oder/und nur in geringem Maß anboten, verschob sich der Hauptaufwand in die Wohnbetreuungsformen. (vgl. Pickl 2021:320-325).

Allgemein wurde die Arbeit in der niederschweligen Drogenarbeit, inklusive Streetwork, als sehr belastend und anstrengend wahrgenommen (vgl. TP1, Z 412,488). Trotz schwieriger Bedingungen und sich ständig ändernden Rahmenbedingungen konnte aber ein verstärkter Zusammenhalt und eine gewisse Widerstandsfähigkeit wahrgenommen werden (vgl. Caritas 2020; SHW 2020).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Krisenmanagement der Sozialen Arbeit. Das Fehlen einer spezifischen Ausbildung diesbezüglich wurde bereits 2014 von Cooper und Briggs (vgl. 2014) kritisiert. Soziale Arbeit in (Post-)Krisenzeiten konzentrierte sich vor der Coronapandemie hauptsächlich auf die Bereitstellung von Hilfsangeboten, die nützlich, krisenorientiert und sofort einsetzbar sind bzw. sein sollten (vgl. ebd.:38-39). Katastrophenmanagement sollte, nach Cooper und Briggs (vgl. 2014), von Expert*innen und spezialisierten Organisationen anhand von geplanten Simulationen und Workshops stattfinden. (Werdenden) Sozialarbeiter*innen könnten von diesen „unbezahlbaren“ Expert*innenwissen profitieren und Einblicke in deren komplexe Realität(en) erhalten. Weiters gehört es zu den Pflichten der Sozialen Arbeit die Erfahrungen und Ansichten von Nutzer*innen, Überlebenden und Ehrenamtlichen zu verstehen, zu beforschen und daraus zu lernen (vgl. ebd.:41). Für einen umfangreichen, vielfältigen Ansatz ist es hierbei wichtig die Theorie in der Praxis zu lernen (vgl. ebd.:42). Keine Ausbildung bedeutet daher wenig bis keine Expertise hinsichtlich

Katastrophenrettung und -management, was die Deprofessionalisierung der Sozialen Arbeit vorantreibt.

5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Auch auf der gesetzlichen Ebene kam es zu keinen konkreten Regelungen und Maßnahmen hinsichtlich Suchtprävention, Obdach- und Wohnungslosigkeit. In der „COVID-19-Öffnungsverordnung – COVID-19-ÖV und 1. Novelle zur COVID-19-Öffnungsverordnung“ (Fassung vom 10.06.2021) werden sowohl wohnungs- und obdachlose Menschen als auch Notschlafstellen in keiner Form erwähnt. Weiters wird für die Umsetzung der Verordnung/Maßnahmen ein „eigener“ oder „gemeinsamer Haushalt“ vorausgesetzt, auf diesen in fast allen Paragraphen hingewiesen wird.

„Beim Betreten öffentlicher Orte im Freien ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten.“ (COVID-19-ÖV, § 2 (1))

Darüber hinaus ergeben sich neue Problematiken für Einrichtungen, wie beispielsweise Suchthilfeeinrichtungen, die mehrere Dienstleistungen anbieten, da diese unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen unterliegen (vgl. Hasselbach / Kratz 2021, 00:02:15).

Eine gesetzliche Änderung im SMG zugunsten von suchtkranken Menschen, die in Substitutionsbehandlung sind, wurde im Rahmen des COVID-19-Maßnahmengesetzes geschaffen. Der eingeführte § 8a Abs. 1c ermöglicht es substituierenden Ärzt*innen eine Substitutions-Dauerverschreibung auszustellen, wodurch in bestimmten Fällen eine Vidierung, durch den*die Amtsarzt*ärztin nicht erforderlich ist. Durch die Änderung soll die Aufrechterhaltung von Opioid-Substitutionsbehandlung unter gleichzeitiger Einhaltung der COVID-19 Ausgangs- und Kontakteinschränkungen gewährleistet werden. Darüber hinaus wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die Möglichkeit geschaffen, Rezeptverschreibungen von suchtmittelhaltigem Arzneimittel den Apotheken per E-Mail oder Fax zu übermitteln (vgl. Horvath et al. 2020a:III-IV). Obwohl diese Gesetzesänderungen für Substitutionspatient*innen eine Erleichterung waren bzw. sind, waren diese primär zur Entlastung der substituierenden Ärzt*innen gedacht (vgl. parlament.gv.at o.A.).

Im Gegensatz zu obdach- und wohnungslosen Menschen sind „Alten- und Pflegeheime, sowie stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe“ unter COVID-19-ÖV, § 11 explizit angeführt. Unter COVID-19-ÖV, § 12 finden sich „Krankenanstalten, Kuranstalten und sonstige Orte, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden“, wozu beispielsweise Tageszentren der Suchthilfe, wo Gesundheitsleistungen angeboten werden, dazuzählen könnten bzw. würden. Was jedoch genau unter „sonstige Orte [...]“ verstanden wird, ist womöglich ein Aushandlungsprozess der jeweiligen Organisationen, wo diese sich positionieren. Darüber hinaus ist das Einhalten von Hygienemaßnahmen in Notschlafstellen,

wo die Nächtiger*innen nicht als „gemeinsamer Haushalt“ gezählt werden, unmöglich (vgl. SHW 2020).

Als Grauzone hat sich in der Recherche und Datenerhebung der Begriff des „Wohnens“ in der Behindertenhilfe herausgestellt. In Pflege- und Behinderteneinrichtungen konnten auf Basis der epidemiologischen Situation der Zugang in die Einrichtungen reglementiert werden. Dies betrifft die Anzahl an Besucher*innen und das Ausmaß ihres Besuches. Im endgültigen Fall kann der Zugang zu diesen Orten untersagt werden, wenn dies nicht mit gelinderen Mittel ermöglicht, werden kann (COVID-19-MG, §4).

Bis heute ist auch Basis der Öffnungsverordnungen der Besuch für Personen in Einrichtungen gedeckt. Maximal 3 Besucher*innen pro Tag, inklusive Nachweis des Bedarfes, wie zum Beispiel von pflegerischen Tätigkeiten. Diese müssen einen 2G-Nachweis (vgl. BMSGPK 2022) und zusätzlich einen gültigen, negativen PCR-Test vorweisen (COVID-19-ÖV, § 11 (1,2)).

Aus der Recherche zeigt sich zusammenfassend, dass die Sichtweise angewandt wird, dass die Bewohner*innen „Personen, die die Maßnahmen in Anspruch nehmen (Konsument*innen)“ (vgl. BMSGPK o.A.:4) sind. Während für „Normalbürger*innen“ die Empfehlungen galten die Ausgangszeit auf bestimmte Zeiten zu beschränken, die notwendigen Grundbedürfnisse zu decken oder die häufig überstrapazierte Phrase (COVID-19-MG, §6 (2,3,5)) „Aufenthalt im Freien zur körperlichen und psychischen Erholung“ zu bemühen, waren Nutzer*innen von Angeboten des unterstützenden Wohnens mit den Grenzen des behördlichen Kontextes konfrontiert.

Abseits der Maßnahmenverordnungen in Bezug auf Schutzmaßnahmen wie Kleidung, Testung, Hygienevorschriften und Umgang mit Kontaktpersonen, ließ man den Einrichtungen aufgrund der „Heterogenität“ ihres Klientels freie Hand, um „die für sie optimale Lösung“ zu finden (vgl. BMSGPK o.A.:6). So zeigt sich auch in unseren Erhebungen ein restriktiver Umgang mit Ausgängen während der Pandemie, nicht nur für externe Besucher*innen, sondern auch für Bewohner*innen, welche bei längerer Abstinenz ebenso Auflagen zur Rückkehr in ihre eigenen vier Wände zu erfüllen hatten (vgl. ebd.).

6 Theoretischer Hintergrund

Auf den folgenden Seiten sollen die relevanten Blickwinkel auf die Soziale Arbeit gelegt werden. Diese stellen die Basis für das Handeln der Profession dar und liefern gleichzeitig Vorwissen, als Basis- und Vergleichsmaterial für die folgenden Erkenntnisse der Forschung.

6.1 Ethik-Kodex & ethische Standards

“Ethical awareness is a fundamental part of the professional practice of social workers. Their ability and commitment to act ethically is an essential aspect of the quality of the service offered to those who use social work services.” (IFSW / IASSW 2005:1)

Bereits im ersten Absatz des Ethik-Kodex der Sozialen Arbeit ist die vordringlichste Botschaft, dass die Qualität der Profession durch die Wahrung ihrer Werte hervorgeht.

Anschließend kann man an Aussagen von Pollak und Schreier festhalten, dass der Kodex den Diskurs mit Politik und Arbeitgeber*innen, hinsichtlich exkludierender Rahmenbedingungen der Zielgruppen und erschwerenden Praktiken, quasi einfordert. Es soll die Diskussionskultur intern und extern bereitet werden, da letztlich die Soziale Arbeit “ethisch informierte” Entscheidungen treffen soll, für welche sie in der Verantwortung steht (vgl.ebd.:5-7). Die Sichtweise des IFSW und IASSW spielen, je nach Betrachtungsweise, den Ball der Profession selbst zu, um aktiv zu werden.

“Social workers are expected to develop and maintain the required skills and competence to do their job.” (ebd.:6)

Eine Aussage, welche unter dem Gesichtspunkt der mangelnden einheitlichen Standards kritisch zu betrachten ist. Welche Skills können denn die Berufskompetenz wahren? Und wer kontrolliert sie? Mangels Vorgaben, sind es, aus Sicht der Professionist*innen, die jeweiligen Arbeitgeber*innen (siehe 1.1). Der Kodex selbst liefert jedoch auch Potentiale zum Rollenkonflikt.

"Social workers should not subordinate the needs or interests of people who use their services to their own needs or interests. Vs 6. Social workers have a duty to take necessary steps to care for themselves professionally and personally in the workplace and in society, in order to ensure that they are able to provide appropriate services." (ebd.:6)

versus

“Social workers have a duty to take necessary steps to care for themselves professionally and personally in the workplace and in society, in order to ensure that they are able to provide appropriate services.” (ebd.:6)

Die Balance aus der beruflichen Verpflichtung und dem persönlichen Schutz zu finden ist nicht nur Aufgabe in der Sozialen Arbeit, konfrontiert diese jedoch häufig mit ethischen Dilemmata (vgl. Banks et al. 2020:12-14).

Wenn man etwas tiefer in die Materie geht, finden sich noch weitere Punkte, an denen die ethischen Standards der Profession unter einem harten Alltags- und Pandemie-Check stehen.

“Social workers should provide services and represent themselves as competent only within the boundaries of their education, training, license, certification, consultation received, supervised experience, or other relevant professional experience.“ (NASW o.A.)

Sieht man sich jedoch nochmals die Forderungen nach Krisenkompetenzen der Sozialen Arbeit und den Folgen auf die Handlungsfelder durch die Pandemie an, darf die Frage erlaubt

sein, wie viele Tätigkeiten auf “education, license und certification” basieren und wie viele aus der Not geboren wurden.

Während die Soziale Arbeit aus der Fürsorge entwachsen ist und sich Methoden und Praktiken anderer Disziplinen wie der Psychologie oder Soziologie bedient - um nur zwei zu nennen - drängt sie vermehrt auf Alleinstellungsmerkmale, um den wissenschaftlichen Anspruch an die Profession zu rechtfertigen.

„Das Alleinstellungsmerkmal Sozialer Arbeit liegt darin, dass sie in der Lage ist, sowohl in Bezug auf die Handlungs- und Wissenschaftsorientierung als auch zwischen den Anspruchsberechtigten bzw. Adressat*innen(gruppen) sowie Politik und Verwaltung zu vermitteln.“ (OBDS 2021:2)

Doch ist es, in Zeiten der Pandemie wirklich so, dass die Soziale Arbeit zwischen Politik und Verwaltung vermittelt? Oder ist die Soziale Arbeit ein ausführendes Organ politischer Vorgaben? Einig ist man sich scheinbar, auch international, was die Soziale Arbeit in ihrem Auftreten braucht.

“Maintaining values in facing uncertainty needs boosting international collaborations and efforts that can enhance collective actions among social workers. Acting quickly and building collaborations may not be easy at the time of crisis; however, this is necessary to move forward.” (Afrouz 2020:565)

Der Weg zur Festigung der Profession und von Professionalität ist es, als starke Einheit aufzutreten. Hier kann wieder ein Querverweis zum Ruf nach einem einheitlichen Berufsgesetz getätigt werden. Um sich jedoch gut positionieren zu können, muss der Blick über die Handlungsfelder und die Politik hinaus, in die Gesellschaft gehen, der Fokus nicht nur auf bestehenden Dilemmata des Kodex liegen, sondern die Augen für neue, ethische Probleme offen sein.

Die Pandemie brachte nämlich, zweifelsohne, eine Menge neue ethische Fragen mit sich! Während die Entscheidung - autonom betrachtet - ein Altersheim abzuriegeln im Sinne der Senkung der Infektionszahlen vertretbar ist, entstehen hiermit jedoch - im Gesamtkontext - neue Leidensdrücke wie Vereinsamung und soziale Distanz. Auch nach mehr als einem Jahr Pandemie sind viele Ansteckungsverläufe und Art der Übertragungen unklar (vgl. Jäggi 2021:199-200).

Die Maßnahmen basieren jedoch auch auf solch unklaren Faktoren. Umso wichtiger scheint ein fester Stand der Profession der Sozialen Arbeit, um selbst die eigenen Maßnahmen und Schritte setzen zu können.

6.2 Mandate der Sozialen Arbeit

Die Mandate der Sozialen Arbeit stellen die Seite der Auftraggeber*innen der Profession, sowie ihre daraus folgende Positionierung dar. Die Profession ist in ihre Mandate gegliedert. Als ursprüngliche Referenz galt das doppelte Mandat, als Spagat zwischen dem Auftrag der Gesellschaft und dem Auftrag auf Klient*innenseite. Hierfür wird gerne der Rollenkonflikt „Helfer vs. Kontrolleur“ als Beispiel genommen (vgl. Baum 2016:1-5).

Wenngleich der Kodex der Sozialen Arbeit auch in der Pandemie auf dem Prüfstand steht, so warnt er auch ausdrücklich vor den intrinsischen Konflikten der Profession.

“The fact that the loyalty of social workers is often in the middle of conflicting interests. The fact that social workers function as both helpers and controllers. The conflicts between the duty of social workers to protect the interests of the people with whom they work and societal demands for efficiency and utility.” (IFSW / IASSW 2005:5)

In ihrer Definition genießt das Mandat der Klient*innenseite Vorrang. Das sogenannte „Sekundärmandat“ auf staatlicher Seite soll vom „Primärmandat“ „geltungslogisch abgeleitet werden“ (vgl. Baum 2016:3). Dennoch besitzt das „Sekundärmandat“ eine gewisse Eigenständigkeit, „denn der Staat muss in bestimmten Fällen das Wohl der Allgemeinheit den Interessen des Einzelnen vorziehen“. (ebd.:3) Dies bietet Potentiale für Konflikte und unklare Abgrenzungen mit Ansage. Böhnisch und Lösch (vgl. 1973:27ff) bezeichnen das doppelte Mandat als „zentrales Strukturmerkmal“ der Profession. Zum Konflikt kommt es dann in der Anwendung mit dem Primärmandat. So zeichnet sich die praktische Arbeit durch „ein stets gefährdetes Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen des Klienten [sic!] einerseits und den jeweils verfolgten sozialen Kontrollinteressen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen andererseits aufrechtzuerhalten“ (Böhnisch / Lösch 1973:27ff; zit. in Baum 2016:3) aus. Dem Tertiären Mandat, dem „Mandat der Profession“ steht die Rolle der Vermittlung zwischen „Primär- und Sekundärmandat“ zu (vgl. Baum 2016:4). Mit der Einführung des Tripelmandates legte die Profession der Sozialen Arbeit einen Grundstein dafür, überhaupt als wissenschaftliche Profession zu gelten. Die Bedeutung wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde stärker gewichtet und mit der einheitlichen Kodierung von Ethik-Richtlinien schaffte man international gültige (wenngleich gesetzlich nicht bindende (siehe 2.1.1) Statuten für die Ausbildung der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2018:114). Das dritte Mandat soll, als wissenschaftlich-ethisches Referenzsystem, eine „kritisch-reflexive Distanz“ gegenüber Klient*innen, Staat, Vereinen und Finanzgeber*innen schaffen. Zusätzlich dient es als Grundlage zur Annahme und vor allem zur Verweigerung von Aufträgen und somit als Grundessenz zur „Formulierung eigenbestimmter Aufträge“ (vgl. Staub-Bernasconi 2007:12-13).

Geht es nach Staub-Bernasconi, gibt nicht nur der Ethik-Kodex, sondern auch das „Tertiärmandat“, das Mandat der Profession, genug Grundlage für eine emanzipiert auftretende Profession der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.).

6.2 Global Agenda & Ubuntu

Die Global Agenda besagt, dass die Transformation sozialer Sicherungssysteme, hinsichtlich globaler, sozialer Gerechtigkeit, nicht ohne politische Einmischung und gemeinsames partizipatives Mitwirken und Gestalten realisierbar ist. Durch effektive Auffangnetze und effizient strukturierte Sozialleistungen, wie ein bedingungsloses Grundeinkommen, universelle Gesundheits- und Sozialversorgung, kann sozialer Exklusion entgegengewirkt und globale Gerechtigkeit gefördert werden (vgl. IASSW / ICSW / IFSW 2012).

Von 15. bis 19. Juli 2020 fand die globale Konferenz der „Internationalen Föderation der Sozialarbeiter*innen“ (IFSW) mit dem Titel „The 2020 to 2030 Social Work Global Agenda: Co-Building Social Transformation“ zum ersten Mal online statt. Anliegen und Themenvorschläge für die Konferenz wurden seit 2018 von professionellen Akteur*innen der Sozialen Arbeit und Vertreter*innen derer Zielgruppen, Politiker*innen, Nutzer*innen und Erzieher*innen zusammengetragen und gesammelt. Daraus entstanden 5 Hauptthemen für die Global Agenda 2020-2030 (vgl. IFSW 2020a; IFSW 2020b).

Von 2020 bis 2022 liegt der Schwerpunkt der „Global Agenda for Social Work and Social Development“ auf globaler Solidarität und Verbundenheit, kurz „Ubuntu“. „Ubuntu“ ist eines der fünf Themen. Diese Themen sind nicht hierarchisch angeordnet und sind auch nicht voneinander losgelöst zu betrachten. Dennoch steht jedes Thema für einen Zeitraum von 2 Jahren im Fokus (vgl. ebd.; IASSW / ICSW / IFSW 2020). Die Schaffung eines neuen kollektiven Verständnisses von Nächstenliebe und Solidarität sind zentrale Teile von „Ubuntu“, was wörtlich übersetzt „A Person is a person through other persons.“ (Ahiazu 2011:1101) („Ich bin, weil wir sind.“) heißt (vgl. IFSW 2020a; IFSW 2020b).

Die 4 anderen Themen sind die „Wertschätzung Sozialer Arbeit als essenzielle (Dienst)Leistung“, wodurch die unabdingbare Rolle von Sozialer Arbeit als Profession in all ihren Funktionen wertgeschätzt und respektiert wird bzw. werden soll, die „Mitgestaltung von inklusiver Transformation“, um einen inklusiven globalen Wandel mittels partizipativer Demokratie, Gender-Gleichheit und Gerechtigkeit, Auf- und Widerstand gegen Rassismus, ökonomische Nachhaltigkeit und Klimagerechtigkeit zu fördern, die „Transformation sozialer Schutzsysteme und Auffangnetze“, um die Würde und Rechte aller Menschen zu schützen und die „Förderung von Diversität und die Kraft von kollektivem gesellschaftlichem Handeln“, für ein gemeinsames Miteinander (vgl. ebd.).

Auch hier zeichnet sich die Notwendigkeit einer weitreichenden partizipativen Arbeit sowie Zusammenarbeit, auf unterschiedlichsten Ebenen inner- und außerhalb der Sozialen Arbeit, ab. Wie Haneen Magadlah, Keynote Sprecherin, in ihrer Rede bei der Konferenz bereits betonte, hat die Notwendigkeit Sozialer Arbeit erst durch die Pandemie an „Aufmerksamkeit“ gewonnen (vgl. Magadlah 2020).

“Many social worker [sic!] around the world were asked to stay home, claiming that we are not essential! Especially when they are not working in a hospital or social work departments.” (ebd.:05:04)

Auch Banks et. al. (vgl. 2020) befassen sich mit dieser Thematik, da physische Distanzierung der Angebote der Sozialen Arbeit die Gefahr von „Anti-Socialwork“ erhöht. Somit stellt sich die Frage: „Was kann einem Abbau der ethischen Prinzipien, durch unklare Standortbestimmung der Sozialen Arbeit in der Pandemie, entgegenwirken?“

Um handlungsfähig zu bleiben und Soziale Arbeit und deren Communities zu fördern, entwickelte Magadlah 3 Bewältigungsstrategien. Partizipation ist der erste Schritt, der die Dringlichkeit aufzeigen soll, Communities auf- und auszubauen. Hierbei soll die Digitalisierung genutzt werden, um dies global zu bewerkstelligen (v.a. dann, wenn face-to-face-Kontakte nicht möglich sind). Sie soll aber kein Ersatz von face-to-face-Interaktionen sein. Der zweite Schritt ist die Vernetzung unabhängig vom eigenen Arbeitsfeld („building connections“), um

voneinander zu lernen (Erfahrungs- und Wissensaustausch). Mapping ist der dritte Schritt, der den Glauben an die eigene Community und das Engagement in dieser fördern soll. Verantwortung in der präventiven Rolle der Sozialen Arbeit soll hierbei übernommen werden. Der Kampf um die eigene Position, um mehr Einfluss und die Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit sind somit zentrale Aufgaben aller Akteur*innen.

Auch die Generalsekretärin Rory Truell befürwortet eine Veränderung des Fokus der formellen sozialen Sicherungssysteme. Anstatt Leistungen für Menschen in Krisen bzw. in besonderen Lebenslagen anzubieten, sollen diese Systeme „Agenturen sozialer Transformation“ sein, die soziale Krisen verhindern. Die Hauptthemen heben den Ansatz hervor, Communities miteinander aufzubauen und mitzugestalten, gemeinsam mit der Nachricht, dass Soziale Arbeit essenziell für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung aller Länder ist (vgl. IFSW 2020b).

Folglich plädieren auch Schönig und Löwenstein (vgl. 2020) dafür, die Potenziale der Krise für die Soziale Arbeit zu nutzen, um zu „neuen, tragfähigeren Arrangements, Strukturen und Handlungsstrategien zu gelangen, sozialen Wandel mitzugestalten und zum Fortschritt durch soziale Innovationen beizutragen.“ (Schönig / Löwenstein 2020:183)

7 Forschungsfeld

7.1. Definition der Handlungsfelder

Die Eingrenzung und Definition, was Soziale Arbeit ist, fällt schwer. Anhand der Definitionen des OBDS sieht man Überschneidungen der untersuchten Handlungsfelder der Behinderten- und Suchthilfe, wie auch Bezüge zu anderen Handlungsfeldern. Der OBDS verortet „Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und/oder mehrfach beeinträchtigte/behinderte Menschen“ sowie „drogen-, medikamenten- und alkoholabhängige Menschen“ im Handlungsfeld „Gesundheit“ der Sozialen Arbeit (vgl. OBDS 2004).

