



Wie ist das Selbstverständnis der  
SozialarbeiterInnen in der Stadt St. Pölten  
in Bezug auf die Gesundheitsförderung im  
(halb)öffentlichen Raum?

**Astrid Eigenthaler**

**Karin Jäger**

Masterthese

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

im April 2014

Erstbegutachter:

FH-Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc

Zweitbegutachterin:

FH-Prof. DSA Mag. Dr. Manuela Brandstetter

## Abstract

Die vorliegende Studie mit der Forschungsfrage „Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in der Stadt St. Pölten in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum?“ ist eingebettet in das Forschungsprojekt „AGORA – Wie lässt sich die Öffentlichkeit für Jugendliche und Erwachsene gesundheitsfördernd gestalten?“. Die vorliegende Forschungsarbeit soll einen Beitrag zum Projekt „AGORA – Wie lässt sich die Öffentlichkeit für Jugendliche und Erwachsene gesundheitsfördernd gestalten?“ leisten. Ziel der Studie ist eine Untersuchung des Selbstverständnisses der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten.

Mittels qualitativer Forschungsmethoden wurden ExpertInnen unterschiedlicher sozialer Einrichtungen anhand eines teilstandardisierten Leitfadeninterviews zu diesem Thema befragt. Durch gesundheitsfördernde Maßnahmen werden individuelle Fähigkeiten der Lebensbewältigung verbessert und die Förderung ökonomischer, kultureller, sozialer, bildungsbezogener und hygienischer Bedingungen der Lebensgestaltung bewirkt. Durch das unterschiedliche Selbstverständnis der befragten SozialarbeiterInnen wird Gesundheitsförderung sehr breit gefächert gesehen, wobei alle befragten SozialarbeiterInnen dasselbe Ziel der Prävention von Krankheiten und die Umsetzung eines bewussten Lebensstils verfolgen.

"How is the self-perception of social workers in the city of St. Pölten in relation to health promotion in the (semi) public space?" This study is embedded in the research project "AGORA" including the research question "How to Build a Health-promoting Public Sphere?". This research aims to contribute to the project "AGORA – How to Build a Health-promoting Public Sphere?" Aim of the study is an investigation of the self-understanding of social workers in terms of health promotion in the (semi) public space of the city of St. Pölten.

Research experts from different social organizations were interviewed using a semi-standardized interview guide on this topic. By promoting good health, individual skills coping with life can be improved and consequently economic, cultural, social, education-related and also hygienic conditions can be promoted. Due to the different self-understanding of the interviewed social workers health promotion is seen as very broad, all interviewed social workers pursue the same objective, which is the prevention of diseases and the implementation of a conscious lifestyle.