Im Fokus dieser Handlungsfelder stehen

- Beziehungsarbeit, -aufbau und -erhalt
- Unterstützung in der selbständigen Lebensbewältigung
- Begleitung im Alltag
- Bewältigung akuter Krisen
- Inklusion in die Gesellschaft
- Vorbeugende Maßnahmen zur Verhinderung / Minimierung von Benachteiligungen durch Krankheit, Behinderung und Pflegebedarf

Im Regelfall erfolgt dies stationär, ambulant oder aufsuchend, meist interdisziplinär und umfassend vernetzt (vgl. OBDS 2004:6-7).

Womöglich dem Alter des Dokumentes geschuldet, muss trotzdem kritisch angemerkt werden, wie scharf der OBDS hier die diversen Zielgruppen der Sozialen Arbeit trennt. Psychische Erkrankungen gibt es einzig im Feld der Gesundheit, jedoch nicht in anderen, naheliegenden Feldern wie der Kinder- und Jugendhilfe, Straffälligkeit, Arbeit mit älteren Klient*innen-Gruppen oder der materiellen Grundsicherung. Überschneidungen zwischen Sucht (Gesundheit), Wohnungslosigkeit (materielle Grundsicherung) und Straffälligkeit findet man ebenso wenig (vgl. OBDS 2004).

Im Zuge der Lehrveranstaltung 6SORP1 kam es zu einem Austausch mit einer Person in einer Leitungsfunktion, in der Zentrale des OBDS. Diese vermittelte, dass das Berufsbild gerade überarbeitet werde und auch um die Sozialpädagogik erweitert werde, welche im aktuellen Bild komplett fehle.

Gerade der Faktor „geistige Beeinträchtigung“, fokussiert auf „psychische Erkrankung“ ist eine starke Überschneidung, was das betreute Wohnen in der Behindertenhilfe und das Feld der Sucht- und Wohnungslosenhilfe betrifft. Im Jahr 2012 gaben 50% der Befragten in der Wiener Wohnungslosenhilfe an unter psychischen Problemen zu leiden. Davon gab wiederum fast die Hälfte an unter Suchtproblemen zu leiden. Einig ist man sich dabei, was einer der dysfunktionalen Faktoren, für die Entwicklung der Klient*innen ist: Isolation (vgl. Transparenzportal o.A.; Verband Wiener Wohnungslosenhilfe 2018:7-21).

Die Professionist*innen arbeiten in der Regel tagtäglich eng mit den Klient*innen und sind sozusagen die Brückenbauer, auf dem Weg zur kulturellen Teilhabe und Integration in den Sozialraum (vgl. Caritas 2020; SHW 2020).

7.1.1 Handlungsfeld - Suchthilfe – niederschwellige Drogenarbeit

Laut OBDS konzentriert sich Sozialarbeit u.a. auf die Regulierung von Notständen. Hierzu zählt beispielsweise die niederschwellige Drogenarbeit, die vor allem versucht der Verelendung der Betroffenen entgegenzuwirken (vgl. OBDS 2004:2).

Was Suchtprävention betrifft, gibt es keine einheitliche Definition der diversen Begrifflichkeiten. Abhängigkeit von „harten“ Drogen, die oft einen tödlichen Ausgang hat, muss, nach medizinischen Kriterien, als chronische Krankheit verstanden werden. Der veraltete Abstinenzgedanke wurde infolgedessen verworfen und durch erreichbare, realistische Ziele, nach dem Realitätsprinzip, ersetzt (vgl. Meili et al. 2004; Degkwitz 1998). Hinsichtlich sozialpsychiatrischer Interventionen und Sucht wird mit dem Stufenbaummodell nach Meili gearbeitet, das auf aufeinanderfolgenden Zielen aufbaut. Das erste und wichtigste dieser Ziele ist die Überlebenssicherung, worauf die Schadensminimierung und Stabilisierung folgen. Erst danach kann ein Ausbau der Fähigkeiten stattfinden (vgl. ebd.).

Um Überlebenssicherung und Schadensminimierung für die Zielgruppe bestmöglich zu gewährleisten ist eine gewisse Niederschwelligkeit innerhalb der Suchthilfe maßgebend. Vor allem die, durch den Drogenkonsum und die Lebensumstände (v.a. Obdachlosigkeit und Komorbidität) bedingten, gesundheitlichen Schäden der Konsument*innen sollen so gering

wie möglich gehalten werden. Dementsprechend arbeitet die niederschwellige Drogenarbeit auf vier Ebenen: räumlich, zeitlich, inhaltlich und sozial (vgl. Mayerhofer 2012:159-161). Der Zugang und die Nutzung unmittelbarer Hilfsangebote wird somit möglichst einfach gestaltet und ist mit sehr wenig Hemmschwellen, wie Zugangsvoraussetzungen (z.B.: Registrierung) oder -beschränkungen, verbunden. D.h. gewisse Angebote, wie Spritzentausch, Schlafplatzvermittlung und Streetwork, stehen ohne Terminvereinbarung rund um die Uhr zur Verfügung. Die zeitliche Dimension bezieht sich auf die flexible Gestaltung der Dauer der Angebote, die sich an den Bedürfnissen und Anforderungen der Nutzer*innen orientiert (vgl. ebd.). Einrichtungen der Suchthilfe bieten diverse soziale bzw. ambulante und stationäre Dienstleistungen, wie beispielsweise ärztliche Betreuung/Beratung, sozialarbeiterische Beratung/Betreuung/Begleitung, Arbeitsmarktprojekte, an (vgl. SHW; Fixpunkt e.V.; Caritas Kontaktladen; Verein Dialog). Als niederschwelligstes Konzept wird die aufsuchende Straßensozialarbeit im öffentlichen Raum verstanden. Vor allem Menschen, die keinerlei Angebote von Einrichtungen in Anspruch nehmen (wollen/können), können durch Streetwork erreicht werden. Auf Basis freiwilliger Beziehung(en) können folglich Beratungs- und Unterstützungsleistungen gesetzt werden. Der stark ausgeprägte Fokus von Streetwork liegt somit bei der Akzeptanz und Selbstbestimmung, im Interesse der Klient*innen (vgl. Diebäcker / Wild 2020:1,9-12).

Klient*innen der niederschweligen Drogenarbeit können größtenteils als vulnerable Zielgruppe definiert werden. Vulnerabilität bedeutet in diesem Zusammenhang die Anfälligkeit, physisch und/oder psychisch zu erkranken. In der Psychologie wird sie als das Gegenteil von Resilienz betrachtet. Folglich sind vulnerable Menschen einem höheren Risiko ausgesetzt emotional verwundet zu werden und psychische Störungen zu entwickeln (vgl. Stangl 2021; TP1). Nach Heide, sind

„verletzliche, vulnerable Personen [...], Personen, die unfähig sind, ihre eigenen Interessen in Bezug auf Erkrankung, Entkräftung, psychische Krankheiten, geistige Entwicklung, kognitive Beeinträchtigungen u. a. m. zu schützen und zu zum [sic!] vertreten.“ (Heide 2019)

Die hohe Vulnerabilität, bei suchtblasteten bzw. suchtkranken Personen, ist meist mit multifaktoriellen Problemen und Krankheitsbildern verbunden. In zahlreichen unterschiedlichen Studien, wurde bei weit mehr als der Hälfte der untersuchten Personen, mit Suchterkrankung, mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose (häufig in Verbindung mit somatischen Krankheiten) nachgewiesen (vgl. Regier / Farmer / Rae / Locke / Keith / Judd / Goodwin 1990; Wittchen / Bühringer / Rehm 2011). Darüber hinaus ist die Drogenszene durch die erzwungene Illegalität, Beschaffungsdruck und -kriminalität, ökonomische Interessen und/oder diverse kriminelle Machenschaften oftmals ein Ort von Misstrauen (erhöhter Anspannung, Bedrohung und Gewalt). Dies führt dazu, dass die Mehrheit der Betroffenen körperliche, emotionale und/oder sexuelle Gewalt erfahren (haben) (Müller / Schröttle 2004). Klient*innen, die eine Betreuung in Einrichtungen der niederschweligen Suchthilfe aufsuchen, leben in manifester Armut und sind von gesellschaftlicher Exklusion bedroht oder betroffen. Es ergibt sich dadurch häufig eine erhöhte und für die Klient*innen als sehr belastend empfundene Abhängigkeit von staatlichen und staatsnahen Institutionen (Sozialhilfe, AMS, Suchthilfeeinrichtungen, etc.) (vgl. Reininger 2015). Gerade in Zeiten von Corona, kann diese Zielgruppe, durch die Folgen der Krise, wie „social distancing“-Maßnahmen, als besonders gefährdet und finanziell benachteiligt gesehen werden. Da sich diese marginalisierte Gruppe

oftmals auf die informelle Wirtschaft (durch Schwarzarbeit, Schwarzmarkt, kriminelle Machenschaften, etc.) verlassen muss, wird eine höhere Exposition und Anfälligkeit durch zukünftige wirtschaftliche Krisen vermutet (vgl. EMCDDA 2021).

Das Robert-Koch-Institut und das EMCDDA (“European Monitoring Center for Drugs and Drug Abuse“) hat Personen und Personengruppen definiert, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf aufweisen. Substanzabhängige Menschen zählen daher zur sogenannten COVID-19 Risikogruppe und zu den Risikogruppen bei Suizidalität (vgl. EMCDDA 2020; Schneider 2013). Zudem können Komorbidität (zusätzliche Begleiterkrankung/en) und/oder polyvalenter Konsum (Konsum mehrerer verschiedener Substanzen) diese Risiken z.T. massiv erhöhen (vgl. EMCDDA). Zusätzlich verstärkte sich während der Pandemie die Vulnerabilität der Zielgruppe insbesondere durch fehlende medizinische Betreuung und, die bereits erwähnte, gesundheitliche Vorbelastung (vgl. BMSGPK 2020-2021:94).

Die unterschiedlichen Konsumformen stellen nochmal zusätzliche sozialarbeiterische Herausforderungen aber auch für die Konsument*innen selbst, erhebliche gesundheitliche Risiken dar. Intravenöser Konsum, kurz i.v. Konsum, von Substitutionsmedikamenten und illegalisierten Drogen (meist Opioide, Kokain, etc.), ist eine Konsumform, bei der bestimmte Utensilien, wie Nadel, Spritze, Alkoholtupfer, Filter, Stericup (Behältnis zum Aufkochen der Substanz) und/oder Ascorbinsäure (zum Aufkochen von Heroin) verwendet werden, um Substanzen damit direkt in die Vene (venös) zu injizieren. Dies ist die gefährlichste Konsumform und kann zu schwerwiegenden Folgen (Abszesse, Infektionen, Gefahr der Übertragung/Ansteckung von sexuell übertragbaren Krankheiten, etc.) führen. Alternativ können Substanzen geraucht, gesniff/gesniff (nasaler Konsum), geschluckt (oraler Konsum) oder rektal konsumiert werden (vgl. SHW - Safer Use Guide).

Die tatsächliche Anzahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum ist eine Dunkelzifferschätzung und liefert lediglich einen Annäherungswert (vgl. Anzenberger et. al. 2020:6). Hinsichtlich des risikoreichen polytoxikomanen (Konsum von mehreren Substanzen über einen Zeitraum von mind. 6 Monaten) Konsums unter Beteiligung von Opioiden in Österreich liegen die aktuellsten Schätzungen für die Jahre 2018 und 2019 bei 31.000 bis 37.000 Personen (vgl. ebd.:7). Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting als sehr unterschiedlich. Bei kurzfristigen Kontakten liegt die Zahl bei 18 Prozent, in niederschwelliger Begleitung und Settings bei 63 Prozent, in längerfristig ambulanter Betreuung bei 28 Prozent und in stationärer Betreuung bei 48 Prozent (vgl. Busch et. al 2007; zit. in Anzenberger et. al. 2020:7; Busch et. al. 2008; zit. in Anzenberger et. al. 2020:7). Darüber hinaus nimmt die Zahl der i.v. Konsument*innen mit dem Alter zu (vgl. ebd.). (Siehe auch 7.2.)

7.1.2 Handlungsfeld - Behindertenhilfe

Im Berufsjargon unterscheidet man zwischen Beeinträchtigungen und Behinderung.

Die WHO definiert diese beiden Begrifflichkeiten wie folgt:

- Beeinträchtigung: Funktionsbeeinträchtigung oder -mängel aufgrund von Schädigungen, die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen
- Behinderung: Nachteile für eine Person aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung (vgl. WHO)

Die Behinderung entsteht also erst durch die Konfrontation, der aus der/den Beeinträchtigung(en) resultierenden Nachteile mit dem Alltagsgeschehen (vgl. Behinderung.org o.A.). Diese Trennung scheint heutzutage selbstverständlicher, als sie ist! Durch die schrittweise Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auf EU-Ebene, veränderte sich das deskriptive Paradigma, weg von rein körperlichen Behinderungen mehr zu sozial-konstruktiven Betrachtungsweisen und den Wechselwirkungen aus Geist und Körper (vgl. Holzleithner, In: Scherr et al. 2017:221).

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können.“ (UN-BRK, (1))

Die Definition im Wiener Chancengleichheitsgesetz (CGW) zum Vergleich:

„Menschen mit Behinderung im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die auf Grund nicht altersbedingter körperlicher, intellektueller oder psychischer Beeinträchtigungen oder auf Grund von Sinnesbeeinträchtigungen in ihrer Entwicklung oder in wichtigen Lebensbereichen, insbesondere bei der Berufsausbildung, der Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dauernd wesentlich benachteiligt sind. Kinder erfüllen die Voraussetzungen auch dann, wenn mit solchen Beeinträchtigungen in absehbarer Zeit zu rechnen ist.“ (CGW, § 3. (1))

In Österreich wurde die UN-BRK mit 26. Oktober 2008 dem B-VG in Form eines Erfüllungsvorbehaltes zugefügt. Verfassungsrechtlich gibt es keine vorgesehenen Sanktionen, sollte der Gesetzgeber seinen Verpflichtungen nicht nachkommen. Dennoch hat Österreich als Vertragspartner seine innerstaatlichen Rechtsnormen so auszulegen, dass diese nicht in Widerspruch mit der Konvention treten (vgl. Behindertenarbeit.at 2015).

Diese Veränderung in der Betrachtungsweise, verschob auch die Arbeit mit beeinträchtigten Menschen von der Medizin in den Sozialbereich. In der Folge wurden sonder- und heilpädagogische Ansätze, durch die der Sozialen Arbeit und den Gedanken der Inklusion ergänzt (vgl. Heneka; zit. in Bomert et al. 2021:173-175).

Klient*innen der Behindertenhilfe gehören, wie das Klientel der Suchthilfe einer vulnerablen Zielgruppe an. Wenn man weiter auf der bio-psycho-sozialen Ebene bleibt, kommen einem hier Beispiele wie „mangelnde Barrierefreiheit“, Ausschluss von sozialversicherter-tariflicher Erwerbstätigkeit und der damit einhergehenden ökonomischen Ausgrenzung sowie der Zugang zu Peers, außerhalb der Einrichtungen in den Sinn. (vgl. ebd.:179; Kahl 2016:38-58).

Rückbeziehend auf Covid-19 leiden Menschen mit geistiger Behinderung häufig an akuten oder chronischen Erkrankungen, welche das Immunsystem schwächen. Je nach Art und Grad der Behinderung, gehört das Klientel zur Hochrisikogruppe. Die Zielgruppe wies schon vor der

Pandemie eine erhöhte Vulnerabilität für Komorbiditäten, physisch wie geistig auf. Zusätzlich weist die Studienlage eine erhöhte Morbidität gegenüber der „Normalbevölkerung“ auf (vgl. Seitzer et al. 2020:50-54; Turk et al. 2020:4).

Entlang der Tätigkeitsfelder zeigt sich, dass die Sozial- und Gesundheitsdienstleister überdurchschnittlich viele Investitionsprojekte aufschieben mussten. Auch der Aufschub von Zahlungen schlägt sich mit 27,9% in diesem Tätigkeitsfeld wesentlich höher als der Durchschnitt von 15,3% nieder. Während der Bericht des BMSGPK auf eine häufige Anwendung von Kurzarbeit verweist, konnte dies in keinem Interview bestätigt werden. Im Gegenteil! Die Erhebungen schildern einstimmig einen hohen Anstieg der Arbeitsstunden (vgl. BMSGPK 2020-2021:112-115; ITV 1, 2, 3, 7).

7.2 Nicht-kompensierbare Handlungsprozesse der niederschweligen Drogenarbeit

„Suchtfolgen strahlen in viele Bereiche aus – so ist die Beantwortung dieser Probleme auch nicht einem sozialrechtlichen Leistungsbereich oder einer Profession zuzuordnen, sondern stellt eine geradezu exemplarische Herausforderung für ein professions- und leistungsbereichübergreifendes Schnittstellenmanagement dar. [...] Professionspezifische Kompetenzen, wie die Erfassung und Analyse psychosozialer Lebenslagen und Hilfebedarfe, die Kenntnis sozialleistungsrechtlicher Ansprüche und Verfahrenswege, Hilfeplanung und Case- Management befähigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in besonderem Maß, die erforderlichen Vernetzungsleistungen zur Lösung der multifaktoriellen Problemlagen sicherzustellen.“ (Gastiger / Abstein 2012:8)

Um überlebenssichernde Sofortmaßnahmen anzubieten und nach dem Prinzip der „harm reduction“ zu arbeiten, wird eine lebensweltorientierte sozialpädagogische Perspektive auf Abhängigkeit und Sucht vorausgesetzt. Diese bezieht sich sowohl auf individuelle, subjektbezogene, als auch auf gesellschaftliche Bedingungen und Lebenswirklichkeiten (vgl. Füssenhäuser 2015:1760).

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit im Kontext von riskantem Drogenkonsum und Sucht orientiert sich an den Subjekten *in* ihren Verhältnissen und zielt auf Selbsthilfe und Empowerment. Ihre kritische Orientierung, sowohl im Blick institutioneller Ausgestaltung sozialer Arbeit als auch dem professionellen Handeln Sozialer Arbeit, wird in den *Struktur- und Handlungsmaximen* der Prävention, der Regionalisierung, der Niedrigschwelligkeit, der Integration sowie der Partizipation deutlich.“ (Grunwald / Thiersch 2016; zit. in Füssenhäuser 2016:216)

Alltagsorientierung verweist demnach auf die Präsenz von Hilfen in der Lebenswelt der Drogenkonsument*innen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016; zit. in Füssenhäuser 2016:217), die in Verbindung mit der institutionellen Gestaltung von Niederschwelligkeit und Erreichbarkeit sowie Situationsbezogenheit stehen (vgl. Füssenhäuser 2016:217). Es ist somit eine ganzheitliche Ausrichtung der Hilfen, die der subjektiven Lebenswirklichkeit und den Deutungsmustern der Adressat*innen gerecht wird, die dennoch auf die Notwendigkeit der Kooperation mit anderen Institutionen angewiesen ist. Dies bedeutet, dass beispielsweise die Angebote und Öffnungszeiten der Institutionen den Lebensrhythmen der Konsument*innen anpasst werden. Somit sind Beratungsstellen und Krisenangebote in der Lebenswelt der

Adressat*innen installiert und durch aufsuchende Angebote, wie z.B. Streetwork, können Zugangsschwellen minimiert werden (vgl. Reintl 2008:121; zit. in Füssenhäuser 2016:217).

Die Themen „Integration“ und „Partizipation“ hinsichtlich Lebensweltorientierung und Sucht, sind wichtige Ansätze in diesem Arbeitsfeld und werden auch in Füssenhäusers Arbeit behandelt. Integration verfolgt das Ziel Ausgrenzung und Unterdrückung zu vermeiden und Unterschiedlichkeit und vor allem die damit verbundene Gleichheit in den Bewältigungsaufgaben und ihren sozialen Rahmenbedingungen, anzuerkennen (vgl. Grunwald / Thiersch 2016; zit. in Füssenhäuser 2016:217-218). Zudem verweist Partizipation auf das Mitgestalten und Mitbestimmen der Adressat*innen selbst, was Partizipation zu einem zentralen Moment einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit macht (vgl. Füssenhäuser 2016:218; Thiersch 2020).

Aus all diesen speziellen Anforderungen, Aufgaben, Zielen und Herausforderungen ergibt sich, wie in der Sozialen Arbeit üblich, eine Notwendigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit und der institutionellen Vernetzung. Zudem wird eine erhöhte Sensibilität in der Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen, Strategien zum Umgang mit selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, sowie viel Geduld und Ausdauer gefordert (vgl. ebd.). Hierbei stellen ambulante Suchtberatungsstellen nicht nur die umfassendste Kompetenz, sondern auch die größten sozialarbeiterischen (Personal-)Ressourcen dar, da sie i.d.R. die ersten Anlaufstellen für Betroffene und deren soziales Umfeld sind (vgl. Gastiger / Abstein 2012:10).

Viele Maßnahmen der Suchtprävention waren in Österreich ab März 2020 stark, von den Auswirkungen der Pandemie und den damit verbundenen Regelungen und Verordnungen, betroffen (vgl. Horvath et al. 2020a:V; TP1; T4-6). Im April 2020 wurden in Verbindung mit den, durch die COVID-19 Pandemie, gesetzten Maßnahmen, leichte bis starke Rückgänge hinsichtlich der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung gemeldet (vgl. ebd.). Der Verein SUBSTANZ in Linz konnte durch den Wegfall der Angebote massive Einschnitte in der Beziehungsarbeit mit Klient*innen verzeichnen (vgl. T5, Z 125-131, 460-464; Verein SUBSTANZ o.A.). Bei Klientinnen und Klienten, bei denen zusätzlich zur Suchterkrankung bzw. (illegalem) Substanzkonsum noch eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung vorliegt, scheint es in dieser Zeit wiederum zu einem Anstieg der Inanspruchnahme der wenigen Angebote, die noch verfügbar waren, gekommen zu sein. Soziale Folgen wie Isolation, die Notwendigkeit von Essensspenden und psychische Krisen, insbesondere bei jenen mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen wurden verzeichnet (vgl. Horvath et al. 2020b; zit. in Horvath et al. 2020a; T5, Z 171-172; T6).

Die Ansätze und Methoden der niederschweligen Drogenarbeit sind stark von der Präsenz der Adressat*innen abhängig, da hier die Sozialarbeit, wie bereits erwähnt, meist direkt in der Lebenswelt der Klient*innen ansetzt (vgl. T4-6). Die folgenden Unterpunkte werden die nicht-ersetzbaren Handlungsprozesse, in Notschlafstellen, hinsichtlich Streetwork und tagesstrukturierende Angebote, näher beleuchten und deren Relevanz verdeutlichen.

„Positiv hervorzuheben ist, dass die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Anpassungen von Angebote [sic!] der Suchthilfe bislang nicht dazu geführt haben, dass Einrichtungen finanzielle

Grundlagen verloren gingen.“ (vgl. Strizek 2020:17)

■ Notschlafstellen

Notschlafstellen und Notquartiere, die normalerweise für Nutzer*innen untertags geschlossen sind, haben durch die pandemiebedingten Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen auf einen 24-Stunden-Betrieb umgestellt, um auf die Lebensrealitäten ihrer Nutzer*innen zu reagieren und weggefallene bzw. eingeschränkte Angebote, wie Tageszentren, zu kompensieren (vgl. Obdach Wien o.A.; SHW 2020:11; Strizek 2020:9). Somit konnte diesen Menschen auch tagsüber die Möglichkeit einer Unterbringung bzw. einer Rückzugsmöglichkeit gegeben werden. Die Notschlafstelle der Suchthilfe Wien hat/te aufgrund der Tagesöffnung, und den dadurch geschaffenen Rückzugsort, einen stabilisierenden Charakter auf viele Klient*innen (SHW 2020:11).

Dennoch befindet man sich hier in diversen rechtlichen Grauzonen (siehe Kapitel 5), da die Coronaverordnung einen „Haushalt“, der in Notschlafstellen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht gewährleistet werden kann, voraussetzt. Folglich können auch diverse Hygienemaßnahmen, wie Mindestabstand, „permanente“ Maskenpflicht nicht eingehalten werden. Darüber hinaus wurden die 24 Stunden Öffnungen für bestimmte Zeit genehmigt, wodurch eine langfristige Planung von beispielsweise tagesstrukturierenden Angeboten, erschwert wird bzw. kaum möglich ist.

■ Tageszentren und tagesstrukturierende Angebote

Hinsichtlich Niederschwelligkeit (siehe auch Kapitel 5.2.1) versuchen Suchtberatungsstellen, wie bereits erwähnt, mit überlebenssichernden und schadensminimierenden Basisangeboten wie Spritzentausch (u.a.a. gratis Kondome und Gleitgel), Nahrung, Kleidung, Waschmöglichkeiten und einem Schutzraum bzw. Rückzugsort vor der Szene, suchtkranke Menschen genau dort abzuholen, wo andere Einrichtungen, durch strengere Regeln oder Zugangsstrukturen/-voraussetzungen nicht (mehr) greifen (vgl. SHW 2020; T4-6).

Diese niederschweligen, lebensweltorientierten Angebote können durch „Lockdowns“, „Ausgangsbeschränkungen“, sonstigen „Schließungen“ und anderen „(Hygiene)Maßnahmen“ nicht anderweitig kompensiert, ersetzt bzw. digitalisiert werden. Vor allem obdach- und wohnungslose Menschen mit einer Suchterkrankung sind, u.a. aufgrund von fehlenden (technischen) Ressourcen, auf viele dieser Angebote angewiesen (vgl. T4-6). Die diversen Einschränkungen und der Wegfall vieler Handlungsprozesse, wurden durch vermehrte Straßensozialarbeit versucht zu kompensieren, was aber die weggefallenen Angebote in keiner Form ersetzen konnte (vgl. ebd.).

Der Spritzentausch, sowie vereinzelte Basisangebote, blieben in Einrichtungen wie beispielsweise der „Suchthilfe Wien“, des „Caritas Kontaktladen und Streetwork“ in Graz und

der Vereine „SUBSTANZ“ in Linz und „Fixpunkt“ in Deutschland durchgehend geöffnet (vgl. Caritas 2020; SHW 2020; T4-6).

■ Streetwork – aufsuchende Sozialarbeit im öffentlichen Raum

Durch die aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum wird versucht marginalisierten bzw. ausgeschlossenen und/oder problematischen Personen(gruppen) den Zugang zu sozialstaatlichen Unterstützungsleistungen und Ressourcen zu ermöglichen. Streetwork wird somit (siehe auch Kapitel 7.1.1) als niederschwelligstes Angebot ohne Vorbedingungen gesehen (vgl. Diebäcker / Wild 2020:1). Darüber hinaus sind diese Menschen schlecht bis gar nicht wohnversorgt, haben kaum oder keine finanziellen Ressourcen und haben meist kein oder nur für kurze Dauer ein Mobiltelefon (vgl. T6, Z 226-231). Somit können durch Streetwork Menschen erreicht werden, die aus diversen Gründen keine Angebote in Einrichtungen aufsuchen bzw. nutzen (vgl. ebd.; Tomschitz 2014:128). Weiters arbeitet Streetwork gezielt auf gesundheitlich präventiver Ebene und versucht den öffentlichen Raum von (benutzten) Konsummaterialien sauber zu halten. Konsument*innen werden über die Risiken des Konsums im öffentlichen Raum informiert und auf das Angebot des Spritzentausches aufmerksam gemacht. Somit entsteht für Streetwork auch ein Bildungsauftrag, diese Menschen aufzuklären, dass der öffentliche Raum für alle da ist, jedoch sauber benützt und verlassen werden sollte, um die Sicherheit aller zu gewährleisten (vgl. SHW Change&Streetwork o.A.; Tomschitz 2014:131).

Auch hier befinden sich Menschen, die den öffentlichen Raum als (temporären) Lebensmittelpunkt nützen, (ergo in keinem Haushalt leben) in einer rechtlichen Grauzone bzw. wird diese Personengruppe auf gesetzlicher Ebene gänzlich exkludiert (siehe Kapitel 5.1).

„Beim Betreten öffentlicher Orte im Freien ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten.“ (COVID-19-Öffnungsverordnung § 2 (1))

Durch diese Maßnahmen und Verordnungen wurde der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen maßgeblich erschwert (vgl. Strizek 2020:12-14).

Außerdem ist die Rettungswahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung im öffentlichen Raum am höchsten, was kein Aufruf zum Drogenkonsum sein soll, aber die Notwendigkeit von Streetwork nochmal mehr unterstreichen soll (vgl. Tomschitz 2014:128). Sollte es zu erneuten, nicht vermeidbaren Schließungen in den stationären Bereichen der Suchthilfe kommen, müssen die Einrichtungen der Suchthilfe angrenzende Versorgungsbereiche, wie aufsuchende Notversorgung, sowie Sozialarbeit im öffentlichen Raum, rechtzeitig in entsprechende Planungen eingebunden werden, um eine rasche Umsetzung zu ermöglichen (vgl. Haselbach / Kratz 2020; Strizek 2020:20).

7.3 Nicht-kompensierbare Handlungsprozesse in der Behindertenhilfe

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für folgende Kapitel sind in den jeweiligen Landesgesetzen verankert.

In Wien und Niederösterreich, den Berufsstandorten der Interviewpartner*innen werden Versicherungs- und Transferleistungen der Sozialhilfe im WSHG – Wiener Sozialhilfegesetz und NÖ SHG - Niederösterreichischen Sozialhilfegesetz geregelt. In Wien ist der zentrale Träger für Aufgaben und Leistungen der Sozialhilfe der Fonds Soziales Wien (FSW).

„Durch dieses Gesetz werden die Vorschriften des Blindenbeihilfengesetzes, des Behindertengesetzes und des Jugendwohlfahrtsgesetzes nicht berührt.“ § 45 WSHG

Während diese Gesetze die allgemeinen Rahmenbedingungen für ihre Leistung und deren anspruchsberechtigten Personenkreis regeln, koexistieren in den jeweiligen Bundesländern diffizile Gesetze hinsichtlich der Fördermaßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Leistungen wie das vollbetreute Wohnen (§12) oder Tagesstrukturen (§9) sind in Wien durch das Wiener „Chancengleichheitsgesetzes“ (CGW) geregelt.

„Ziel dieses Gesetzes ist es, Menschen mit Behinderung beim chancengleichen, selbstbestimmten Zugang zu allen Lebensbereichen, insbesondere bei der chancengleichen Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben zu unterstützen.“ (CGW, § 1 (1))

Als Settings zur Ermöglichung von Nachreifung, Teilhabe und Chancengleichheit, werden hier die themenspezifischen Felder des betreuten Wohnens und der Tagesstruktur behandelt. Das ausführende Organ des CGW ist der Fonds Soziales Wien (FSW) / das Land Niederösterreich, respektive die jeweilige Sozialabteilung der örtlichen Bundeshauptmannschaft.

Der hier gewählte, lebensweltliche Ansatz richtet sich nach Grunwald und Thiersch (vgl. 2022). Die lebensweltorientierte Arbeit in der Behindertenhilfe wird vor allem durch Mangel an Ressourcen und implizierte Machtgefälle gekennzeichnet. Bezugnehmend auf deren Ansicht zeichnet sich ein sehr forderndes Bild für das Klientel der Behindertenhilfe (vgl. ebd.). Wie in Kapitel 5.1 erwähnt, ist neben der Perspektive der „Bewohner*innen“, auch die der Adressat*innen sozialer Dienstleistungen, wie das betreute Wohnen, zu beachten. Dies führt folgend zu Rechten und Pflichten in den jeweiligen Wohnverträgen und den dort gültigen, privatrechtlichen Vorschriften. Im Alltag ist dies als „Hausordnung“ zu verstehen. Zusätzlich gehen die folgend dargestellten Förderungen auch mit vielerlei Anforderungen an das Klientel einher. Solche Umstände erschweren die Kombination des Ziels, fördernde Lebensbedingungen zu schaffen, einhergehend mit Respekt vor dem individuellen Lebensentwurf der Klient*innen, sowie den damit verbundenen, institutionell-geprägten Anforderungen, diese Basis zu schaffen. Ein breites Hilfeangebot kann nur mit steigender Deinstitutionalisierung bestehen. Die Maxime soll die individuelle Alltagsunterstützung und kein sozialökonomischer Kompromiss sein (vgl. Grunwald / Thiersch 2022:144-147).

Um diesen Spagat zu meistern agieren die Professionist*innen im „oft unterschätzten und schmutzigen Alltag“ (ebd.:144-145). Dies, so wird betont, unterscheidet aus dem Ansatz heraus betrachtet die Soziale Arbeit von Pädagogik, institutionellen Rahmenbedingungen und deren „strukturell angelegter Gefahr“ einer Überlegenheit (vgl. ebd.). Im Zentrum der

Lebensweltorientierung soll die Gestaltung eines gelingenden Alltags stehen. Dies soll damit gelingen, defizitäre Zugänge zu überwinden und ressourcenfördernd zu agieren (vgl. Thiersch / Grunwald / Köngeter; zit. in Thole 2012:175-178).

Die Maßnahmenpolitik der Regierung und die Adaption der Vereine, mit einhergehenden Umstellungen des Leistungsangebotes, rückt das Spannungsfeld aus Individualität und institutionellen Vorgaben in den Fokus.

Als Gegenbild hierzu erwähnt stehen die Forschungsergebnisse des deutschen Soziologen Hendrick Trescher (vgl. 2017). Auf Basis eines Paradigmenwechsels paternalistischer Tendenzen zu einem inklusions-orientierten Ansatz stellt dieser zwar die „bestmögliche Versorgung und Betreuung“ in den Vordergrund der Arbeit in der Behindertenhilfe referenziert seine Beobachtungen jedoch mit der Aussage, „dass Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe nach wie vor Strukturmerkmale ‚totaler Institutionen‘ (Trescher 2017:354) aufweisen würden.

Merkmale „totaler Institutionen“ sind:

- „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.“
- „Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus ...“
- „Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant. Eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System explizierter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.“
- „Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“

(Karner 2016; Goffmann 1973:50-76)

Während die modernde Grundhaltung sich in den erhobenen Daten deutlich wiederfindet, (vgl. T2, Z 35,55) lassen sich erwähnte Merkmale nicht leugnen, sondern gar stark erkennen! (vgl. T3, Z 210,250,280; T7, Z 245-265)

Diese beiden Zugänge zeigen das Spannungsfeld der Professionist*innen im Feld der Behindertenhilfe auf. Um diesen Anforderungen zu entsprechen, wird von den Professionist*innen nicht nur einen Spagat zwischen den Mandaten und ihren Aufträgen verlangt, sondern vor allem ein Eintauchen in die Lebenswelt und Wünsche der Klient*innen. Ohne Präsenz und entsprechendem Beziehungsaufbau und Beziehungspflege ist somit ein, aus Sicht des Autors, unmögliches Unterfangen.

- Tagesstruktur

Klient*innen der Tagesstrukturen benötigen eine Arbeitseinstufung als „nicht arbeitsfähig“, §255 ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) auf Gutachten der PVA. Tagesstrukturen werden ebenso über das örtliche Chancengleichheitsgesetz geregelt. Darunter versteht man ein Angebot für Menschen mit Behinderung, die im Moment oder dauerhaft nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Teilnahme ist ab dem 14. Lebensjahr möglich und endet mit der Vollendung des 65. Lebensjahres (exkl. Ausnahmen). Ebenso wie beim betreuten Wohnen ist eine Eigenleistung zu erbringen. Wie oben erwähnt, stellt die Teilnahme eine Anforderung an betreutes Wohnen dar (CGW. §9, §12, §19, §20).

Ähnlich zu einer Arbeitsleistung am ersten Arbeitsmarkt, ist die Tagesstruktur als „5-Tage-Woche“ konzipiert, wenngleich die Arbeitszeiten nicht einer Vollzeitanzstellung entsprechen. Hierfür erhalten die Adressat*innen des Angebotes einer Tagesstruktur kein reguläres Gehalt (inkl. entsprechender Versicherungsleistungen), sondern eine sogenannte „Leistungsanerkennung“ (vgl. Jugend am Werk o.A.).

Die Angebote bestehen aus intensiver Betreuung durch basale Förderangebote für Menschen mit Mehrfachbehinderung. Diese können einen kreativen oder industriellen Schwerpunkt haben und unterschiedlich ausdifferenziert werden. Manche Tagesstrukturen bieten auch Qualifizierungsprojekte und Kooperation zur langfristigen Integration in den ersten Arbeitsmarkt an (vgl. FSW o.A.b, FSW o.A.d).

Während betreutes Wohnen durchgehend seine Leistung über die Pandemie angeboten hatte, schlossen mehrere Tagesstrukturen, vor allem im ersten Lockdown ihre Pforten. Nur wenige liefen auf einem sogenannten „Notbetrieb“, sprich mit weniger Personal und weniger Leistungsangeboten (vgl. FSW o.A.c; IVS o.A.; T7, Z 30,85,125). Im März 2020 wurden die Fehltageregelung für Tagesstrukturen und das betreute Wohnen, vorübergehend bis Anfang Mai ausgesetzt. Für die Tagesstrukturen wurden diese Regelungen erst mit Anfang 2022 wieder aufgehoben. Während der FSW betont, dass diese Maßnahmen nicht zu einem erhöhten Betreuungsaufwand der Angehörigen führen soll, erhöhte sich hingegen der Aufwand in den Wohngemeinschaften durch erhöhte Präsenz der Klient*innen (vgl. Bizeps o.A.; T2, Z 140-150; T4, Z 270).

■ Betreutes Wohnen

Das Angebot der Leistung des betreuten Wohnens setzt sich aus zwei Kernaspekten zusammen: Dem existenzsichernden der Bereitstellung einer Wohnunterkunft und der Fachleistung von Betreuung, Beratung und Begleitung (vgl. Kohlhoff 2021:34). Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen vollbetreuter und teilbetreuter Wohnform.

Vollbetreutes Wohnen ist ein Angebot für Menschen mit Behinderung, welche im Alltag auf Hilfeleistung Externer angewiesen sind. Neben der Wohnunterkunft, in der Regel Wohngemeinschaft, stehen diverse Unterstützungsleistungen (Anleitung, Beratung und Förderung in der Alltagsgestaltung, Haushaltsführung, Körperpflege, Fragen der Gesundheit, Krisen, Amtswege, Finanzen, ...) im Fokus des Angebotes (vgl. FSWa o.A).

„(1) Häuser für Obdachlose (§ 14), Tageszentren (§ 22b) und betreute Wohngemeinschaften (§ 22c) unterliegen der behördlichen Aufsicht. Aufsichtsbehörde ist der Magistrat. Die Aufsicht ist dahingehend auszuüben, dass diese Einrichtungen nach Führung und Ausstattung den technischen, sicherheitstechnischen, organisatorischen, personellen und hygienischen Erfordernissen einer fachgerechten Sozialhilfe entsprechen.“ (WSHG § 14,22,23)

Einrichtungen der Behindertenhilfe nach dem WSHG §23 Abs.1 und dem CGW §29 unterliegen einer behördlichen Aufsichtspflicht. Somit ist es erforderlich, dass diese 365 Tage im Jahr, 7 Tage die Woche, 24 Stunden mit Personal, vor Ort, besetzt sind. Dies führt zu einem Rad von Tag- und Nachtdiensten. Je nach Einrichtung erfolgen diese ruhend (schlafend) oder wachend (nicht schlafend). Das Einhalten dieser Aufsichtspflicht ermöglicht keine distanzierte Form der Betreuung als die physische Präsenz.

Die Vereine sind verpflichtet „ausreichendes und entsprechend ausgebildetes und geeignetes Personal – bezogen auf den zu betreuenden Personenkreis, die vorgesehenen Betreuungsmaßnahmen und das vorgesehene Leistungsangebot – zur Verfügung zu stellen, [...]“ (CGW §31 (1)).

Teilbetreutes Wohnen könnte, simplifiziert als Wohnform für „Absolvent*innen“ des vollbetreuten Wohnens gesehen werden. Klient*innen die zum selbstständigen Wohnen qualifiziert sind, jedoch in kleineren Teilaspekten des Alltags Unterstützung bedürfen, erhalten diese, zu vereinbarten Terminen, beziehungsweise in sogenannten „Dienst-Rädern“ zu fixen Terminen. Die Unterstützung erfolgt gezielter, auf (noch) mehr Selbstbestimmung orientiert, deckt jedoch grundsätzlich die oben erwähnten Faktoren ab (vgl. FSW o.A.c, FSW o.A.e).

Wichtig zu erwähnen erscheint, dass die Teilnahme an genannten Wohnformen mit vielerlei Bedingungen einhergeht. Diese sind gebunden an den Hauptwohnsitz der Person und unterliegen einer Bedarfserhebung durch den FSW. Bis zu 80% des Einkommens können für die Finanzierung des Wohnplatzes entfallen. Eine weitere Voraussetzung, um diesen zu halten, ist die Teilnahme an einer Berufsqualifizierung, einem regulären Beruf am ersten Arbeitsmarkt, einer Lehre oder einer Tagesstruktur (CGW §20 (2); §22 (2),(4)).

Die Grenzen der Digitalisierung stellen sich bereits im Konzept. Durch die Schaffung eines gemeinsamen, soziotherapeutischen (Wohn)Raumes der Förderung, welchen die Betreuer*innen selbst auch temporär als Arbeits- und auch Schlafplatz nutzen (vgl. T2, Z 5-35). Die physische Präsenz wird als notwendig für die Beziehungsgestaltung gesehen (vgl. T1, Z 110), aber auch in der Alltagsbegleitung, im Bearbeiten von psychischen Krisen und Interventionen von Krisen bedarf es einer physischen Präsenz (vgl. T2, Z 250-260). Je nach Art und Grad der Beeinträchtigungen der Klient*innen rückt auch die Pflege vermehrt in den Fokus (vgl. T3, Z 110). Viele Klient*innen im Feld der Behindertenhilfe sind auf Mimik und Gestik ausgelegt, kommunizieren nonverbal und sind auf ein „zu lesendes“ Gegenüber angewiesen (vgl. T7, Z 305). Zusätzlich stieg, wie oben erwähnt, der Bedarf an Betreuung mit Schließen der tagesstrukturierenden Maßnahmen.

Das Betreuungspersonal war mit vielen neuen Aufgaben und sehr heterogenen Reaktionen auf die Pandemie konfrontiert (vgl. Pickl 2021:321-324). Je nach Transparenz der vereinsinternen Kommunikation, wurden die Covid-Maßnahmen unterschiedlich bewertet und auch unterschiedlich in ihrer Belastung und Positionierung in der Arbeit beschrieben (vgl. T2; T3).

8 Forschungsergebnisse und Interpretation

Auf den folgenden Seiten sollen die Ergebnisse aus den gewonnenen Daten dargestellt und im Anschluss interpretiert werden. Danach werden die Forschungsfragen beantwortet und die, durch die Aufarbeitung der Daten entstandenen, Schlussfolgerungen im letzten Unterkapitel der Forschungsergebnisse präsentiert.

8.1 Darstellung der Ergebnisse

Die größten Veränderungen durch die COVID-19 bedingte Pandemie waren in den täglichen Handlungsprozessen der Alltagspraxis zu beobachten. Die Darstellung der Ergebnisse, bezugnehmend auf den zwei beforschten Handlungsfeldern, gliedert sich in fünf Unterkapitel, die die prägnantesten Veränderungen und „findings“ darstellen. Die erhobenen Daten zeichnen ein Bild der Sozialen Arbeit nach dem Motto „safety first“. Erhöhte Kontroll- und Sicherheitsmaßnahmen führten dazu, dass das gewohnte Leistungsangebot auf der Strecke blieb.

8.1.1 Klient*innen und Klient*innenarbeit

Von den hier vorgestellten Settings hatten einzig die Formen des betreuten Wohnens, der Notschlafstellen und die Basisangebote der niederschweligen Suchthilfe durchgehend geöffnet (vgl. Obdach Wien o.A.; SHW 2020:11; Strizek 2020:9; T6, Z 62-64).

Im Gegensatz zu vollbetreuten Wohnheimen im Behindertenbereich und Notquartieren im Suchtbereich, wo Klient*innen, durch Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, plötzlich permanent anwesend waren, waren in der niederschweligen Drogenarbeit, aufgrund der vorübergehenden Einstellung der Angebote, bestimmte Zielgruppen gar nicht mehr oder nur mehr schwer erreichbar. Die Angebote wurden dementsprechend angepasst. Basisangebote, wie Duschen und Wäsche waschen, sowie präventive Maßnahmen, wie Sprizentausch, ambulante Beratung, Streetwork, blieben weiter bestehen. Außerdem wurden zusätzliche Angebote wie „Essen und Kaffee to go“, die aufsuchende Notversorgung (Bereitstellung von sauberem Konsummaterial und Substitution) installiert und Hygienekonzepte, wie HEPA-Filter und Lüftungssysteme, erweitert bzw. ausgebaut (vgl. T4, Z 27-32).

Die Darstellung der Einflüsse auf die Klient*innen der Behindertenhilfe sind so heterogen, wie die Zielgruppe selbst. Die Zielplanungen konnten aufgrund der Covid-Maßnahmen, Schließungen externer Angebote und tagesstrukturierende Maßnahmen nicht umgesetzt werden. Hier kann nicht nur von professionellen Angeboten wie Therapien gesprochen werden, sondern auch eine Diskothek zum Knüpfen sozialer Kontakte oder einem Besuch beim Frisör, um ein gepflegtes Äußeres zu wahren. Die Klient*innen reagierten, auch in ihren

Kompetenzen mit Adaption oder Verlust. Ein einheitliches Bild lässt sich hier nicht darstellen (vgl. T2, Z390-407).