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Einleitung</b> ( <i>Eigenthaler, Jäger</i> )   | <b>8</b>  |
| <b>2. Begriffserklärung</b> ( <i>Eigenthaler</i> )   | <b>10</b> |
| <b>2.1 Gesundheitsförderung</b>  | <b>10</b> |
| 2.1.1 Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung   | 14        |
| 2.1.2 Handlungsebenen der Gesundheitsförderung   | 15        |
| <b>2.2 Öffentlicher Raum – Halböffentlicher Raum</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.3 Niederschwellige Sozialarbeit</b>   | <b>20</b> |
| <b>2.4 Selbstverständnis</b>   | <b>21</b> |
| <b>3. Empirische Forschung</b> ( <i>Jäger</i> )  | <b>23</b> |
| <b>3.1 Datenmaterial und Untersuchungsdesign</b>   | <b>24</b> |
| 3.1.1 Forschungsmethode  | 24        |
| 3.1.2 Stichprobe   | 26        |
| 3.1.3 Interviews und Dokumentation   | 27        |
| 3.1.4 Auswertungsmethode   | 29        |
| <b>4. Ergebnisse</b> ( <i>Jäger</i> )  | <b>32</b> |
| <b>4.1 Die Organisation als Einflussgröße auf das Selbstverständnis</b><br>( <i>Eigenthaler</i> )                            | <b>33</b> |
| <b>4.2 Der Einfluss der beruflichen Biografie und Bildungslaufbahn</b><br><b>auf das Selbstverständnis</b> ( <i>Jäger</i> )  | <b>37</b> |
| <b>4.3 Gesundheitsfördernde Interventionen der Einrichtungen</b><br><b>im (halb)öffentlichen Raum</b> ( <i>Eigenthaler</i> ) | <b>39</b> |
| 4.3.1 Kontakt- und Beziehungsaufbau  | 43        |
| 4.3.2 Begleitung und Beratung  | 43        |
| 4.3.3 Bewusstseinsbildung und Weiterbildung  | 44        |
| 4.3.4 Angebote für spezielle Zielgruppen   | 44        |
| 4.3.5 Öffentlichkeitsarbeit  | 45        |
| 4.3.6 Gemeinwesenarbeit  | 46        |
| 4.3.7 Prävention   | 47        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4.4 Grenzen und Perspektiven des sozialarbeiterischen Handelns</b><br><i>(Eigenthaler)</i>   | <b>51</b> |
| 4.4.1 Zielgruppenabhängige Grenzen  | 51        |
| 4.4.2 Soziale Arbeit für spezielle Zielgruppen  | 53        |
| 4.4.3 Aufgabenbezogene Grenzen  | 54        |
| 4.4.4 Fehlende Psychotherapieplätze   | 55        |
| 4.4.5 Gesetzliche Grenzen   | 55        |
| 4.4.6 Finanzielle Mittel  | 56        |
| 4.4.7 Strukturelle und personelle Ressourcen  | 57        |
| 4.4.8 Kooperation zu anderen Berufsgruppen  | 58        |
| 4.4.9 Gemeinwesenarbeit   | 58        |
| <b>4.5 Die Haltung der SozialarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen</b><br><i>(Jäger)</i>  | <b>61</b> |
| 4.5.1 Wertschätzung, Wertfreiheit und Respekt   | 61        |
| 4.5.2 Verschwiegenheit, Empathie und Vertrauen  | 62        |
| 4.5.3 Wenig fordern, kein Druck   | 63        |
| 4.5.4 Eigenverantwortung, Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe   | 63        |
| 4.5.5 Ressourcenorientierung und Lebensweltorientierung   | 66        |
| 4.5.6 Solidarisierung, Hilfsbereitschaft und Abgrenzung   | 68        |
| 4.5.7 Konfliktfähigkeit   | 69        |
| <b>4.6 Das berufliche Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen</b> <i>(Jäger)</i>  | <b>71</b> |
| <b>4.7 Image der Profession der Sozialen Arbeit</b> <i>(Jäger)</i>  | <b>74</b> |
| <b>4.8 Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit:<br/>Theoriebezug und wissenschaftliche Konzepte als Einflussgröße<br/>des gesundheitsfördernden Handelns</b> <i>(Jäger)</i> | <b>79</b> |
| <b>5. Beantwortung der Forschungsfrage</b> <i>(Eigenthaler, Jäger)</i>  | <b>87</b> |
| <b>6. Resümee und Ausblick</b> <i>(Eigenthaler, Jäger)</i>  | <b>92</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>   | <b>99</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Anhang</b>  | <b>104</b> |
| Interviewleitfaden Polizei und Sozialarbeit (Projekt AGORA)  | 97         |
| Interviewleitfaden „Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten?“ | 98         |
| Liste der Codes  | 99         |
| Die Autorinnen   | 102        |
| Eidesstattliche Erklärung  | 103        |
| <br>   |            |
| <b>Abbildungsverzeichnis</b>   |            |
| Abbildung 1: Begriffsdefinitionen  | 10         |
| Abbildung 2: Typen öffentlicher Räume  | 17         |
| Abbildung 3: erste Phase der Forschung   | 23         |
| Abbildung 4: zweite Phase der Forschung  | 23         |
| Abbildung 5: Kategoriensystem  | 32         |
| Abbildung 6: Gesundheitsdeterminanten  | 84         |