„[...] der grundlegende Bereich unserer Arbeit [...] begleiten [...] in Form eines soziotherapeutischen Raumes, der um diesen Menschen herum sich errichtet [...] in Präsenz und vor allem in Beziehungszeit. [...] dann kommt Covid [...] Und diese Tools sind immer auf Umfeld und [...] Sozialgefüge ausgerichtet und das wurde abgeschnitten. [...] es wurde praktisch was ganz Wesentliches unserer Arbeit eingeschränkt“ (T2, Z 15-40)

Im Wohnverbund von ITV2 wird von einem wachsenden Zusammenhalt berichtet. Die Klient*innen unterstützten die Betreuer*innen, indem sie sich gegenseitig unterstützten. Andere verloren durch den Wegfall tagesstrukturierender Maßnahmen ihren Rhythmus, bis dahin, dass auch Jobs/Lehrstellen verloren gingen. Zusätzlich spürten einige Klient*innen den Verlust von Bestätigung durch ihre Tätigkeiten in Tagesstrukturen und den sozialen Kontakten (vgl. T2, Z 363-390).

In der Wohnform der Betreuerin wurde die Arbeit durch Entscheidungen der Erwachsenenvertreter*innen mit beeinflusst. So entschieden diese bei der Impfung der Klient*innen mit und auch gegen diverse Auflagen des Wohnens, was zu der bereits bestehenden Anspannung noch weiteres Potential hinzufügte. Am Ende musste auch ein Todesfall verzeichnet werden (vgl. T3, Z 55).

In der Tagesstruktur wurden die Klient*innen in Gruppen getrennt, je nachdem, ob sie von einer Einrichtung oder extern das Angebot wahrnahmen. Somit kamen auch die „gewohnten Gruppen“ wieder zusammen, die bereits im Wohnen den ganzen Tag zusammen waren. Kurze Zeit war nur eine Klient*in vor Ort, da sonst keine Möglichkeit zur Aufsicht bestand. Seit der Annäherung zum Normalbetrieb, versprühen die Klient*innen aus Sicht der Professionistin mehr Motivation. Viele sind froh, das Angebot wieder wahrnehmen zu können. Auf Maßnahmen reagiere man überwiegend genervt (vgl. T7, Z 150-215).

Die Einschränkungen für die Klient*innen zeigen sich je nach Interviewpartner*in unterschiedlich. So waren Ausgänge in der einen Einrichtung, während dem ersten Lockdown, auf notwendige Einkäufe beschränkt (vgl. T2, Z 195), wohingegen die Betreuerin aus einem anderen Verein schildert, selbst für die Wohngemeinschaft einkaufen zu müssen, um durch Ausgang der Klient*innen, die Wohngemeinschaft nicht zu gefährden (vgl. T3, Z 20).

Die Tonalität hierzu ist in den Interviews unterschiedlich gewichtet. Der Teamleiter beschreibt eine sich einpendelnde Routine. Die Klient*innen gewöhnen sich an die Maßnahmen, weiters ist ein Anstieg von Frustration und Verantwortungsbewusstsein, welches in ein verbessertes Gruppengefühl mündete, zu beobachten (vgl. T2, Z 205, 360-365). Die Professionistinnen berichten diesbezüglich Gegenteiliges! Im betreuten Wohnen wird auf die Wahrnehmung des Autors, dass hier mehr eine Einrichtung als ein Wohnen geschildert wird, deutlich mit ja geantwortet. ITV3 vergleicht ihre Einrichtung mit einem Pflegeheim (vgl. T3, Z 320-325).

Dieser Eindruck wird auch von der Professionistin aus der Tagesstruktur unterstrichen. Aufgrund der geringen Besetzung in der Tagesstruktur, rückzuführen auf die Maßnahmen, war diese stellenweise im betreuten Wohnen eingesetzt.

„Man hat sich sehr Krankenhaus-mäßig gefühlt, würde ich mal meinen. Oder Pflegeheim-Charakter“ (T3, Z 325)

„[...] wir hatten einen Notbetrieb [...] bei uns in der Werkstatt sind normalerweise 34 Klienten. Und zur Zeit des ersten Lockdowns waren es zwei Leute, die gekommen sind.“ (T7, Z 85)

Die ersten drei Wochen durfte sie nicht mit den Klient*innen aus dem Haus gehen. Erst wenn es zu Zwecken der Deeskalation bedürfe. „Also nur, wenn es wirklich nicht mehr anders geht.“ und dies auch nur mit Maske, im Freien, war ein Ausgang mit Begleitung erlaubt. Klient*innen die in ihrer Freizeit öfters nach Wien gefahren sind, durften „nicht einmal vom Bahnhof die Zeitung holen“ (vgl. T7, Z 250-266).

Freizeitangebote, sowie tagesstrukturierende Angebote fielen in beiden Handlungsfeldern aufgrund der Maßnahmen und Verordnungen zur Gänze weg. In Anbetracht der Kontaktbeschränkungen, der betriebsinternen Hygienekonzepte und der gesetzlichen Vorgaben war eine Umsetzung bzw. Adaption dieser Angebote nicht realisierbar.

Der Arbeitsfokus verschob sich vermehrt „von außen nach innen“ gekennzeichnet durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand, vor allem aber im Behindertenbereich. Das reaktive Verhalten der sozialen Landschaft wog am schwersten auf den Schultern der Klient*innen, wodurch auch die Beziehungsarbeit massiv beeinträchtigt wurde.

„Gonz vü unserer Klienten und Klient*innen [...] woan extrem positiv überrascht, dass wir nie zusprerren hom müssen [...] monche Leid san afoch scho so krisenerfahren und vom Leben so gebeutelt, wenn mas wü, dass eben sogn: „Jo jetzt is hoid Pandemie. Hob i scho viel schlimmere Dinge erlebt. Oiso des schmeißt mi jetzt ned aus da Bohn! [...] Weil sie die eh schon seit ewigen Zeiten in an Ort freiwilligen Lockdown, [...] und eigentlich mit dem Rest der Gesellschaft goa ned so vü zum tun hom, weil sie oft negative Erfahrungen gemacht haben und sowieso sehr zurückgezogen leben.“ (T6, Z 487-511)

„[...] ich würde sagen, dass sich für die Bewohnerinnen so ziemlich alles geändert hat, sei es der Besuch [...] nur [...] geimpft, genesen plus PCR Test. Also eine Zeit lang konnten ungeimpfte Personen gar nicht zu uns ins Haus [...] dann offen beschränkt, pro Person einer am Tag [...] in den Lockdowns wurden- also abgesehen davon, dass am Anfang ja diese Beschränkungen vom Land da waren, die man halt eingehalten hat, oder im Sinne der Klienten, sie, ganz ehrlich, einfach nicht eingehalten hat, weil das ist- da war die Inklusion so schnell weggeschmissen, hast gar nicht schauen können [...] und es jetzt noch ein, sich da wieder rauskämpfen aus diesen ganzen überbehüteten Sicherheits(glocken)-artigen Maßnahmen. Ist nicht so einfach, also, weil man natürlich im Hinterkopf hat, hast Corona wieder im Haus [...] was dann dir blüht [...] im Sinne von, ja gut, wieder 24-Stunden-Dienste wahrscheinlich, arbeiten im Plastik Gewand [...]“ (T3, Z 122 – 133)

Daraus ergaben sich weitere Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Klient*innen. Einerseits waren viele nicht mehr erreichbar, wohingegen andere intensivere Betreuung, beispielsweise aufgrund von Vereinsamung, Komorbidität, Konflikten, etc., benötigten (vgl. Strizek 2020:14).

„Wiederholt wurde der Eindruck vermittelt, dass Klientinnen/Klienten, die bereits stabil in das Suchthilfesystem integriert gewesen waren, deutlich weniger Probleme hatten, als Personen im Rahmen einer Erstbehandlung oder instabile Patientinnen/Patienten (z. B. aufgrund von Multimorbidität oder Beikonsum).“ (Strizek 2020:11)

Zudem stellten neue Arbeitsmodalitäten, wie etwa telefonische Beratungen, zusätzliche Schwierigkeiten dar. Sowohl die telefonische Beratung als auch das Tragen von MNS (Mund-Nasen-Schutz) oder FFP2-Masken erschweren die Arbeit mit Klient*innen. Mimik und Emotionen sind entweder kaum und vor allem telefonisch gar nicht zu erkennen, wodurch eine Entpersonalisierung stattfindet. Besonders in Fällen, wo zuvor kein persönlicher Kontakt vorhanden war, wiegt dieser Umstand besonders schwer (vgl. Hasselbach / Kratz 2020; Strizek 2020:12).

„Und von unserer Seite hod natürlich die Beziehungsarbeit sehr gelitten, jo. [...] Grod in da niederschweligen ah Suchtarbeit Suchthilfe find i Beziehungsarbeit is jo is ans der zentralsten Dinge.“ (T5, Z 126,130-131)

Es lässt sich festhalten, dass nicht nur die Beziehungsarbeit, in Form ihrer Zugänge, sondern auch bestehende Beziehungen starken Belastungsproben unterzogen wurden. Mit Bezug auf die vorgestellten, lebensweltorientierten Ansätze, ein Stolperstein.

Nittel (2011:42) referenziert hier auch einen weiteren Konflikt in der Positionierung innerhalb der Profession. Während eine Balance der Beziehung zur Gesellschaft, in Form des Auftrags und den ratifizierten Standards (Erlaubnis / Lizenz), sich vor allem auf behördlicher Ebene abspielt, dient die Beziehung der Klient*innenorientierung. Umgelegt auf den in dieser Arbeit gewählten Ansatz, der Lebensweltorientierung. Wenn man dieser Annahme folgt, stellt die Beziehung zu der Klientel den ausschlaggebenden für einen Einblick in deren/dessen Lebenswelt dar und stellt, zu Ende durchdacht, auch das wichtigste Tool für die Professionist*in dar, um nicht der institutionellen Position überwiegend zuzuarbeiten.

„Also man hat praktisch viel zu leisten [...] im Präsenzbereich ganz viele [...] Bedürfnisse zu erfüllen. Also, und die haben sich sicher zugespitzt und da, [...] ist die Gefahr sicher groß, dass es dann Richtung Digital ausschlägt und Menschen auf der Strecke bleiben oder in ihren besonderen Bedürfnissen einfach nicht mehr wahrgenommen werden, weil anderes wichtiger ist.“ (T2 Z 350-354)

8.1.2 Soziale Arbeit an vorderster Front (Front Line Social Work) und Teamstrukturen

Für die Professionist*innen ist die Arbeit „in Präsenz“ als solche nichts Neues. Während sich die Umstände veränderten, bleibt der Kontext der Arbeitsprozesse der Gleiche.

„Ja, ich finde, dass meine Arbeit das auch auszeichnet, dass du mit den Menschen gemeinsam arbeitest, in einer natürlichen Realität und nicht virtuell. Man kann schon [...] gewisse Inhalte, zum Beispiel auch, wenn der Klient lesen kann, wenn der Klient [...] technisch affine ist und sich mit einem Laptop oder mit einem Handy auskennt, kann man ja gewisse Inhalte auch zur Verfügung stellen. Also sei das Anleitungen für Bausätze [...] von den Leuten sind sechs Leute nonverbal. Das heißt, es würde schon scheitern, wenn ich mit denen telefonieren möchte, weil ich muss- ich müsste die Leute sehen, um ihre Mimik, um ihre Gestik zu lesen. Und das ist halt, ja, schwierig.“ (T7, Z 285-305)

Allerdings scheint sich nach heutiger Beobachtung die Qualität der Beziehungen angesichts von Kontaktbegrenzungen und veränderten Kommunikationsformen zu wandeln (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:180).

Für angehende Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen fallen die Ratschläge so aus, dass es ein Bewusstsein geben muss in einem potenziell ansteckenden Berufsfeld zu sein. Die erhöhte Präsenz bedeutet auch ein erhöhtes Risiko, unabhängig von Covid.

„[...] da bin ich mit Leib und Seele dabei in diesem Job. Das ist kein Bürojob, äh, wo ich halt mich beim Bleistift ja nicht anstecken kann [...]“ (T1, Z 335)

Im niederschweligen Drogenbereich wurden, aufgrund der vulnerablen Zielgruppe und den überlebenssichernden/schadensminimierenden Ansatz, Hygienekonzepte und Arbeitsschutz seitens professioneller Akteur*innen und Klient*innen vermehrt thematisiert. Im Behindertenbereich wurde lediglich auf die pandemiebedingten Arbeitsbedingungen, und die dadurch entstandenen potenziellen Gefährdungssituationen, hingewiesen.

Von Mitarbeiter*innen von Suchthilfeeinrichtungen wird hierbei ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, in Bezug auf geänderte und sich verändernde Arbeitsmodalitäten, erfordert, um die Aufrechterhaltung des Betriebs gewährleisten zu können (vgl. Strizek 2020:13).

„Auch die Aufteilung der Mitarbeiter/-innen mit Patientenkontakt in separierte Teams bzw. die Einführung entsprechender Diensträder wurden als Maßnahmen gegen die Infektionsausbreitung eingesetzt.“ (Strizek 2020:11)

Die damit einhergehende Präsenzzeit wurde von den Professionist*innen stark unterschiedlich bewertet. Während ITV2 über ein „gemeinsames Zusammenwachsen“ spricht, trotz eingeschränkter Ausgehzeiten der Klient*innen und dem einhergehenden Frust (vgl. T2, Z 165-200), fällt im Interview mit IVT3 einer anderen Einrichtung, sowie ITV7 mehrfach der Begriff des „Einsperrens“. Referenziert auf Kapitel 7.3 werden in Interviews sowohl Einschränkungen in der Lebensweltorientierung als auch Faktoren totaler Institutionen erwähnt.

Gleichzeitig sind Professionist*innen mit einem erhöhten Arbeitsaufwand in Form erhöhter Arbeitsstunden und unsteten Dienstplanungen konfrontiert, was sich durch alle im Feld arbeitenden Positionen zieht (vgl. T1, Z 25-45). In einer der beiden Einrichtungen wurde im Falle von Lockdowns und Infektionsgefahr / bei Infektionen im Wohnbereich durchgehend auf 24-Stunden-Dienste zurückgegriffen. Gesetzliche Ruhezeiten und andere arbeitsrechtliche Aspekte blieben außen vor (vgl. T3, Z 15-30; §11 SWÖ-KV (vormals BAGS-KV)).

Dies kommt auch mit einem „Pferdefuß“, nämlich dem Potenzial zur „Mehrfachbelastung“. Seit Umstellung ist zum Beispiel ein Teammitglied im Wohnverbund, welcher Dienst und Team, sowie die im Team gewonnen Erkenntnisse und damit verbundene Arbeitsschritte direkt umsetzt.

Homogener fällt das Bild mit dem Umgang bzw. dem Auskommen mit Ressourcen aus. Im Feld der Behindertenhilfe wurden Tagessätze (vgl. FSW o.A.c) nicht an die Pandemie-Situation angepasst. Während mehr Arbeit, durch mehr Präsenz, mit steigender Vulnerabilität geleistet wurde, blieb die finanzielle Verrichtung somit gleichbleibend. Personelle Ausfälle wurden finanziell intern abgedeckt, da erst mit Absonderungsbescheid die Kosten von außen

gedeckt werden konnten. Wenn nun eine Professionist*in Kontaktperson ist und ihren Dienst nicht antreten kann, was in der Pandemie häufig passiert, laufen Vereine mittel- bis langfristig in ökonomische Engpässe (vgl. T1, Z 155-165). Zusätzlich mussten Professionist*innen bereits vor Pandemie mit schlechten Betreuungsschlüsseln umgehen.

„[...] dieser Personalschlüssel [...] was wir immer schon bemängelt haben, wir haben mit Ach und Krach für diese 24 Leute, aufgrund der Pflegebedürftigkeit von älteren Bewohnerinnen, jetzt einen zweiten Nachtdienst durchgebracht [...]“ (T3, Z 220-225)

„«[...] wir hom do an wichtigen Auftrag» und wir hom des jo davor in der täglichen Arbeit ah gmerkt wie wichtig des a is für unsere Klienten und Klientinnen, dass des, dass wir das was wir tun auch tun.“ (T6, Z 404-406)

Die Arbeit in der Pandemie bringt Professionist*innen an ihre persönlichen Belastungsgrenzen (vgl. Miller / Grisse-Owens 2021:4) und ist in Handlungsfeldern mit erhöhter Präsenz vielerlei zusätzlicher Belastungen konfrontiert. (vgl. Meyer / Buschle 2020:10-11).

Ein Spagat, welcher im Feld weder unerwartet auftritt noch unbekannt ist. Studien zufolge neigen vor allem unerfahrene Sozialarbeiter*innen und Professionist*innen in dezentral organisierten Einrichtungen dazu, die fehlende Struktur durch Mehrleistung zu kompensieren. (vgl. Astvik / Melin 2012:346-351).

8.1.3 Digitalisierung: Potentiale, Grenzen und Gefahren

Hinsichtlich Digitalisierung drängen sich hier nicht nur datenschutzrechtliche Problematiken auf, sondern vor allem fachliche Fragen, da nur in wenigen Arbeitsbereichen, wie zum Beispiel in der offenen Jugendarbeit, die konstitutive Arbeit bzw. Qualität professioneller Sozialbeziehungen hergestellt werden kann (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:184). Zum einen reduziert die digitale Kommunikation die Komplexität sozialer Interaktionen (vgl. ebd.; Reamer 2013:169), zum anderen sind fehlende technische Ressourcen der Klient*innen und auch der Umgang mit diesen die größten limitierenden Faktoren (vgl. ITV 1-7). Professionist*innen beider Handlungsfelder sehen hier wenig Potential hinsichtlich digitaler Arbeit mit Klient*innen, erkennen aber durchaus Gefahren darin (vgl. ebd.).

„Wovon ich [...] grundsätzlich ein wenig Abstand nehmen möchte, ist [...] dieser Digitalisierungswahn in der Sozialen Arbeit. [...] ich finde da muss man auch ab einen gewissen Punkt bei der [...] Niedrigschwelligkeit auf die Bremse treten und sich auch mal an die Realitäten der Adressat*innen bisschen [...] orientieren. Vor allem geht in den Interaktionsprozessen unglaublich viel verloren, ja auf Teamebene als auch auf Organisationsebene wie auch auf der Handlungsebene mit den Leuten. Aber [...]so ne Sozialarbeit 4.0 wo [...] alles irgendwie ressourcensparend effizient und schnell über'n Bildschirm läuft, das würde ich gerne vermeiden oder mich gerne gegenbewegen wollen.“ (T4, Z 170-180,184-188,190-191)

„[...] eine Gefahr sehe ich darin, dass, äh, durch die Informationsverarbeitung so ein großer Schwerpunkt auf das Digitale kommt. Wir sitzen so viel am Computer und verarbeiten Information, die normalerweise ja nicht anfällt [...] einfach mehr im Büro ist [...] Und das fehlt irrsinnig an der Hauptarbeit, [...] wenn man jetzt zum Beispiel die Handlungsrichtlinien [...] am Montag reinkommen, sitzt man einmal zwei Stunden [...] das fehlt irrsinnig an der Hauptarbeit [...] Und draußen sind aber pandemiebedingte Bewohner, Bewohnerinnen [...] und fühlen sich [...] abgelehnt. Und jetzt ist es eine heikle Gratwanderung, wo man da hingehet [...] und [...] wie man diese [...] Gratwanderung aushält.“ (T2, Z 335-351)

In den erhobenen Daten geht klar hervor, dass die alltagspraktischen Handlungsprozesse digital nicht zu kompensieren sind! Was digital ersetzt wird oder wurde, fehlt/e somit an der Hauptarbeitszeit mit den Klient*innen in Präsenz. In beiden Handlungsfeldern wurden somit entweder nur wenig oder gar keine Angebote für Nutzer*innen digital angeboten (ITV 1-7; T11; T5, Z 291-292). Online- und Telefonberatung wurde, während der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, lediglich ergänzend für Klient*innen, die auch technisch dafür ausgestattet sind, zur Verfügung gestellt (vgl. Busch 2021:141-142; ITV 4-6). Wobei auch hier zu beachten ist, dass digitale Beratung „für eine intensive, zweiseitige Kommunikation oder für einen Austausch zwischen mehreren Personen wenig geeignet“ ist (Taubitz 2020:16; zit. in Jäggi 2021:135) und keinesfalls eine face-to-face Kommunikation und Interaktionen ersetzen kann (vgl. Jäggi 2021:135; Reamer 2013:169).

„Und ansonsten war nichts von meinen Aufgaben kompensierbar, weil du Pfllegetätigkeiten oder Betreuung, ähm, einfach nicht [...] online machen kannst. Schön wär's, aber für mich hat in keiner Phase in irgendeiner Form, so etwas wie Homeoffice gegolten. Also gibt es nicht. Also für keinen einzigen Prozess.“ (T3, Z 110)

„Aber die Betreuer, Betreuerinnen müssen vor Ort sein, weil die physische Anwesenheit für die Unterstützungsleistung, die sie den Bewohnern gegenüber zu tun haben, notwendig ist. Sowohl im physischen Bereich, wo es Unterstützung braucht, aber vor allem auch im emotional psychischen Bereich, brauchen die Unterstützung. [...] und auch in allen möglichen Alltagsfertigkeiten begleiten, lernen, Beziehungsgestaltung haben. Das funktioniert einfach digital nicht.“ (T1, Z110)

„Es woa jetzt ned so, dass olle unsere Klient*innen unsere Onlineberatung do genützt haben. Sondern des woa vielleicht a gute Ergänzung. [...] Ma sollte ned die Fantasie hobn, dass olle unsere Klient*inne auf dem digitalen Weg erreichbar sind. [...] und natürlich [...] Digitalisierung stoßt da [...] an ihre Grenzen, dort wos um Versorgungsaufträge geht.“ (T6, Z 160-161,384-386)

In beiden Handlungsfeldern konnte beobachtet werden, dass Handlungsprozesse gestrichen wurden, statt einer digitalen Adaption Platz zu machen (vgl. ITV 1-7).

„Werden andererseits Personengruppen von der Kommunikation über digitale Medien ausgeschlossen, so trifft dies in der Regel gerade jene, deren soziale Teilhabe auch bisher schon prekär war.“ (Schönig / Löwenstein 2020:184)

Dies war kurzzeitig, vor allem beim ersten Lockdown, in der niederschweligen Drogenarbeit stark spürbar. Durch die Einstellung des Angebots der aufsuchenden Sozialarbeit im öffentlichen Raum, konnten bestimmte Zielgruppen und Nutzer*innen, die ohnehin schon in sehr prekären Verhältnissen leben, nicht mehr erreicht werden (vgl. T5, Z 84; T6, Z 226-231).

Das Bild zeigt durchgehend keine Abneigung vor digitalen Potentialen. Es werden schlichtweg, sowohl in der Behindertenhilfe als auch in der niederschweligen (!) Drogenarbeit, keine gesehen. Begründen lässt sich dies, wie oben bereits erwähnt, mit dem Um- und Zugang mit und zu digitalen Ressourcen.

„Also das erste ist [...] dass Beziehungsarbeit immer in Präsenz passieren muss. [...] sie hängt, gerade mit dem Klientel [...], davon ab, dass man sich sieht und dass man Mimik lesen kann, also dass man das Gesicht auch sieht, [...] Und von dem direkten Gespräch und von der

direkten Zeit, die man miteinander verbringt. [...] digital nicht jemanden beim Kochen unterstützen, so wie er es bräuchte, oder digital intervenieren, wenn ein Konflikt ist. [...], innere Themen, strenge, pädagogisch anleiten. [...] Deeskalation ist bei uns ein ganz wichtiges Thema und die Deeskalation, äh, also funktioniert nur im direkten Kontakt. Und anhand dieser Grundlage entstehen dann die weiterführenden Gespräche bis in die menschlichen Tiefen und in die Themen, die dann tiefere, äh, Bereiche des Menschen betreffen. Und dieser heilende Raum [...] dieser soziotherapeutische Raum entsteht [...] Also es ist unmöglich, dass ein digitales [...] Tool das ersetzen kann. Das ist völlig ausgeschlossen.“ (T2, Z 250-320)

Bemühungen im Behindertenbereich die Klient*innen digital ins Boot zu holen wurden meist bereits im Keim erstickt. In einem Wohnheim wurde zusätzlich ein Laptop zur Verfügung gestellt, der jedoch mit Zoom und Microsoft Teams technisch „überfordert“ war (vgl. T3, Z 180). Für Klient*innen der Tagesstruktur, welche wegen der Fehltageregelung beschlossen in Einrichtungen oder im Primärnetz zu bleiben, wurden keine Angebote gesetzt. Lediglich Telefonate auf Eigeninitiative des Personals gab es (vgl. T7, Z 185-200).

Doch dies einzig bei den Klient*innen zu verorten scheint zu kurz gedacht. Wie oben erwähnt, spielt im Behindertenbereich die Familienarbeit eine große Rolle in der Betreuung. Der Mangel an digitalen Ressourcen streckt sich hier auch in das soziale und familiäre Umfeld aus. Hier zusätzlich Betreuung anzubieten, würde die Ressourcen der Professionist*innen dann komplett sprengen (vgl. T2, Z 120).

„Na ja, also, das soziale Umfeld und sicher die Eltern oder Geschwister oder Freunde der der Klienten, Klientinnen sind sicher sozial, also digital eingeschränkter.“ (T2, Z 105)

Hinsichtlich der Professionist*innenseite lassen sich folgend die ersten, und auch einzigen, digitalen Potentiale verorten. Während die Dokumentation bereits vor der Pandemie in den Einrichtungen digital erfolgte, nahm diese einen erhöhten Wert ein, da der Kontakt zu Kolleg*innen beschränkt und meist in verschiedene Diensträder und Subteams unterteilt war (vgl. Strizek 2020:11; T5, Z 222-225; T6, Z 346-352). Teams und Supervision wurden fast ausschließlich online abgehalten und finden bei den meisten, vor allem aber bei größeren Teams (ab 10 Personen), bis heute (Stand April 2022) digital statt. Das Angebot der Online-Supervision wurde, v.a. bei kleineren Teams, nicht in Anspruch genommen bzw. gewartet bis diese wieder in Präsenz stattfinden konnten (T5, Z 244-245, 250-251). Ein Teamleiter (ITV2) nutzt Zoom stellenweise zu Schulungszwecken der Kolleg*innen vor Ort. Er ist jedoch der Einzige im Team, der von Zuhause aus einen digitalen Zugang zur Arbeit verfügt. Dabei entfällt jedoch das „Spüren“ des Gegenübers. Belastungen und Bedürfnisse der Professionist*innen digital wahrzunehmen ist dadurch viel schwieriger (vgl. Jäggi 2021:137-138; T2, Z 475-495; T4 200-205). Auch hier wird schnell ersichtlich, dass auch diese digitalen Möglichkeiten begrenzt sind und keine Interaktionen, wie Teamsitzungen, in Präsenz ersetzen können.

„[...] also ich würde mal meinen, abgesehen davon, dass die Teambesprechungen online stattgefunden haben und die Supervision weggefallen ist, die hatten wir nicht seit dazwischen einmal Pandemie Zeit. Die ganze Zeit hatten wir einmal Supervision [...].“ (T3, Z 110)

„Das is´-[...] es war irgendwie praktisch aber das ist nicht so [...] sinnvoll wie in Präsenz. (T4, Z 202-203)

Eine Teilumstellung ins Homeoffice war vermehrt im niederschweligen Drogenbereich zu beobachten. Hauptsächlich wurden jedoch Tätigkeiten, wie Dokumentation, Berichte, etc., die

bereits vor der Pandemie digital waren, jetzt im Homeoffice durchgeführt (vgl. T4-6). Im Behindertenbereich war die Möglichkeit der Homeoffice-Nutzung ausschließlich für Mitarbeiter*innen in Leitungspositionen vorgesehen. Im Homeoffice konnte folglich sehr wenig bis keine Arbeit mit Klient*innen verrichtet werden.

„Mitarbeiter*innen „[...] die sich gelangweilt in der Beratungsstelle oder im Wohnzimmer räkeln. Und einfach nichts machen, weil kein Mensch ankommt.“ (T4, Z 251-253)

Einen Vorteil ergab die Digitalisierung für die Klient*innen hinsichtlich Online-Medikamentenvergabe via ELGA. Sowohl Medikation als auch Substitutionsverschreibungen (Vidierung) für Suchtkranke, waren somit digital zugänglich.

Weiters konnten präventive Maßnahmen im digitalen Bereich in der Suchthilfe installiert werden. Diese Angebote, wie beispielsweise ein Instagram-Account, ein Podcast („Triptalks“) und andere Onlineberatungstools, sprechen jedoch hauptsächlich eine jüngere Zielgruppe an, die auch die technischen Ressourcen verfügt. Darüber hinaus handelt es sich dabei zum Großteil um Partydrogen Nutzer*innen, die durch diese digitalen Angebote gut erreicht werden können (vgl. T6, Z 356-372).

8.1.4 Umgang mit pandemiebedingten Maßnahmen und Verordnungen

Sich ständig ändernde Maßnahmen, extern wie intern, führten zu ambivalenten Zugängen in der Bewältigung neuer und sich verändernder Herausforderungen (vgl. ITV1-7). Die unterschiedlichen Maßnahmen und Verordnungen waren darüber hinaus für viele Einrichtungen und Organisationen, die mehrere Dienstleistungen anbieten, nicht klar genug definiert, was den Umgang damit nur noch zusätzlich erschwerte. Dies führte zu den unterschiedlichsten Reaktionen und Umsetzungen der Maßnahmen und Verordnungen (vgl. T4, Z 7-9; T5, Z 25-33; T6, Z 253-265).

„I hob zwischendurch moi an Rundruf gestartet [...] mit der Frage „Hey! Wie duats denn ihr grad?“. [...] Und des lustige woa, es hom olle ondas gmocht!“ (T6, Z 259-262)

Dies ging unter anderem mit einem immensen Anstieg an Verwaltungsaufwand und vielen Unsicherheiten einher.

„Bürokratie bis hin zu der ganzen Testverwaltung, bis hin zu Zugangskontrollen, die wir in allen Bereichen haben, [...] bis hin zu Schutzmaßnahmen und Verordnungen [...], wo es Phasen gibt, wo sie wöchentlich neu kommen und die dann [...] an die Teams transportiert werden müssen und die das vor Ort umsetzen müssen.“ (T1, Z 185-195)

Folgerichtig führten diese permanenten Veränderungen auch zu neuen Anforderungen. Zum einen erhöhte sich die Bürozeit immens. Die Hauptarbeit, nämlich die Betreuung und Beziehungsarbeit, drohte unter der Umsetzung dieser Maßnahmen zu ersticken. Für die Professionist*innen eine heikle Frage der Priorisierung im Arbeitsalltag. Wobei die Priorisierung im niederschweligen Drogenbereich besser funktionierte und folglich die Kernarbeit nicht so stark wie im Behindertenbereich eingeschränkt wurde, aber dennoch massive Einschnitte stattgefunden haben (vgl. T4-6; TI1; TP1).

„Es is imma nu besa a Ongebot einzuschränken ois nimma umzusetzten“ (T6, Z 478)

Die Angebote des Streetwork waren mehr auf Eigeninitiative und weniger auf behördliches Anraten gefußt und die Tagesstrukturen gehen bis heute keinem gewohnten Alltag nach (vgl. T5, Z 94,98,158; T6, Z 90-110).

Mit der „Verpflichtung“ diese Maßnahmen umzusetzen, entsteht ein riesiger Raum für Ambivalenzen mit Blick auf die ethische Positionierung, das Einhalten rechtlicher Normen und persönlicher Befangenheiten, wie die Interviews gut aufzeigen. Dieser ambivalente Zugang wird auch auf Leitungsebene beobachtet. Der Zugang zu Covid von Mitarbeiter*innen wird hier so beleuchtet, dass die Professionist*innen stark unterschiedlich mit dem Thema, auch mit der Schutzimpfung und den Maßnahmen umgingen (vgl. T1 Z 90-93).

8.1.5 Krisenmanagement und Kommunikationsprozesse

Jede Krise ist anders und kann nicht bis ins letzte Detail vorausgeplant werden. Folglich erfordern Krisen experimentelles Handeln, da sie immer auch auf die Grenzen bisheriger Settings und Handlungsprozesse verweisen (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:183).

„Das, was Covid, aus meiner Sicht, stark gelehrt hat, ist, [...] dass all das durch das Leben verändert wird. Also jeder Plan und [...] wird über den Haufen geworfen, wenn die Realität eintritt. Und dann muss man sich wieder an dem anpassen [...] wie ich vorher gesagt habe, dass wir eben, äh, nur mehr wenig Pläne machen, die über eine Woche, einen Monat hinausgehen.“ (T1, Z 320-349)

„Im Corona-Krisenmodus liegt die Herausforderung für die Soziale Arbeit vielmehr in der Kombination eines steigenden sozialen Problemdrucks einerseits mit einer Abnahme der Qualität dieser Verbindungen.“ (Schönig / Löwenstein 2020:180)

Die Rückschlüsse aus der Arbeit unter Pandemiebedingungen sind auf lange Sicht nicht bestimmbar. Man ist unsicher welche Kreise die Pandemie noch ziehen wird. Für den Ist-Stand gilt vor allem, dass klare und transparente Kommunikation einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit von Professionist*innen und deren Motivation bedeutet.

Aus den erhobenen Daten wurde ersichtlich, dass es hierzu ein effizientes Krisenmanagement braucht. Die Ergebnisse legen nahe, dass viele Vereine erst durch die Covid-Krise ein Krisenmanagement etabliert haben. Dies ist vor allem ein Top-Down Prozess, wo die Verantwortung einstimmig in der Leitung gesehen wird.

„[...] das Krisenmanagement an und für sich sehe ich ja nicht wirklich angesiedelt bei den Kollegen, Kolleginnen, die dann vor Ort arbeiten, weil das ist eigentlich, aus meiner Sicht, die Aufgabe des Managements [...] der Organisation. [...] Krisenmanagement heißt ja eigentlich, dass man die Gefahren Dinge möglichst minimiert und dass man Dinge vorgibt, die eingehalten werden müssen, um das minimieren zu können. (T1, Z 318 – 326)

„[...] ned nur in Krisen, oba imma ah gonz genau unterscheiden müssen welche Verantwortung und welche hom sie ned und äh in in so Krisensituationen, seh ich es schon in der

Verantwortung von Führungskräften, Entscheidungen zu treffen, vielleicht zum Zeitpunkt, wo ma nu ned olle, ähm möglichen Einflussfaktoren dazu kennt. Oder ah weiß, dass es sein kann, dass sich die Voraussetzungen in kurzer Zeit verändern. Aber trotzdem brauchts oiso Dinge zu Entscheiden und diese Verantwortung ah wahrzunehmen. Und gleichzeitig natürlich ah vom Team oder von Kolleginnen nix zu erworn, wos ma ned bereit is selbst zu tun, jo!“ (T6, Z 469-475)

Im Rahmen des Bachelorprojekts „Post-COVID“ der FH St. Pölten wurden uns Erfahrungsberichte von Professionist*innen zur Verfügung gestellt. Im Vergleich, mit den, von den Autor*innen, gewonnenen Daten, lässt sich ein Muster in der vereinsinternen Kommunikation beobachten. Je transparenter die Kommunikation, umso positiver die Tonalität in den Interviews und Schilderungen der Abläufe. Durch die pandemiebedingten Unsicherheiten war es hier auf Leitungsebene wichtig, Mitarbeiter*innen Orientierung und Halt zu geben.

„Des woa mein Versuch meinen Beitrag zu leisten, dass die Rahmenbedingungen immer klar sind. Und do hom ma die Kolleg*innen rückgemeldet, dass sie des sehr geschätzt haben. Ähm wir hom grundsätzlich schon bei sehr vielen Dingen a gute Diskussions- und Austauschkultur. [...] aber eben bei so Themen wie Umsetzung von Pandemiebestimmungen, woan die Kolleg*innen [...] froh, dass sie do Orientierung von mir griagt hom. [...] andererseits sicher diese Klarheit [...]. [...] Ned äh im Sinn von diktatorisch, sondern äh den Kolleginnen ah wos in die Hand zu geben mit dem sie arbeiten können oder an dem sie sich orientieren können, jo. Oiso ma derf ah ned übersehen, dass die Pandemiezeit für olle Menschen irgendwie vü Unsicherheiten mit sich brocht hod. Und eben do hob i den eidruck ghobt, wenn die Kolleginnen zumindest in da Arbeit eine Orientierung hom und ähm ah ohne ständig ois neu selbst zerdenken zu müssen, [...] Ah mit dem transparenten Verständnis, dass ma sogn kann „Jo die Voraussetzungen san hoid schlecht!“ (T6, Z 441-446,460-467,475-476)

Der Verein der Wohnbereichsleitung und des Teamleiters greift auf einen schlanken, gut strukturierten Krisenstab zurück. Die Pandemie hat dafür gesorgt, dass Handlungsprozesse neu evaluiert werden und manche, erst in Zeiten der Entspannung neu bewertet werden können (vgl. T1, Z 260 – 269; T4-6).

„[...] mit der Zeit wors donn so, dass sie die Dinge eh wiederholt hom. Oiso wir hom donn keine neuen Modi mehr erfinden müssen.“ (T6, Z 447-448)

Dem gegenüber sieht die Betreuerin die Vorgangsweise im Verein deutlich kritischer, sowohl auf Ebene der Maßnahmen für Professionist*innen, als auch der für Klient*innen.

„Ähm, na ja, uns wurde ja immer suggeriert, dass unser Träger quasi den Masterplan hat für wenn die Leute dann positiv sind, dann kommen sie in die Quarantäne Einrichtung und dann haben sich da schon so und so viele Mitarbeiterinnen freiwillig gemeldet, die den Dienst dann machen, wenn die Leute positiv sind. [...] Es hat sich dann aber in der Praxis natürlich nicht so gezeigt. [...]“ (T3, Z 200-208)

Auch diese Aussagen zeigen erneut deutliche Tendenzen zur „totalen Institution“, welche wir dann später in der Interpretation nochmal eingehend beleuchten werden. Ebenso aufgezeigt werden die Nachteile intransparenter Kommunikation und dezentraler Verantwortungsgefüge, welche sich gerade im Pandemie-Management gezeigt haben (vgl. T1, Z 46-60).

"Another general trend in human service work and in modern working life in general, concerns the deregulation and decentralization of responsibility, demanding a greater independence and self-regulation from employees [...] This increased individual responsibility for work, combined

with high workload and insufficient resources, brings employees' coping strategies the fore in understanding stress and employee health in human service work." (vgl. Astvik / Melin 2012:339).

8.2 Zusätzliche Findings

■ Sonderzahlungen & Coronaboni

Hinsichtlich Coronaboni, Priorisierungen und Erhalt der Professionalität in der Arbeit mit Klient*innen und innerhalb des Teams waren erhebliche Diskrepanzen in den beiden Handlungsfeldern zu verzeichnen. Zum einen wurde im niederschweligen Drogenbereich die Arbeit der Professionist*innen mehrheitlich mit Coronaboni, Sodexo-Gutscheinen, Bereitstellung von adäquater Schutzausrüstung und (erleichterten) Testmöglichkeiten, erleichtert und wertgeschätzt (vgl. ITV 4-6; T11). Andererseits erfolgten die Auszahlungen innerhalb des Behindertenbereichs deutlich unterschiedlicher. Der Verein der Betreuerin und Professionistin der Tagesstruktur erhielten einen Corona-Bonus. Der Verein der Wohnbereichsleitung und des Teamleiters finanzierten diesen intern (vgl. ITV 3,7). Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den (beruflichen) Erfahrungen der Autorin.

Die mangelnde Transparenz und unterschiedliche Bewertung, welcher Verein nun finanziell vergütet, und nach welchen Faktoren dies entschieden wird, beschäftigt Professionist*innen auf allen Ebenen im Feld (vgl. Mittermair 2021).

Ein Antrag auf einen bundesweiten Corona-Bonus für die Behindertenhilfe wurde im Mai 2021 eingebracht. Während der, mittlerweile zurückgetretene, Gesundheitsminister Mückstein seine Wertschätzung für den Bereich aussprach, konnte hierbei kein Erfolg erzielt werden (vgl. parlament.gv.at 2021a). Der Kreis wurde dann auf „Gesundheitspersonal, Betreuungs- und Pflegekräfte sowie Reinigungspersonal in Spitälern“ erweitert (vgl. parlament.gv.at 2021b). Dass hierbei die Behindertenhilfe nicht aufscheint ließe sich erneut auf die schwierige, und mangelnde, Zuschreibung ihrer Dienstleistung rückzuführen. Im niederschweligen Drogenbereich wurde zunehmend mit der hoch vulnerablen Zielgruppe, die als Risikogruppe definiert wurde, argumentiert. Darüber hinaus fielen einige der Einrichtungen in die Kategorie „Gesundheitseinrichtung“, wodurch eine Priorisierung stattfinden konnte (vgl. ITV 4-6).

■ Hygienekonzepte & Schutzimpfung

Über einen Zeitstrahl an Lockdowns und Veränderungen der Pandemie verändern sich auch die verschiedenen Settings, auch im Vergleich, unterschiedlich. Die Covid-19 Schutzimpfung wird in keinem der Interviews in der Behindertenhilfe näher thematisiert. Wenn überhaupt, dann wurde die Impfung mit Bezug auf veränderte Arbeitsprozesse erwähnt (vgl. T2, Z 195). In der niederschweligen Drogenarbeit war, aufgrund der Priorisierung und der Notwendigkeit die Zielgruppe zu schützen, eine Impfung für Mitarbeiter*innen von Suchthilfeeinrichtungen ab Jänner möglich. Zusätzlich war es auch für Klient*innen, aufgrund des erhöhten Risikos für einen schweren Verlauf (vgl. EMCDDA 2020), bereits ab April möglich sich, u.a. auch einrichtungsintern, impfen zu lassen.

„auf dem Weg wars natürlich do a Beitrag [...] unsere Klient*innen zu schützen [...].“ (T6, Z 430)

Der Autor kann, aus eigener Berufspraxis ebenso den April als Kernmonat für die erste Schutzimpfung bestätigen. Die Teamleitung der einen Einrichtung spricht jedoch von einer sich einstellenden Routine, „Entspannung“ und einer Adaption der Maßnahmen, Richtung Lockerung. Dies wird auch auf Infektionsfälle bezogen, die mittlerweile deutlich routinierter behandelt werden (vgl. T2, Z 250-265). In der anderen Einrichtung kehren jedoch 24-Stunden-Dienste und verstärkte Maßnahmen, auch bei Verdachtsfällen, sofort wieder zurück (vgl. T3, Z 50).

Bereits vor der Impfung mussten neue Prozesse mit Schwerpunkt auf Hygiene und Minimierung des Infektionsrisiko etabliert werden.

„Ja. Der Schwerpunkt ist, äh, darauf zu achten, dass das Ansteckungsrisiko für alle anderen, äh, nicht betroffenen, äh, möglichst, äh, reduziert wird Bürokratie [...] bis hin zu der ganzen Testverwaltung, bis hin zu Zugangskontrollen, die wir in allen Bereichen haben [...] bis hin zu Schutzmaßnahmen und Verordnungen, die in Phasen, [...] wo sie wöchentlich neu kommen und die dann wöchentlich [...] an die Teams transportiert werden müssen und die das vor Ort umsetzen müssen [...] immer wieder Dokumente, die angepasst werden müssen, Vorlagen, und, und, und [...] der ganze Hygieneteil, das ganze Hygienekonzept, [...] im Bereich von Desinfektions- und, äh, Reinigungsmitteln, die vor Ort verwendet werden müssen, verändert hat, manchmal monatlich [...] ist einerseits ein logistisches herausforderndes Ding [...]“ (T1, Z 94; 188–195)

Über einen Mangel an Schutzausrüstung, wie in den Studien aus Deutschland (vgl. Meyer / Buschle 2020:6-13) wurde von den österreichischen Interviewpartner*innen nichts berichtet. Die Suchthilfe Wien hat sich nach Pandemieausbruch, aufgrund von kurzzeitigen FFP2-Masken Engpässen, ein Maskenaufbereitungsgerät angeschafft, was die Wiederverwendung dieser ermöglicht (sterile Reinigung durch hohe Temperaturen) (vgl. SHW 2020).

Lediglich der Interviewpartner des Vereins „Fixpunkt“ aus Deutschland thematisierte die mangelnde Schutzausrüstung zu Beginn der Pandemie (vgl. T11). Allgemein funktionierte jedoch die Umsetzung von neu entwickelten Hygienekonzepten und deren Adaption sehr gut (vgl. ITV 1-7).

■ Partizipation und Inklusion

Die erwähnten Maßnahmen des „Einsperrens“ (vgl. ITV3; ITV7), gehen nicht nur mit Einschnitten in die Lebenswelt der Klient*innen einher, sondern werfen auch Fragen über den Fortschritt der Entwicklung und der berufsethischen Standards, vor allem im Behindertenbereich, auf.

„[...] was mir auf jeden Fall am Herzen liegen würde, ist, nicht bei der erstbesten Gelegenheit sämtliche Inklusionsgedanken [...] für alle möglichen Dinge, wo man dann gesehen hat, wo man steht in der Gesellschaft. [...] für Menschen mit Beeinträchtigungen [...] ist das so ein Punkt, da hat man genau gewusst, ihr seit am erstmöglichen Punkt wieder zurück eingesperrt in eure Einrichtung, habt nichts mehr zum Entscheiden. Und das ist einfach so und fertig. Nichts zu hinterfragen. Und das geht einfach gar nicht. Also ich kann nicht bei der erstbesten Möglichkeit, wo es schwierig wird, wieder sagen „Inklusion braucht man nicht mehr, danke.“ (T3, Z 250 – 258)

Begründet werden die Einschränkungen mit Maßnahmen der Länder (vgl. T3, Z 19) und der Vermeidung der Infektionsgefahr (vgl. T1, Z 48-49; T2, Z 194-196).

Auch in der niederschweligen Drogenarbeit gab es Vorfälle, wo Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Quarantänequartieren „eingesperrt“ waren und weder Zugang zu ihrer Substitution noch zu sauberem Konsummaterialien hatten. Darüber hinaus wurden obdach- und wohnungslosen Menschen der Zugang zum öffentlichen Raum, trotz fehlender Alternativen, verwehrt (vgl. COVID-19-MG; ITV 4-6).

Integration, Partizipation und soziale Teilhabe von Klient*innen bzw. Adressat*innen sind grundlegende Ziele in der Sozialen Arbeit. Sind diese Ziele durch Verordnungen und Maßnahmen nicht mehr realisierbar, begünstigt dies die soziale Exklusion von Menschen, die sich meist ohnehin schon in prekären Lebenslagen befinden (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:182).

■ Vernetzung und Kooperationen

Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich neu entstandener oder bereits bestehender Kooperationen mit anderen Vereinen, Organisationen und Einrichtungen. Im niederschweligen Drogenbereich sind funktionale Kooperationen entstanden und gewachsen (vgl. Busch 2021:6; T4, Z 40; T11, Z 87-90), wohingegen im Behindertenbereich vermehrt individuell und reaktiv gearbeitet wurde (siehe auch 8.1.1 und 8.1.2).

Im Feld der Behindertenhilfe war einzig der Zuzug von Professionist*innen aus den Tagesstrukturen in das betreute Wohnen anzumerken. Diese, wenn man so will, „interne Kooperation“, wurde ambivalent beurteilt. (vgl. T2, Z 157-160; T3, Z207-211; T7, Z92-99)

In Tirol wurde nach dem ersten Lockdown ein „Jour fixe der Suchthilfe“ zum COVID-19-Pandemie-Krisenmanagement eingerichtet, um aktuelle Auswirkungen der Krise auf Einrichtungen und Klient*innen zu verfolgen und ggf. Maßnahmen und Hygienepläne anzupassen. Auch in Wien wurden regelmäßig Videokonferenzen mit den Geschäftsführer*innen von Suchthilfeeinrichtungen abgehalten (vgl. Busch 2021:16-17).

■ Teamstrukturen, Personalschlüssel & persönliche Grenzen

Hinsichtlich der Arbeitsleistung, dem steten Druck, den geschilderten Ereignissen, unklaren Bestimmungen, unsicheren Arbeitsbedingungen, intrinsischen Konflikten, würden die Autor*innen diese Haltung durchaus unterschreiben und die Frage nach dem Umgang, mit persönlichen Grenzen, im Studium gerne, stärker betont sehen. Die Ergebnisse zeigen vor allem, dass Ethik-Kodex hin oder her, letztlich Individuen vor unterschiedlichste Dilemmata gestellt werden. Die Entscheidungen in den jeweiligen Situationen sind nicht nur mit der eigenen Persönlichkeit, sondern auch mit Arbeitsqualität, Arbeitsnachweis, finanzieller Vergütung und ökonomischer Abdeckung eigener Bedürfnisse verknüpft.

„Also die Frage der Aufmerksamkeit, der Achtsamkeit [...] auf sich und auf andere. In welcher Form wird das angesprochen [...] Weil es so die grundlegende Arbeit halt mit Menschen ist, wie ich auf mich aufmerksam sein kann, kann ich auf andere aufmerksam sein. [...] Wo kommt das in der Ausbildung vor? Das kann- der ganze Bereich des Dialogs, des Zuhörens. Ist das ein zuhörender Mensch? [...] Hört der auf innere Impulse? [...] wenn er das tut, kann er oder sie das auch bei anderen machen und [...] Grenzen einfordern. Bedürfnisse äußern können. Sagen, das ist mir zu viel, das ist mir zu wenig. Und andere dazu anleiten als Role Model, dass es passiert. Also wo kommt dieser ganze Bereich in das rein und wo sind die Auswahlkriterien? [...] das sind die Grundkompetenzen oder da sind Grundkompetenzen grundgelegt, die man einfach mitbringen muss, damit diese Arbeit funktioniert. Also das [...] sind so für mich Anfragen an die soziale Arbeit, die in meiner Ausbildung sicher zu kurz gekommen sind.“ (T2, Z 200-205)

Im niederschweligen Drogenbereich war ein besserer Zusammenhalt, aus den gewonnenen Daten und der beruflichen Erfahrung der Autorin, zu entnehmen. Obwohl COVID-19 auch für viele Mitarbeiter*innen der Suchthilfe Unsicherheiten und Ängste mit sich brachte, war ein gewisses Maß an Wertschätzung, Anerkennung und Dankbarkeit auf Seiten der Mitarbeiter*innen, der Geschäftsführung und auch bei den Klient*innen spürbar (vgl. T6).

Die Fähigkeit persönliche Grenzen wahrzunehmen und auf sich Acht zu geben, gewinnt gerade in Krisenzeiten nochmal mehr an Bedeutung. Wie bereits erwähnt, sollte dies in Verbindung mit ethischen Konflikten fixer Bestandteil im Curriculum der Sozialen Arbeit sein.

Die Personaldecke schrumpft und die Nachbesetzung erweist sich als schwierig. Die Vermutung lautet, dass manche Professionist*innen einen neuen Weg einschlagen wollen (vgl. T1, Z 205-240). Auch beide Betreuerinnen aus dem betreuten Wohnen und der Tagesstruktur wollen sich beruflich verändern (vgl. T3; T7). Zusammenhänge und Widersprüche aus der qualitativen Betrachtungswarte der Arbeit würden hier nur in Mutmaßungen enden.

8.3 Interpretation der Ergebnisse

Werden in bestimmten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit gewisse Handlungsprozesse ausgesetzt oder versucht zu digitalisieren, läuft diese einer Deprofessionalisierung Gefahr (vgl. T4, Z 170-180, 184-188, 190-191). Eine Deprofessionalisierung wird meist auf den Kosten von Klient*innen/Nutzer*innen ausgetragen (vgl. ebd.). Zum einen können gewisse Zielgruppen, v.a. vulnerable Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, nicht mehr erreicht werden. Andererseits hat es negative Folgen für den Beziehungsaufbau und -erhalt, und somit allgemein in der „face-to-face“ Arbeit mit Klient*innen/Nutzer*innen (Jäggi 2021:135; Schönig / Löwenstein 2020:184; T4-6).

Darüber hinaus scheint es so, als ob fehlende Verordnungen hinsichtlich bestimmter Zielgruppen und deren soziale Situation, dysfunktional für innerbetriebliche Strukturen und für Handlungsprozesse in Präsenz wirken, oder, siehe Kapitel 5.1, einen großen Spielraum für hauseigene, privatrechtliche (z.B. Hausverordnungen) Grenzsetzung ermöglichen.

Anders lässt sich das in ITV 3 und 7 häufig erwähnte „Einsperren“ der Klient*innen, ohne Infektionsanzeichen oder Absonderungsbescheid, aus Sicht der Autor*innen nicht erklären. Rechtlich ist die Deckung dünn bis hoch interpretatorisch. So sieht Artikel 5 der Europäischen

Menschenrechtskonvention (EMRK) – „Recht auf Freiheit und Sicherheit“, eine Einschränkung der Freiheit nur dann gegeben, wenn eine Person „Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten bildet“ (EMRK Art. 5 (1e)). Dies würde Deckung mit dem Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) finden, welches unter §4 Abs.1 HeimAufG eine freiheitsbeschränkende Maßnahme ermöglicht, wenn die Person „psychisch krank oder geistig behindert“ ist und „im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit, oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet“.

Um eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gültig zu erwirken, müssen folgende Punkte erfüllt sein:

- Die betroffene Person muss intellektuell beeinträchtigt oder psychisch erkrankt sein und im Zusammenhang damit besteht eine ernstliche, erhebliche und aktuelle Selbst- oder Fremdgefährdung.
- Die gewählte Form der Beschränkung muss angemessen, geeignet und unerlässlich zur Gefahrenabwehr sein.
- Es darf keine andere schonendere pflegerische, betreuerische oder organisatorische Maßnahme oder Alternative möglich sein.

(Vertetungsnetz – Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) o.A.)

Während in Zeiten der Pandemie „schonendere Maßnahmen“ im Zweifelsfall diskutabel sind, steht jedoch der Fakt entgegen, dass eine jede Maßnahme, nach 48 Stunden, einer ärztlichen Evaluierung bedarf. Aus den Interviews geht ein solches Vorhaben nicht hervor. Somit lässt sich das Vorhaben nur als eine Güterabwägung aus Sicherheit und Freiheit interpretieren. Bereits die Androhung der Bewegungsfreiheit gilt als Akt der Einschränkung (vgl.ebd.).

Die Vermutung der Autor*innen liegt auf einer installierten Hausordnung. Einen Zugang zu einem Wohnvertrag von Klient*innen erhielten wir im Zuge der Forschungsarbeit leider nicht. So bleibt das Bild von Trescher (2017) auch bei uns zurück, dass die Grenzen aus bio-psycho-sozialen Paradigma und Altlasten der „totalen Institutionen“ verschwimmen.

„Je funktional differenzierter und damit komplexer eine Gesellschaft organisiert ist, desto eher kommt es zu schwierigen Friktionen und Blockaden, in denen die Handlungsmöglichkeiten des/r einzelnen eingeschränkt sind, und desto mehr professionelle Soziale Arbeit wird benötigt, um neue gesellschaftliche Perspektiven zu eröffnen und die Autonomie der Lebenspraxis (wieder) herzustellen.“ (Schönig / Löwenstein 2020:179)

Schönig und Löwenstein (vgl. 2020:179-180) schildern, dass die Soziale Arbeit in Deutschland durch die Krise plötzlich im Rampenlicht steht. Die Arbeit wird als wertschätzend wahrgenommen und dadurch als systemrelevant anerkannt. Diese Systemrelevanz und Wertschätzung stößt leider in Österreich und auch in anderen Teilen der Welt, durch uneinheitliche Bestimmungen und fehlende Berufsgesetze, an ihre Grenzen.

Aus Autor*innensicht ist der zu gehende Weg, der einer Autonomie und folgend berufseinheitlicher und -ethischer Standards (vgl. Pollack 2022). Wenn die Soziale Arbeit die Wertschätzung erhalten soll, die sich auch die Interviewpartner*innen wünschen, muss diese auch von innen heraus entstehen. Im Zuge der Lehrveranstaltung „6SORP1“ besuchte der Autor mit Kommiliton*innen den OBDS in Wien. Es wurde versichert, dass aktuell an einem

neuen Berufsbild der Sozialen Arbeit gearbeitet werde, welches auch die Rolle der Sozialpädagogik wertschätzend inkludiere. Was angesichts der Tatsache, dass ausgebildete Sozialpädagog*innen unter Wert eingestuft und somit auch bezahlt werden (vgl. T7, Z 396-400) ein erstrebenswertes Anliegen ist.

Nach Auffassung der Autor*innen können die Beschwerden über mangelnde Anerkennung der Profession alle unterschrieben werden. Die Probleme und Ursachen hierfür liegen scheinbar nicht nur außerhalb in der Politik, sondern auch innerhalb der Profession. Die Frage drängt sich im Zuge der Erhebungen schon auf, wie die Anerkennung der Profession steigen soll, wenn innerhalb dieser solche Praktiken toleriert werden.

„Ein kritischer Blick auf die öffentliche Perzeption der Leistungen von Sozialarbeiter*innen lässt erkennen, dass Akteur*innen aus den heterogenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit hohen beruflichen Ethos als Haltung leben, intrinsisch motiviert sind und mit professioneller Fachlichkeit im Feld agieren, diese Leistungen aber bisweilen mangelnde soziale Wertschätzung finden [...]“ (Madritsch-Gruber 2017:185)

Somit ist die Pandemie eine zusätzliche Bewährungsprobe für die Soziale Arbeit als Profession, aber auch für die professionellen Akteur*innen und ihre Nutzer*innen selbst. Die Corona-Krise selbst hat die gesellschaftliche Funktion Sozialer Arbeit verdeutlicht, jedoch auch ihre Verwundbarkeit und Grenzen sichtbar gemacht (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:179-180).

Das Angebot der sozialen Landschaft ist leistungs- und somit auch personalintensiv. Knapp vor Start des 21. Jahrhunderts verdoppelte sich die Beschäftigungslage im Feld, 2005 waren 170.000 Personen im Gesundheits- und Sozialbereich tätig. Tendenz steigend. Die Mehrheit der Beschäftigten sind Frauen. Das Geschlechterverhältnis beträgt 1:4. Positiv formuliert mit den flexiblen Anstellungsverhältnissen begründet, faktisch jedoch mit einem hohen Grad an Flexibilisierung, geringer Bezahlung und schlechten Arbeitsbedingungen verbunden, arbeitet die Soziale Arbeit nicht nur mit Menschen in prekären Lagen, sondern führt auch solche Arbeitsverhältnisse (vgl. Dimmel / Schmid 2013:83-84). Mit dem Vorantreiben einheitlicher Standards sind auch Hoffnungen an Themen wie den Berufsschutz, bessere Bezahlung und Arbeitsbedingungen geknüpft. Die Pandemie zeigt Potentiale, aber auch den langen Weg dahin.

Die Entwicklung von betriebsinternen aber auch handlungs(felder)übergreifenden Konzepten, wie beispielsweise Hygieneplänen oder Krisenmanagement, wurde durch die sich ständig ändernden bzw. nicht genau konkretisierten COVID-19-Verordnungen massiv beeinflusst (siehe 8.1.4). Die Umstellung auf Krisenmodus und die Priorisierung von kontaktlosen und digitalen Handlungsprozessen, aufgrund von erhöhten Gesundheitsrisiken, führte folglich zu einem Abbau der Arbeitsqualität, hinsichtlich Beziehungsaufbau und -erhalt. Der Fokus der tatsächlichen face-to-face Arbeit mit Klient*innen/Nutzer*innen geht verloren, da die Umsetzung aktueller Verordnungen priorisiert wird. Durch die Einhaltung von Hygiene-Maßnahmen fallen somit wichtige Interaktionen weg, die digital nicht ersetzt bzw. adaptiert werden können (vgl. Jäggi 2021:137-140; Schönig / Löwenstein 2020:184). Während die Dokumentation, als digitales Tool, in Zeiten, in denen der Kontakt zu Kolleg*innen gering zu halten ist, an Wert gewinnt (vgl. ITV 2 - „digitales Abbilden“), kann die Mehrheit der Handlungsprozesse kaum bis gar nicht, abseits physisch-präsenter Alternativen, kompensiert werden. Die Aussagen der Professionist*innen sind hier eindeutig (vgl. ITV 1-7).

Die Erhebungen stellen deutlich dar, dass die Professionist*innen kaum digitale Potentiale in ihren Handlungsfeldern verorten. Argumentiert wird dies überwiegend mit der Zielgruppe und der damit verbundenen Beziehungsarbeit. Die zwei Hauptfaktoren werden in der kognitiven Beeinträchtigung und der damit relevanten Deutung von Mimik und Wahrnehmung der Präsenz, in der Behindertenhilfe, sowie der Erreichbarkeit und den Arbeitsansätzen, der Überlebenssicherung und Schadensminimierung (vgl. Meili et. al. 2004), im Feld der niederschweligen Drogenarbeit gesehen. Die Digitalisierung stößt folglich, wo es um Versorgungsaufträge geht, im Anbetracht herrschender Strukturen, an ihre Grenzen (vgl. T6, Z 385-386).

Zusätzliche Faktoren sind die weitere Pflege der Beziehung, Koordination von Arbeitsschritten, Begleitung durch Krisen, Anleitungen im Alltag, Deeskalation, Freizeitgestaltung, etc. Einer der größten limitierenden Faktoren ist die Verfügbarkeit von technischen Ressourcen, aber auch die Kompetenzen im Umgang mit diesen (vgl. ITV 2-7).

Wichtig erscheint den Autor*innen der Zusatz, wie auch in einem Interview erwähnt (vgl. T2, Z 107-119), dass der Einsatz von mehr Technik die vorhandenen Ressourcen im Arbeitsalltag, der durch die Pandemie deutlich intensiviert wurde, sprengen würde (vgl. ITV 1-7). Zusätzlich lässt sich keine einheitliche Anforderung an digitaler Kompetenzbefähigung zum digitalen Arbeiten in der Profession verorten. Bereits 2013 weist Reamer (vgl. 2013:166) darauf hin, dass Sozialarbeiter*innen, die „neue“ digitale Leistungen anbieten (wollen), diese erst nach Teilnahme angemessener Schulungen, Beratungen, Supervisionen und Studien durch kompetente Personen, für ihre Nutzer*innen anbieten sollten.

Neben Diskussionen um die Rolle der Profession und ihre Kompetenzen, gesellen sich zwangsläufig auch die der ethischen Grundhaltung und Positionierung der Sozialen Arbeit hinzu (vgl. Reamer 2013:167). Die in den Erhebungen aufgekommenen, kritisch zu betrachtenden Momente sollen nicht als Kritik stehen gelassen werden, sondern Potenzial für Adaption der Handlungsprozesse im Feld darstellen. Hierfür benötigt es einer kritischen Reflexion der Arbeitsprozesse im Krisen-Modus.

Darum folgert Brenner zu Recht, dass verantwortungsbewusste sowie ethisch korrekte Handlungen und Maßnahmen auf alle ihre Auswirkungen zu überprüfen sind. Erst im größeren Zusammenhang lässt sich abwägen und entscheiden, ob eine Maßnahme gerechtfertigt und vertretbar ist (vgl. Brenner 2020; zit. in. Jäggi 2021:199). Als Profession, welche sich nicht nur stark durch sozialökonomische und -politische Krisen weiterentwickelt hat (vgl. Hammerschmidt / Tesstedt; Kuhlmann; Hering; zit. in Thole 2012:73-131), würde aus Autor*innensicht die Covid-19 Pandemie erneut einen guten Ansatzpunkt für eine kritische Auseinandersetzung innerhalb der Profession sehen, auch unter den bereits befeuerten Prämissen.

Im Vergleich zu Kapitel 2, lassen sich einige Differenzen in der Sachlage erkennen. Auf Basis dieser Arbeit (vgl. ITV 1-7) überschneiden sich die Inhalte nur zu kleinen Teilen. Die erwähnte Kurzarbeit im Feld der Behindertenhilfe trat bei den Erhebungen nicht auf. Ebenso wenig konnte die Implementierung neuer Handlungsprozesse beobachtet werden. Im Gegenteil! Die Erhebungen zeichnen eher ein Bild des Streichens von bereits bestehenden Angeboten oder/und langsamen Schritten zurück, zum gewohnten Angebot.

Überschneidungen gibt es bei der Darstellung der geringen digitalen Potentiale. Im Zuge unserer Recherche setzten wir uns vermehrt mit den Auffassungen von Schönig und Löwenstein auseinander, deren Sichtweisen wir uns persönlich, aber auch inhaltlich in der vorliegenden Arbeit eher annähern als der Betrachtungsweise des BMSGPK.

Diese sehen die größte Besonderheit der Soziallandschaft in der Arbeit unter Pandemie-Bedingungen und in der Arbeit mit Menschen in prekären Lebenslagen, im ständigen Höchstbetrieb. Durch die Covid-19 Maßnahmenpolitik, extern wie intern, mussten Angebote eingestellt werden. Dies bringt sowohl die Klient*innen, wie auch die Professionist*innen und Vereine in ökonomisch-prekäre Lagen. Aus Klient*innensicht ist dieser Habitus besonders fatal, da neben ökonomischen Ressourcen, welche teilweise kaum vorhanden sind, vor allem die bereits bestehenden Multiproblemlagen, durch die Pandemie verschärft werden. Die Mischung aus Schließung, Verschiebung der Angebote und dem Auffedern neuer Probleme führt, bei inadäquater Koordination zu chaotischen Umständen. Auf Dauer können die Klient*innen ihre Krisen nicht mehr selbst kompensieren und sind, aufgrund des erhöhten Verwaltungsaufwandes, mit einem beschnittenen Leistungsangebot konfrontiert. Dies ist nur eines von vielen Resultaten der mangelnden Vorbereitung auf Krisensituationen.

„Doch ist es ja geradezu kennzeichnend für Krisen und problematische Situationen, dass sie immer auch auf die Grenzen bisheriger Settings und Routinen verweisen und experimentelles Handeln erfordern Und so liegt in der Krise auch die Chance, [...] zu neuen, tragfähigeren Arrangements, Strukturen und Handlungsstrategien zu gelangen, sozialen Wandel mitzugestalten und zum Fortschritt durch soziale Innovationen beizutragen.“ (Schönig / Löwenstein 2020:183)

Auch die Autor*innen sehen die digitalen Potentiale in anderen Feldern, wie der Kinder- und Jugendhilfe, verortet als zusätzliches Angebot, nicht als Ersatz. Zustimmung wird von unserer Seite in der Darstellung erteilt, dass Lösungen und Antworten auf die Pandemie nicht kurzfristige Symptome bearbeiten sollen, sondern langfristige Ursachenforschung zu betreiben ist (vgl. (Schönig / Löwenstein 2020:183-185).

Womit sich der Kreis wieder zu den Forderungen von Heitzmann (siehe Kap.2) schließt. Um die Qualität innerhalb der Profession und in ihrer Außenwirkung zu fördern, bedarf es kritisch-reflektierter Forschung, in Folge derer Lösungsvorschläge für die Zukunft entwickelt werden können.

8.4 Beantwortung der Forschungs- und Sub-Forschungsfragen

Die Hauptforschungsfrage („Welche Veränderungen gab es durch COVID-19 in den zwei ausgewählten Feldern der SA, deren Handlungsprozesse nicht digital ersetzbar waren?“) wurde durch das erhobene Datenmaterial sehr vielschichtig beantwortet. Digitale Adaption stellte sich in beiden Feldern nicht ein. Aus Sicht der Behindertenhilfe vorwiegend mit dem Mangel an Ressourcen und Kompetenz, wie auch den kognitiven Beeinträchtigungen argumentiert. Im Handlungsfeld der niederschweligen Drogenarbeit mit den grundsätzlichen Arbeitsansätzen Überlebenssicherung und Schadensminimierung.

Weitere Findings waren der Anstieg von Arbeitsintensität, unsicherer Planung, einem dezentralisierten Arbeitsalltag, die weitreichende Wirkung von Kommunikation, die Schwierigkeiten in der Güterabwägung von Freiheit und Sicherheit, der mangelnden Wertschätzung von außen, der damit verbundenen finanziellen Vergütung und Verortung der Profession in der Gesellschaft und den individuell, wie teils ambivalenten Umgang mit der Krise.

Als Hauptrollen für die Nicht-Ersetzbarkeit der Angebote haben sich die Klientel, gemeinsam mit der Haltung und den Zugängen der praktischen Arbeit gezeigt. Die Gefahren der Digitalisierung entstehen in diesem Feld nicht durch Handlungsprozesse der Profession, sondern durch auferlegten Verwaltungsaufwand. Dies führte im "worst case" zu einer Vernachlässigung der Zielgruppe und der Kernarbeit, der Beziehungsarbeit.

Mit Bezug auf die Hypothesen lässt sich festhalten, dass die Tätigkeit in den jeweiligen Handlungsfeldern den Autor*innen überwiegend treffende Annahmen ermöglichte, wenn auch ein paar Abweichungen festzuhalten sind. Die Vermutung, dass die Vereine eher reaktiv als proaktiv auf die Pandemie-Situation reagierten, hat sich bewahrheitet. Für die Zukunft wird sich von Seiten mancher Professionist*innen ein proaktiveres Auftreten gewünscht (vgl. T3, Z 353-360). Die Maßnahmen wurden, wie angenommen, von Verein zu Verein, mit Einbezug der politischen Anforderungen, individuell und isoliert bestimmt. Ebenso zutreffend war hierzu die Annahme, dass der Sicherheitsgedanke diese Maßnahmen inhaltlich dominieren werde und Einschränkungen qualitative Verluste für die Klient*innen bedeuten. Das Angebot wurde eher verkleinert als adaptiert.

Die Annahme, dass sich die digitalen Potentiale als gering einstufen lassen, haben die Autor*innen, auch mit ihren ursächlichen Faktoren ähnlich der Datenlage prognostiziert. Die Potentiale von Sichtbarkeit werden vor allem von Seiten der Professionist*innen erwähnt. Manifeste Daten hinsichtlich verbesserter Außenwahrnehmung konnten die erhobenen Daten nicht liefern. Negativ schwingt hier eher die Nichtberücksichtigung bei Sonderzahlungen oder Tagsätzen mit (vgl. T1, Z 276–284; parlament.gv.at 2021b).

Wie es um einen künftig-potenziellen Ausbau digitaler Ressourcen und die damit einhergehende Bereitschaft steht, lässt sich aus der Datenlage nicht prognostizieren.

Misstände wurden durch Merkmale totaler Institutionen und schlechten Arbeitsbedingungen, in Teilen der Behindertenhilfe (vgl. ITV 3; ITV 7) dargestellt, was in Gedanken in beruflicher Veränderung mündet.

Gemäß Heitzmann besteht durch Arbeiten wie diese die Hoffnung, dass Potentiale durch Misstände in der alltäglichen Praxis mehr Plattform erhalten und somit die Möglichkeit zur Aufarbeitung und Schaffung von Standards schaffen (vgl. Heitzmann; zit. in BMSGPK 2020-2021).

9 Resümee

9.1 Reflexion des Forschungsprozesses

Der Zugang zu Expert*innenwissen wurde durch die Pandemie merkbar erschwert. Eine vorweg angedachte Gruppendiskussion scheiterte somit aufgrund der viel zu hohen Ansteckungsgefahr. Zusätzlich wollten einige Interviewpartner*innen ihre beruflichen Inhalte nicht im großen Rahmen teilen. Auch die Beschäftigungsverhältnisse waren hierbei ein Thema. So ist die Wohnbereichsleitung (ITV1) die Vorgesetzte des Teamleiters (ITV2) in der Behindertenhilfe und dem Interviewpartner war es wichtig, seine Inhalte autonom mitteilen zu können.

Gemeinsame Treffen der Autor*innen fanden, mit einer Ausnahme, online statt. Die Covid-Infektion des Autors, während dem Forschungsprozess, war somit nicht allzu einschneidend zu bewerten. Ähnlich der Forschungslage werden die digitalen Potentiale von Professionist*innen, also auch im Forschungsprozess, gewinnbringend eingesetzt.

Hinsichtlich Digitalisierung in Bezug auf die Pandemie erkennen die Autor*innen, wie bereits erwähnt, für die beiden Handlungsfelder, nur wenig Potentiale. Die voranschreitende Digitalisierung bringt viele Gefahren mit sich und wirft auch diverse ethische Problematiken und neue Fragestellungen auf. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem neoliberalen System und der Rolle der Sozialen Arbeit darin, ist hierbei notwendig. Auch Nowak (2020:163; zit. in Jäggi 2021:140) meint, „dass wir mit Gewalt in das neue kapitalistische Akkumulationsmodell, den digitalen Kapitalismus, gestossen [sic!] werden“. Der große Gewinner der Corona-Krise ist ganz klar die digitale Wirtschaft (vgl. Jäggi 2021:140).

9.2 Ausblick

Unabhängig von COVID ist ein adäquater und effizienter Umgang mit Krisen, vor allem für die Soziale Arbeit und ihre Adressat*innen unabdingbar.

Soziale Problemlagen werden komplexer und kritischer, je länger ein ökonomischer und dadurch auch psychosozialer Ausnahmezustand anhält und dessen Bewältigung aufgeschoben wird. Dies kann folglich die Soziale Arbeit und ihre Netzwerke massiv überlasten (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:186). Die Pandemie hat viele Missstände aufgezeigt und die Relevanz Sozialer Dienstleistungen deutlich gemacht, wobei die Wertschätzung für die erbrachten Leistungen ausgeblieben ist (vgl. Madritsch-Gruber 2021:185). Soziale Arbeit und auch andere soziale Berufe haben einen erheblichen Beitrag zur Bewältigung dieser Krise beigetragen und ihre Potentiale, trotz widriger Bedingungen, entfaltet. Es bedarf einen Übergang von der Latenz zu der Evidenz der Systemrelevanz Sozialer Arbeit, um deren Professionalisierung voranzutreiben. Somit kann Soziale Arbeit als stellvertretende Krisenbewältigung verstanden werden und progressive Gestalterin sozialen

Wandels in der Politik, Öffentlichkeit und der Gesellschaft sein (vgl. Schönig / Löwenstein 2020:186).

Was bereits zu Beginn des Forschungsprozesses sehr auffallend war, war die fehlende Klient*innenperspektive und -expertise. Auch innerhalb der Bachelorprojektgruppe war es nicht vorgesehen die Adressat*innen Sozialer Arbeit miteinzubeziehen. Darüber hinaus waren die Sichtweisen der Klient*innen auch im Zuge der Literaturrecherche nicht auffindbar. Die Datenlage hierzu ist nicht vorhanden.

Obwohl in der Sozialen Arbeit Klient*innen als Expert*innen ihrer Selbst bzw. ihres eigenen Lebens deklariert werden, sind diese innerhalb der Wissenschaft als solche nicht existent (vgl. De Shazer / Dolan 2022:221). Die Autor*innen sehen die Expertisen der Adressat*innen als großes Potential für konstruktive Forschung und auch in der praktischen Sozial Arbeit selbst. Eine Erhebung über deren Wahrnehmung der Covid-19 Krise ist aus unserer Sicht längst überfällig.

Ebenso spannend zu verfolgen wäre die Beleuchtung personeller Veränderungen. In den Interviews wurde von ITV1 die angespannte Personaldecke angesprochen. ITV 3 und ITV 7 liebäugeln mit einer beruflichen Veränderung. Hier wäre die Frage zu klären, ob sich solche Entwicklungen auch anderswo in der Landschaft beobachten lassen, oder es bei einem Sampling von Einzelfällen bleibe.

Abschließend wollen die Autor*innen mit einem charmanten und stimmigen Zitat aus dem Interview ITV2. Aus unserer Sicht ein auflockernder Input nach vielen Seiten der kritisch-reflexiven Ausarbeitung.

“[...] make yourself the present (sic!) of being present. Das [...], ist, finde ich, ein sehr schöner Satz [...]. Mach dir das Geschenk, präsent zu sein.” (T2, Z 599-600).

Literatur

Afrouz, Rojan (2020): Approaching uncertainty in social work education, a lesson from COVID-19 pandemic. In: Qualitative Social Work 2021. Vol. 20 (1–2). S. 561–567.

Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) (2022): AGES Dashboard Covid-19. <https://covid19-dashboard.ages.at/> [25.01.22]

Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja, Strizek Julian (2020): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Astvik, Wanja / Melin, Marika (2012): Coping with the imbalance between job demands and resources: A study of different coping patterns and implications for health and quality in human service work, Journal of Socialwork 337-360, Vol 13, Issue 4, 2013

Banks, Sara / Cai, Tian / Jonge, Ed de / Shears, Jane / Shum, Michelle / Sobočan, Ana M. / Strom, Kim / Truell, Rory / Úriz, María Jesús / Weinberg, Merlinda (2020): Ethical Challenges for Social Workers During Covid-19: A Global Perspective. Published by The International Federation of Social Workers. Maiengässli 4, 4310. Rheinfelden, Switzerland.

Baum, Max (2016): Das Doppel- und Tripelmandat in der Sozialen Arbeit. <https://docplayer.org/48503611-Das-doppel-und-tripelmandat-in-der-sozialen-arbeit.html> [01.02.22]

Behindertenarbeit.at (2015): Welche Verpflichtungen entstehen dem Staat Österreich aus der UN-BRK? <https://www.behindertenarbeit.at/43738/welche-verpflichtungen-entstehen-dem-staat-oesterreich-aus-der-un-brk/#:~:text=Bei%20der%20UN%2DBehindertenrechtskonvention%20handelt,%C3%96sterr,eichischen%20Nationalrat%20genehmigt%20worden%20ist.&text=Somit%20hat%20der%20Gesetzgeber%20die%20unmittelbare%20Anwendbarkeit%20der%20UN%2DBehindertenrec,htskonvention%20ausgeschlossen> [08.02.22]

Behinderung.org (o.A.): Die Vielseitigkeit des Begriffs Behinderung. <https://behinderung.org/gesetze/definition-behinderung.html> [08.02.22]

BIZEPS (o.A.): Coronavirus: Wichtige Informationen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige in Wien. <https://www.bizeps.or.at/coronavirus-wichtige-informationen-fuer-menschen-mit-behinderungen-und-deren-angehoerige-in-wien/> [25.03.22]

Bomert, Christiane / Landhäußer, Sandra / Lohner, Eva Maria / Stauber, Barbara (Hrsg.) (2021): Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit. Springer VS. Wiesbaden.

Böhnisch, Lothar / Lösch, Hans (1973): Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, Hans Uwe / Schneider, Siegfried (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Band 2. Neuwied / Berlin.

Brenner, Andreas 2020: CoronaEthik. Ein Fall von Global-Verantwortung? Königshausen & Neumann. Würzburg.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2020-2021): Covid-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich, HG: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (o.A.): Empfehlungen zur Lockerung der COVID-19-bedingten Einschränkungen in den Einrichtungen und Programmen der Behindertenhilfe der Länder. <file:///Users/betty/Downloads/Empfehlungen%20zur%20Lockerungen%20in%20der%20Behindertenhilfe.pdf>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022): Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr - die G-Regel. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Haeufig-gestellte-Fragen/FAQ-G-Regel.html> [09.03.22]

Busch, Martin / Anzenberger, Judith / Brotherhood, Angelina / Klein, Charlotte / Priebe, Birgit / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogensituation. Ergebnisbericht. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich. Wien.

Busch, Martin / Haas, Sabine / Horvath, Ilonka / Kellner, Klaus / Kerschbaum, Hans / Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Busch, Martin / Haas, Sabine / Kellner, Klaus / Kerschbaum, Hans / Türscherl, Elisabeth (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Caritas – Kontaktladen & Streetwork im Drogenbereich (2020): Jahresbericht 2020. Caritas Steiermark. <https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/suchthilfe/kontaktladen-streetwork-im-drogenbereich/oeffentlichkeitsarbeit/jahresberichte> [20.02.22]

Cooper, Lesley / Briggs, Lynne (2014): Do we need specific disaster management education for social work?. In: The Australian Journal of Emergency Management. 29 (4), 38-42.

Diebäcker, Mark / Wild, Gabriele (Hrsg.) (2020): Streetwork und aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Springer VS. Wiesbaden.

Die Presse – Lockdowns (2021): Lockerungen, Verschärfungen: Eine Chronologie der Pandemie. <https://www.diepresse.com/6062811/lockdowns-lockerungen-verschaerfungen-eine-chronologie-der-pandemie> [25.01.22]

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): Soziale Dienste in Österreich. 1. Auflage. Studienverlag Innsbruck.

Degkwitz, Peter (1998): Psychosoziale Betreuung Substituierter in Hamburg: Systematisierung ihrer Vorgaben, Praxis und Strukturen. Paranus. Neumünster.

De Shazer, Steve / Dolan, Yvonne (2022): Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. 8. Auflage. Carl-Auer Verlag. Heidelberg.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2020): COVID-19 and people who use drugs. Context – the coronavirus outbreak (COVID-19) in the EU. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs> [29.01.22]

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2021): Publications. Spotlights. Health and social responses to drug problems during the Covid-19 pandemic. https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/health-and-social-responses-drug-problems-during-covid-19-pandemic_en [29.01.22]

Flick, Uwe (2019): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für alle BA – Studiengänge. 4. Auflage. Rohwolts Enzyklopädie. Reinbeck bei Hamburg.

Fonds Soziales Wien (FSW) (o.Aa): „Vollbetreutes Wohnen“. FSW. <https://www.fsw.at/p/vollbetreutes-wohnen> [03.03.2022]

Fonds Soziales Wien (FSW) (o.Ab): Spezifische Förderrichtlinie für Tagesstruktur. FSW. https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_erkennung/foerderrichtlinien/spezifische/Spetz_FRL_Tagesstruktur.pdf [30.30.2022]

Fonds Soziales Wien (FSW) (o.Ac): Spezifische Förderrichtlinien für Wohnen und Pflege. FSW. https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_erkennung/foerderrichtlinien/spezifische/Spetz_FRL_fuer_Wohnen_und_Pflege.1646742882.pdf [31.30.2022]

Fonds Soziales Wien (FSW) (o.Ad): „Tagesstruktur“. FSW. <https://www.fsw.at/p/tagesstruktur> [03.03.2022]

Fonds Soziales Wien (FSW) (o.Ae): „Teilbetreutes Wohnen“. FSW. <https://www.fsw.at/p/teilbetreutes-wohnen> [03.03.2022]

Füssenhäuser, Cornelia (2016): Lebensweltorientierung und Sucht. In: Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Auflage. Beltz Juventa. Weinheim und Basel.

Gastiger, Sigmund / Abstein, Hans Joachim (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern. Lambertus Verlag GmbH Marketing und Vertrieb. Freiburg.

Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag. Berlin.

Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (2006): Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe Das Reden von Lebensweltorientierung ist ubiquitär. In: Reinhardt-Journals, VHN 2/2006 S. 144-147.

Hasselbach, Marc / Kratz, Dirk (Moderatoren). (2020, 06. April). Suchthilfe in der Corona Krise. In *Freiheit ohne Druck*. Vom Therapieverbund Ludwigsühle. <https://open.spotify.com/episode/1wIAXVkJc2PpY5nrWzuvX?si=oMP1untaTDu7aM3psGKzlg>.

Hasselbach, Marc / Kratz, Dirk (Moderatoren). (2021, 05. April). Quo vadis Suchthilfe? In *Freiheit ohne Druck*. Vom Therapieverbund Ludwigsühle. https://open.spotify.com/episode/5Qu8S6UvSA0HxGAbZqbYw3?si=sD9Mv9aVRLSNA_ms8EIDmg.

Heide, Rainer (2019): Psychopharmaka als Mittel zur Freiheitsbeschränkung. Ethische Bewertung für Medizin, Pflege und Pharmazie. Springer VS. Wiesbaden.

Heite, Catrin (2009): Soziale Arbeit und Anerkennung – Überlegungen zu einer gerechtigkeitsorientierten Konsolidierung von Disziplin und Profession. In: Widersprüche (112). S. 65-72. Universität Lüneburg.

Horvath, Ilonka / Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja (2020a): Bericht zur Drogensituation 2020. Ergebnisbericht. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH. GÖG/ÖBIG. Wien.

Horvath, Ilonka. / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja (2020b): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Gesundheit Österreich GmbH. GÖG/ÖBIG. Wien.

Huang, Shan (2020): Wie Corona soziale Ungleichheiten aufdeckt und verschärft. DIW Wochenbericht Nr. 29/2020.

International Federation of Social Workers (IFSW) (2020a): IFSW conference concludes: A new era for Social Work. <https://www.ifsw.org/ifsw-conference-concludes-a-new-era-for-social-work/> [06.02.22]

International Federation of Social Workers (IFSW) (2020b): IFSW Conference Concludes: A New Era For Social Work. <https://www.ifsw.org/ifsw-conference-concludes-a-new-era-for-social-work/> [06.02.22]

International Federation of Social Workers (IFSW) (o.A.): UPDATED INFORMATION ON IFSW AND COVID-19. <https://www.ifsw.org/covid-19/> [25.01.22]

International Federation of Social Workers (IFSW) / International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2005): Ethik-Kodex der Sozialen Arbeit. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/ethiccodex_ifsw_2.pdf [21.12.21]

International Association of Schools of Social Work (IASSW) / International Council on Social Welfare (ICSW) / International Federation of Social Workers (IFSW) (2012): The Global Agenda for Social Work and Social development commitment to action. <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/globalagenda2012.pdf> [05.01.22]

Interessensvertretung sozialer Dienstleistungsunternehmen für Menschen mit Behinderung (IVS) (o.A.): Finanzierungsunsicherheit in der Wiener Behindertenhilfe im Schatten der Pandemie. <https://www.ivs-wien.at/ivs-blog/> [03.03.2022]

Jäggi, Christian J. (2021): Die Corona-Pandemie und ihre Folgen Ökonomische, gesellschaftliche und psychologische Auswirkungen. Springer Gabler. Wiesbaden.

Jugend am Werk (o.A.): Sie suchen einen Tagesstrukturplatz?
<https://www.jaw.at/de/dienstleistungen/tagesstruktur/34/Sie-suchen-einen-Tagesstrukturplatz#:~:text=Wenn%20Sie%20in%20einer%20Werkst%C3%A4tte,regelm%C3%A4%C3%9Fig%20in%20die%20Werkst%C3%A4tte%20kommen> [30.03.22]

Karner, Marianne (2016): Über die Kontinuitäten von „Totalen Institutionen“.
<https://www.bizeps.or.at/ueber-die-kontinuitaeten-von-totalen-institutionen/> [30.03.22]

Kahl, Yonne (2016): Inklusion und Teilhabe aus der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychiatrie Verlag. Köln.

Lallinger, Manfred / Rieger, Günter (2020): Repolitisierung der Sozialen Arbeit, Akademie der Erzdiözese. Stuttgart.

Madritsch-Gruber, Eva (2017): Anerkennung (in) der Sozialen Arbeit, In: soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 18(2017). Rubrik "Junge Wissenschaft". Standort Graz, 185-195.

Magadlah, Haneen (2020): It took us a pandemic to understand how essential social work is. Keynote bei der IFSW-Konferenz 2020, 15.07.2020. <https://www.youtube.com/watch?v=tHXIKPfn6DE> [09.02.2022]

Mayerhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Springer VS. Wiesbaden.

Meili, Daniel / Dober, Susan / Eyal, Edgar (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. In: Suchttherapie 2004, 2-9. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Meyer, Nikolaus / Alsago, Elke (2021): Soziale Arbeit am Limit? In: Einblick 1-9.

Meyer, Nikolaus / Buschle, Christina (2020): Soziale Arbeit in der Corona-Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. In: IUBH Discussion Papers 04/2020.

Miller, J Jay / Grise-Owens, Erlene (2021): The Impact of COVID-19 on Social Workers: An Assessment of Peritraumatic Distress. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.fhstp.ac.at:2443/doi/full/10.1177/14680173211013243> [20.01.22]

Mittermair, Robert (2021): Gefrotzelte SystemerhalterInnen. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20211209_OTS0012/gefrotzelte-systemerhalterinnen [21.12.21]

Muckenhuber, Johanna (2021): Soziale Arbeit und Krise. In: *Soziales Kapital - wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit* (2021). 25. Ausgabe. März 2021. Rubrik „Editorial“. Redaktion soziales_kapital Printversion. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/739/1362.pdf>

Müller, Ursula / Schröttle, Monika (2004): Lebenssituation, Gesundheit und Situation von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84328/3bc38377b11cf9ebb2dcac9a8dc37b67/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> [03.06.2021]

National Association of Social Workers (NASW) (o.A.): Read the Code of Ethics. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English> [20.01.22]

Nittel, Dieter (2011): Von der Profession zur sozialen Welt pädagogisch Tätiger? Vorarbeiten zueiner komparativ angelegten Empirie pädagogischer Arbeit, 40-49, In Helsper, Werner / Tippelt, Rudolf: Pädagogische Professionalität, Weinheim und Basel. Beltz.

Nowak, Peter 2020: Die autoritäre Staatlichkeit und der Konformismus der Linken. In: Hofbauer, Hannes / Kraft, Stefan (Hrsg.): Lockdown 2020. 2. Auflage. Promedia. Wien. 155 ff.

Obdach Wien (o.A.): Obdach Wien. Winterangebote. Notquartiere. Fond Soziales Wien (FSW). <https://www.obdach.wien/p/notquartiere> [04.03.22]

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2021): Soziale Arbeit im Kontext der COVID 19-Pandemie. Vorschläge des Österreichischen Berufsverbands für Soziale Arbeit (obds) an den psychosozialen Berater*innenstab der Bundesregierung unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek sowie an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien. 202103_Soziale-Arbeit-und-COVID-19_EndVers-2.pdf

OBDS - Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2020): Soziale Arbeit im Kontext der COVID 19-Pandemie (ebd.).
https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2021/03/202103_Soziale-Arbeit-und-COVID-19_EndVers-2-1.pdf [03.02.22]

OBDS - Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (ebd.). Wien. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/handlungsfelder-fh-campus_wien.pdf [03.02.22]

Parlament Österreich (parlament.gv.at) (o.A.): Republik Österreich. Parlament. Beteiligung und Stellungnahme. Vorparlamentarisches Begutachtungsverfahren. Nationalrat – XXVII. GP. Ministerialentwürfe. 75/ME. Suchtmittelgesetz Änderung. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/ME/ME_00075/index.shtml# [14.02.22]

Parlament Österreich (parlament.gv.at) (2021a): Bundesweite Corona-Prämie auch für die Behindertenhilfe https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/J/J_06766/index.shtml [04.04.2022]

Parlament Österreich (parlament.gv.at) (2021b): Corona-Bonus für Gesundheits-, Pflege- und Reinigungspersonal in Spitälern passiert Bundesrat https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2021/PK0785/ [04.04.2022]

Pickl, Cornelia (2021): Lockdown Beobachtungsbasierter Erfahrungsbericht aus dem Leben im Vollzeitbetreuten Wohnen von Menschen mit Behinderungen. In: Soziales Kapital, wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. Nr. 25.

Pollak, Julia (2022): Fachkräfte der Sozialen Arbeit: unverzichtbar für den Sozialstaat und doch oft übersehen. <https://awblog.at/fachkraefte-der-sozialen-arbeit-unverzichtbar-fuer-sozialstaat/> [20.01.22]

Reamer, Frederik G. (2013): Social Work in a Digital Age: Ethical and Risk Management Challenges. In: Social Work's Volume 58, Number 2:2013, 163-170. Road Island College.

Reininger, Christian (2015): Das Fernbleiben in der ambulanten Drogentherapie. Eine Annäherung an ein weit verbreitetes Phänomen mittels quantitativer Analyse. Akademiker Verlag. Saarbrücken.

Reinl, Heidi (2008): Stationäre Drogentherapie im Spiegel professioneller Arbeitskonzepte. Eine sozialpädagogische Fallstudie. Dissertation. Universität Tübingen. <https://www.yumpu.com/de/document/read/8709541/heidi-reinl-tobias-lib-universitat-tubingen>

Regier, D. / Farmer, M. / Rae, D. / Locke, B. / Keith, S. / Judd, L. / Goodwin, F. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area Study. Journal of the American Medical Association, 264, 2511-2518.

Scherr, Albert / El-Mafaanli, Aladin / Yüksel, Gökçen (2017): Handbuch Diskriminierung, 1. Auflage. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Schönherr, Daniel / Zandonella, Martina (2020): Arbeitsbedingungen und Berufsprestige von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich. SORA – Institute for Social Research and Consulting.

Schreier, Maren (2010): Quo vadis, Soziale Arbeit?. In: Sozial Extra 9|10 '10:31.

Seithe, Mechtild (2012): Schwarzbuch der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. VS Verlag. Wiesbaden.

Seitzer, Philipp / Dins, Timo / Busch, Maria / Grüter, Lena / Stommel, Theresa / Fischer-Suhr, Julia / Sungen, Ingeborg / Naumann, Michaela / Keeley, Caren (2020): COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung. In: Teilhabe 2/2020. Jg. 59, S. 50 – 54. (Preprint-Version vom 6. April 2020.)

Stangl, Werner (2021): „Vulnerabilität – Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik“. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. <https://lexikon.stangl.eu/1782/vulnerabilitaet> [Zugriff 20.01.2022]

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. 2. Auflage. Opladen & Toronto. utb. S.114.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Vom beruflichen Doppel - zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession. In: Zeitschrift für Sozialarbeit in Österreich. H. 2, 8 – 17. <https://docplayer.org/3801045-Vom-beruflichen-doppel-zum-professionellen-tripelmandat.html> [01.02.22]

Schönig, Werner / Löwenstein, Heiko (2020): Netzwerke Sozialer Arbeit im Corona-Krisenmodus. Folgen des Lockdowns und Perspektiven ihrer Systemrelevanz. In: Stegbauer, Christian / Clemens, Iris (Hrsg.) (2020): Corona-Netzwerke - Gesellschaft im Zeichen des Virus. Springer VS. Wiesbaden.

Strizek, Julian / Busch, Martin / Priebe, Birgit / Puhm, Alexandra / Uhl, Alfred (2020): Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Wien. Stiftung Anton-Proksch-Institut.

https://jasmin.goeg.at/1581/1/Suchtbehandlung%20in%20der%20Krise_erster%20Kurzbericht_bf.pdf

Suchthilfe Wien (SHW) (o.A.): Einrichtungen. Change & Streetwork. <https://www.suchthilfe.wien/1/change-streetwork/> [06.02.22]

Suchthilfe Wien (SHW) (o.A.): Safer Use Guide. Intravenöser Konsum und Alternative. https://www.suchthilfe.wien/2/wpcontent/uploads/2020/10/Doppelseitig_SaferUse_Alternativen.pdf [06.02.22]

Suchthilfe Wien (SHW) (2020): Tätigkeitsberichte. Tätigkeitsbericht SHW Beratung Betreuung Behandlung 2020. https://www.suchthilfe.wien/1/wp-content/uploads/2021/06/20210604_SHW_Ta%CC%88tigkeitsbericht_Beratung_Betreuung_Behandlung_2020_fin.pdf [11.01.22]

Taubitz, Udo 2020: Auch das Gehirn braucht Nähe. In: Publik-Forum. Nr. 9 (2020). 16.

Thole, Werner (2012): Grundriss Soziale Arbeit. 4. Auflage. VS Verlag. Wiesbaden.

Transparenzportal (o.A.): Vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/leistung/1029982.html> [Zugriff 08.02.22]

Trescher, Hendrick (2017). Subjektivierungspraxen in der stationären Behindertenhilfe – ein pädagogisches Dilemma. In: Neue Praxis, 04/2017. 354–370.

Tomschitz, Günther (2014): Chancen und Grenzen der Sozialraumorientierung in der niederschweligen Drogenarbeit mit Menschen die intravenös konsumieren. Das Fachkonzept in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern. In: Fürst, Roland / Hinte, Wolfgang (Hrsg.) (2014): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Utb. / facultas Verlag. Wien.

Turk, Margaret / Landes, Scott, Formica, Margaret / Goss, Katherine (2020): Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis, in Disability and Health Journal 13.

United Nations International Children's Fund (UNICEF) / International Federation of Social Work (IFSW) / Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (CPHA) / Global Social Service (2020): Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the Covid-19 Response - Recommended Actions.

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2018): Geht's noch? Psychisch krank und wohnungslos. <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/ueberuns/publikationen/verband-wiener-wohnungslosenhilfe-situationsbericht.pdf> [Zugriff 08.02.22]

Verein Substanz (o.A.): Verein für suchtbegleitende Hilfe. <http://substanz.at/> [25.02.22]

Wegenschimmel, Maria (Moderatorin). (2020, 13. November). #28 Suchthilfe Wien: Warum ist Drogen- und Suchtpolitik so ein brisantes Thema? [Audio-Podcast]. In *Sozial Pod*. Von Sozial Pod.

<https://open.spotify.com/episode/6ezxLY2YdngQH7FvQfNbPY?si=uf9V0iR5QwuQ4sKdkQ6Mcg>

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (o.A.): WHO erklärt COVID-19-Ausbruch zur Pandemie. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> [25.01.22]

Vertretungsnetz – Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) (o.A.)

<https://vertretungsnetz.at/bewohnervertretung/heimaufenthaltsgesetz> [04.04.2022]

Daten

ITV1, Interview 1, geführt von Christoph Pachmann mit der Wohnbereichsleitung von drei sozialpädagogischen Einrichtungen der Behindertenhilfe – Betreutes Wohnen. Vor Ort aufgenommen mit „AudioRec“, 11.03.2022, Audiodatei.

ITV2, Interview 2, geführt von Christoph Pachmann mit einer Teamleitung von einer dieser Wohneinrichtungen. Aufnahme via Zoom, 14.03.2022, Audiodatei.

ITV3, Interview 3, geführt von Christoph Pachmann mit einer Sozialpädagogin/Behindertenbetreuerin - Betreutes Wohnen Standort Niederösterreich. Aufnahme via Zoom, 18.03.2022, Audiodatei.

ITV4, Interview 4, geführt von Elisabeth Lahner mit einem Mitarbeiter/Teamleiter von „Fixpunkt e.V.“ über BigBlueButton, 03.03.2022, Audiodatei.

ITV5, Interview 4, geführt von Elisabeth Lahner mit einem Mitarbeiter des Vereins „SUBSTANZ“ über Zoom, 11.03.2022, Audiodatei.

ITV6, Interview 4, geführt von Elisabeth Lahner mit einem Mitarbeiter/Teamleiter von „Caritas. Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich“ über Zoom, 15.03.2022, Audiodatei.

ITV7, Interview 7, geführt von Christoph Pachmann mit einer Sozialpädagogin/Behindertenbetreuerin - Tagesstruktur der „Lebenshilfe“. Aufnahme via Zoom, 18.03.2022, Audiodatei.

T1, Transkript Interview 1, erstellt von Christoph Pachmann, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 355 Zeilen.

T2, Transkript Interview 2, erstellt von Christoph Pachmann, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 565 Zeilen.

T3, Transkript Interview 3, erstellt von Christoph Pachmann, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 385 Zeilen.

T4, Transkript Interview 4, erstellt von Elisabeth Lahner, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 330 (+4) Zeilen.

T5, Transkript Interview 5, erstellt von Elisabeth Lahner, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 471 Zeilen.

T6, Transkript Interview 6, erstellt von Elisabeth Lahner, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 516 Zeilen.

T7, Transkript Interview 7, erstellt von Christoph Pachmann, März 2022, Zeilen durchgehend nummeriert. 470 Zeilen.

Sekundärdaten

TP1, Transkript des Podcast „Sozialpod“, erstellt von Elisabeth Lahner, August 2021, Zeilen durchgehend nummeriert. 492 Zeilen.

TI1, Transkript Interview „Fixpunkt e.V.“, erstellt von Elisabeth Lahner, Juni 2021, Zeilen durchgehend nummeriert. 391 Zeilen.

Abkürzungen

AGES – Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit

ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

CGW – Chancengleichheitsgesetz

COVID-19-MG – COVID-19-Maßnahmengesetz

COVID-19-ÖV – COVID-19-Öffnungsverordnung

FSW – Fonds Soziales Wien

HeimAufG – Heimaufenthaltsgesetz

IFSW – International Federation of Social Workers

IASSW – International Association of Schools of Social Work

NASW – National Association of Social Workers

NÖ SHG - NÖ Sozialhilfegesetz

OBDS – Österreichischer Berufsverband für Soziale Arbeit

SHW – Suchthilfe Wien

SMG – Suchtmittelgesetz

SORP – Sozialraumorientierte Primärversorgung - Public Health (Lehrveranstaltung – Studiengang “Soziale Arbeit” – FH St. Pölten)

SWÖ-KV – Sozialwirtschaft Österreich - Kollektivvertrag

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention

WHO – Weltgesundheitsorganisation

WSHG – Wiener Sozialhilfegesetz

Anhang

Interviewleitfaden

Vorstellung der Person

- Stell dich bitte vor. Wie lange bist du, in welcher Funktion, in der ich dich hier interviewe beruflich tätig?

Veränderungen in der beruflichen Alltagspraxis

- Wie haben sich eure alltäglichen Handlungsprozesse seit Ausbruch der Pandemie verändert?
- Was waren hier die prägnantesten Veränderungen?

Veränderungen der Handlungsprozesse

- Welche Handlungsprozesse deiner alltäglichen Arbeit haben sich als nicht-kompensierbar herausgestellt?
 - Warum? Wie wurde darauf reagiert?
 - Welche Alternativen (in Präsenz) wurden geschaffen?
 - Wie wurde das bestehende, in Präsenz stattfindende Angebot auf die Pandemie angepasst? Wurden bestehende Angebote adaptiert? Was fiel weg? Was wurde neu geschaffen?
- Welche Veränderungen in der Arbeit mit Klient*innen konnten dadurch beobachtet werden? (Beziehungsqualität / Erreichbarkeit / Leistungsangebot / Vulnerabilität)
- Welche Faktoren wirken für nicht-kompensierbare Handlungsprozesse funktional und dysfunktional? (z.B. wirtschaftliche, finanzielle, personale Faktoren)

Gefahren und Herausforderungen

- Was sind die Gefahren in deiner Einrichtung, wenn angesichts der Pandemie, Handlungsweisen, Methoden etc. zunehmend digitalisiert werden sollen? (Grenzen der Digitalisierung)
- Was ist nicht-kompensierbar/ nicht digitalisierbar?
 - Woran merkst du das bzw. hast du das gemerkt?
 - Was war daran besonders herausfordernd?

Ausblick

- Was sind die „lessons learned“ im Hinblick auf nicht-ersetzbare Faktoren?
- Siehst du Verbesserungs-/Veränderungspotential für den beruflichen Alltag?
- Wie sieht es hinsichtlich Ausbildung angehender Sozialarbeiter*innen aus?
- Gibt es von deiner Seite aus noch etwas zu sagen?

Auszug aus zwei Interview-Transkripten

Transkript 6 (T6): „Caritas: Kontaktladen & Streetwork im Drogenbereich“ (Graz)

I2: Elisabeth Lahner (Interviewerin) B6: Harald Plöder (Befragter)

175 B6: -äh Spritzenmaterial hom ma jo sowieso do und äh die meisten äh Kolleg*innen foahn sowieso mitm Radl äh in in Graz herum. Äh, und vü mehr hods eigentlich donn ned braucht. Oiso wir hom donn hoid nu so ah ähm ah so a Excel-List gebastelt, wo ma hoid donn eintrogn hom äh we- wer hat angerufen, äh wie is die Adresse, wöcha Spritzenmaterial braucht er oder sie genau, und wurde erledigt von wem und wann. Oiso jetzt ah ned die die mega Dokumentation äh die ma do onfongen hom miaßn. Und es woa donn, i waß i jetzt goa nimma genau sogn, oba i glaub die die ersten zwa Wochn, wo wir scho quasi bereit gwesn wären, hod si eh niemand gmödet.

180 I2: Okay. Und wie wurde dann der Kontakt prinzipiell hergestellt zu euch? Also hauptsächlich von den Klient*innen selber oder von den Einrichtungen, wo sie Quarantäne machen mussten? . .

185 B6: Äh. Oiso, wenn ma über den Velospritz sprechen, woans eigentlich imma die Klient*innen die s- die si söba die si gmödet hom beziehungsweise ma konn des ah von da ondan Seitn betrochn. Ahm, weil du jo ah vorhein gsogt host, wos is so an Angeboten dazua kema. Grod so in da in da ollerersten Phase ah der Pandemie und eben mit diesern Lockdowns und so weiter, ahm hom wia ah, wos ma im Normalbetrieb jetzt ned unbedingt in dieser in dieser Intensität tun, äh ah wirklich olle Klient*innen, die bei uns in Betreuung san, wo ma wo mag sogt hom do hom ma a Telefonnummer, do ham ma die Möglichkeit, ah von unsara Seitn aus, gonz aktiv kontaktiert. Ah numoi mit dem Thema zu besprechen: „Wos passiert do grod? Wos bedeutet des mit Lockdown? Wos für Strofn konns do gebn?“. Und oba schon ah mit dem mit der mit der Frage „Wie geht’s den Leiten in der Situation?“. Jo oiso so- Des wirst du kennen ah unsere Klient*innen (san) psychisch sehr unterschiedlich stabil und die kennan mit Veränderungen oder Krisensituationen unterschiedlich ahm- . Wie sogt ma des jetzt sche?

190 I2: Unterschiedlich gut oder schlecht umgehn!?

Transkript 3 (T3): Sozialpädagogin/Behindertenbetreuerin - Betreutes Wohnen Standort Niederösterreich.

I1: Christoph Pachmann (Interviewer) B3: [Name anonymisiert]

- B3:** ... Also die einzige Digitalisierung in dem Sinn, also unserer Wohnhaus-Leitung, die war natürlich im Homeoffice, ja. Sprich, du hast dich schon sehr als, ähm, betreuende Person, schon sehr allein gefühlt. damit. Ich mein, es ist einmal- es war auch- man muss dazu sagen, es war auch ihre- sie hat diese Anweisung bekommen, dass sie dann einmal, mehr oder weniger, vor der Eingangstür besuchen kommen. Aber man fühlt sich dann so schon alleingelassen und denkt sich irgendwie „Cool, also für mich ist es okay, da drinnen zu stehen und du darfst das Haus nicht betreten?“ Sehr logisch. Und, ähm, also .. ich will nicht sagen führungslos, aber, ä h m, ja, es hängt an dir, ja. Du kannst zwar anrufen und sagen „Übrigens, das hätten wir jetzt.“ Aber da ist keiner. Und das merkt man irgendwie auch. Und, ähm, das ist das Einzige, wo ich sagen kann, ich hätte das mitbekommen, dass es irgendeine Form- ja, na, eigentlich, weil die- ich hab grad überlegt, die Arztbesuche mit dem auf die e-Card speichern, usw. aber wir haben's dadurch, dass wir unseren Hausarzt, ähm, äh, hin und wieder zu uns ins Haus kommt, ist das vorher schon über Fax gegangen. Er hat's uns ins Haus mitgebracht, die Rezepte. Also da war auch eigentlich keine Veränderung.
- 165
- 170
- 175 **I1:** Das heißt, (I1|räuspert sich) wenn ich es jetzt so subsumieren würd', ähm, du hättest vor allem gesagt, eben die pflegerischen Tätigkeiten, die Alltagsbetreuung, Beziehungsarbeit, dass die- also das, was einfach so diesen auch Betreuten Wohnen Alltag ausmacht, das kannst du halt einfach als Person vor Ort nur leisten. Äh, da gibt es keine digitalen Potenziale.
- B3:** Na. Also ich könnte nicht sagen, wie ich das will. Vor allem, wie ich die- wie du auch, ja, die Sorgen und Ängste der Leute, mit denen du da umgehen musst. Ähm, das kann man nicht, gerade für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Wir haben dann gemeinsam mit ihnen natürlich probiert, dass sie irgendwie- der Träger bei uns stellt natürlich keinen, äh, Laptop, der, ähm, Zoom oder Microsoft Teams-fähig ist, zur Verfügung, sodass unsere Leute hätten mit ihren Angehörigen irgendwie so via Videokonferenz telefonieren können. War natürlich nicht der
- 180
- 185 Fall. Unser Medium war dann das Telefon, ja, was auch für manche einfach nicht geht, weil sie damit nichts anfangen, ähm-
(I1 und B3 sprechen gleichzeitig)

Auswertungsbeispiel

Teil der Auswertungsmatrix

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
	Interview 1 - VHS, Adress	Interview 2 - VHS, Adress	Interview 3 - VHS, Adress	Interview 4 - VHS, Adress	Interview 5 - SUBSTANZ	Interview 6 - Caritas Kontaktkladen	Interview 7 - Caritas Kontaktkladen	Interview 8 - Caritas Kontaktkladen	Interview 9 - Caritas Kontaktkladen	Interview 10 - Caritas Kontaktkladen	Interview 11 - Caritas Kontaktkladen	Interview 12 - Caritas Kontaktkladen	Interview 13 - Caritas Kontaktkladen	Interview 14 - Caritas Kontaktkladen	Interview 15 - Caritas Kontaktkladen
3	Angaben zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person	Angabe zur Befragten Person
4	Angaben zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview	Angabe zum Interview
5	Veränderungen in der Arbeitswelt														
6	Veränderungen VHS (Mehrwertbeitrag) der Praxistexte														
7	Veränderungen in der Arbeitswelt														
8	Veränderungen in der Arbeitswelt														
9	Veränderungen in der Arbeitswelt														
10	Veränderungen in der Arbeitswelt														
11	Veränderungen in der Arbeitswelt														

Ausgewählte Auszüge aus der Matrix

	Interview 1	ITV 2	Interview 3	ITV 3	ITV 4	Interview 5 - SUBSTANZ	Interview 6 - Caritas Kontaktkladen	TI 1	TP 1	Zeilenaussage - Gemeinsamkeiten	Zeilenaussage - Unterschiede	Memo - Gemeinsamkeiten	Memo - Unterschiede
prägnanteste Veränderungen	<p>"Tagtägliche Präsenz" = Koordination von Personal, Füllen von Ausfällen, Auswertung Tests, Betrieb ausrechterhalten, emotionaler Support für Betreuer*innen und Klient*innen, mehr Arbeit, intensivere Arbeit, weniger nach Plan, eher reaktiv</p>		<p>24 Stunden Dienste, normal nicht üblich (auch arbeitsrechtliche Grauzone), Arbeit in medizinischen Schutzumkleidekabine, Supervision komplett entfallen, Teams nur mehr Online</p>			<p>Schließung des Cafés (von 15.03.20-06.03.22): erschwerte Zielgruppenreichbarkeit und Beziehungsarbeit, Beratung nur im Einzelsetting mit Termin und Hygienemaßnahmen möglich; Vereinsamung seitens der Klient*innen (keine Angebote unter Tags)</p>	<p>Ausfall der Straßensozialarbeit und des Cafétreibes; viele Nutzer*innen waren dadurch gar nicht mehr erreichbar; Umstellung auf Krisenmodus/Krisenmanagement und -planung innerhalb der ersten Woche im ersten Lockdown</p>			<p>Verändernde Tätigkeiten, Vermehrte Vertretungen, 24h Dienste, Ausrichtung nach Ressourcen welche nicht aufgestockt wurden</p>	<p>Arbeitsschutz bei Professions*innen n Sucht häufiger thematisiert als bei Behindertenhilfe, wird jedoch betont, dass man in einer potenziellen Gefährdungssituation tätig ist</p>	<p>freiheitseinschränkende Maßnahmen (etwas schöner umschrieben in der Literatur)</p>	<p>Angebote NICHT gleichbleibend, Ausfall von Ausgängen, externen Angeboten, Begleitungen, soziales Umfeld</p>
Veränderungen - Klient*innenarbeit	<p>Klient*innen reagieren unterschiedlich, manche wachsen über sich heraus ("gibt sehr schöne Erlebnisse" 07:34-07:46), manche regredittieren. Je nach Beeinträchtigung fällt mehr an (externen) Leistungsangeboten weg. Zusatzleistungen und erhöhter Unterstützungsbedarf, durch z.B. geschlossene Tagesstrukturen, wurden finanziell nicht anders vergütet.</p>		<p>Klient*innen dürfen das Gelände nicht verlassen! Auch die selbstständigen, massive Einschränkungen im eigenen Lebensraum, eigene 4 Wände als Heim gewirtschaftet, denn als Wohnort, gemischt je nach Klient*innen, manche jung und ohne spezifische Einschränkung dann muss mehr eingeschränkt, gleichzeitig ältere, Risikopatient*innen, Know-How gering, Weigerung zu Impfen weil geistige Kapazität (Demenz) nicht ausreichend -> Todesfall, Erwachsenenverteter*innen spielen gegen gg Team, Konflikt mit der Aufsichtspflicht, stellenweise kein Besuch möglich weil nur mit Impfung + Test und wenn, dann nur pro Person 1x am Tag</p>			<p>waren durch die ausgesetzten Angebote schwer erreichbar; Nutzer*innenzahlen eher unvorteilhaft; Beratungstermine waren für Klient*innen schwer bzw. kaum wahrzunehmen/einzuhalten; hochschwelliges Beratungssetting: KL mussten mit ihnen bereits vorhandenes (meist schon sehr ausgeprägten) Problemen kommen (konkrete Anliegen)</p>	<p>Klient*innen, die nur über Straßensozialarbeit erreichbar sind waren durch Einstellung der Angebote nicht mehr erreichbar; andere KL versammelten sich vor der Einrichtung aufgrund von Einlassbeschränkungen; über Telefon- und Onlineangebote waren nicht alle erreichbar; Niederschwelligkeit durch Gastrogelung (Gastroformular, 3G Nachweis, etc.) nicht mehr vorhanden</p>			<p>Nicht verfügen können / nicht umgehen können mit technischen Devices, Ressourcen für den Umgang auch gering / nicht vorhanden, Klient*innen Entwicklung ambivalent</p>	<p>Klient*innen überwiegend vor Ort vs. schwer erreichbar; Interventionen/Hilfestellungen werden meist zu spät gesetzt (in Literatur nicht anders möglich)</p>	<p>Kompensation von Wohnform, Betreuungspersonal und Klient*innen, Rolle der Erwachsenenverteter von gegen Verein, Klient*innen in Behindertenhilfe wie eigenspezifisch (in Literatur vorhanden), Ausmaß jedoch arg!</p>	<p>Klient*innen bei Lebenshilfe von EV's in ihren Wohnbedürfnissen bestärkt, dysfunktional für Einrichtung und funktional für Klientel</p>

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Elisabeth Lahner**, geboren am **30. Oktober 1991** in **Vöcklabruck, Österreich**, erkläre,

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

Wien, am 10. April 2021 Unterschrift



Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Christoph Pachmann**, geboren am **18. März 1989** in, **Österreich**, erkläre,

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

Wien, am 10. April 2021 Unterschrift