## 1. Einleitung

*Eigenthaler, Jäger*

Die Idee zur vorliegenden Masterthesis entstand in Anlehnung zum praxis- und settingorientierten Projekt „AGORA“, einer Zusammenarbeit von „tut gut“-Gesundheitsförderung NÖ, dem Fonds Gesundes Österreich, der Wiener Gesundheitsförderung, dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, dem FH Campus Wien und der FH St. Pölten. AGORA ist ein praxis- und settingorientiertes Projekt zur Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit und anderen relevanten Berufsgruppen in der Öffentlichkeit, mit den Schwerpunkten Konsum von legalen und illegalen Substanzen samt Folgeproblemen und Gewalttätigkeiten. In Niederösterreich wurde in St. Pölten, Wiener Neustadt und Hollabrunn geforscht.

AGORA beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die Öffentlichkeit für Jugendliche und Erwachsene gesundheitsfördernd gestalten lässt. Da kaum konkrete Literatur zu diesem Thema vorhanden ist (vor allem nicht die Stadt St. Pölten betreffend), gehen die Autorinnen davon aus, im Zuge der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit ein „neues“ Thema zu beforschen. Demzufolge beruht der Fokus auf dem Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten. Durch die Überschaubarkeit der sozialen Einrichtungen St. Pöltens war es einfach, die richtigen Ansprechpersonen zu finden.

In dieser Studie wurde Wert darauf gelegt, VertreterInnen des klassischen Gesundheitswesens und gesundheitsbezogene SozialarbeiterInnen im Sozialwesen zu befragen, um mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Selbstverständnisses feststellen zu können. Das Projekt AGORA diente als große Unterstützung, da bereits einige Vorschläge geeigneter Einrichtungen bekannt waren.

Heutzutage wird Gesundheitsförderung immer wichtiger, bereits im Kindergarten gibt es Projekte wie zum Beispiel „Gesunde Jause“, Besuch der „Zahnfee“ u.v.m., um einen bewussten gesunden Lebensstil zu verfolgen. Gesundheitsförderung beschäftigt sich jedoch nicht nur mit der Prävention von

Krankheiten und zielt nicht nur auf körperliche Bedürfnisse ab, sondern setzt ebenfalls Maßnahmen, wie man gesundheitsfördernd im Alltag leben kann. Diese beginnen schon in der Sozialisation in der Gesellschaft, einem bestimmten Grundeinkommen, dem sozialen Umfeld, etc.

Mittels teilstandardisierten ExpertInnen-Interviews wurden Personen, die in der Stadt St. Pölten in der Sozialarbeit im (halb)öffentlichen Raum tätig sind, interviewt. Darunter gab es unterschiedliche Einrichtungen, die jedoch alle mit KlientInnen arbeiten. Von intensiver Einzelbetreuung bis zu einmaligen Beratungsgesprächen ist alles dabei.

Durch Einbeziehung der Standardwerke wie zum Beispiel der Ottawa Charta, in der die bis heute gültige Gesundheitsdefinition der WHO niedergeschrieben wurde, und auch modernere Ansätze der Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Empowerment, Salutogenese, etc. wurde versucht, die Gesundheitsförderung theoretisch zu untersuchen. Durch die durchgeführten Interviews konnte das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen der Stadt St. Pölten theoretisch beleuchtet werden, da es zu dieser Thematik kaum bis wenig Literatur gibt. Im Zuge der Auswertung der Interviews ergaben sich in Bezug auf das Selbstverständnis interessante Aspekte.

Ziel war es, das Selbstverständnis in Bezug auf die gesundheitsfördernden Aspekte der Sozialen Arbeit im (halb)öffentlichen Raum zu untersuchen. Weiters beschäftigten sich die Forscherinnen mit den Fragen: „Zu welchem Selbstverständnis hat die Theorie- und Praxisvermittlung während der beruflichen Ausbildung der SozialarbeiterInnen geführt?“ und „Wie wurde diese in die berufliche Tätigkeit integriert?“

Die Arbeit ist so aufgebaut, dass mithilfe induktiv gebildeter Kategorien die durchgeführten Interviews analysiert und mittels Literaturbezug theoretisch beleuchtet wurden. Der Fokus der Arbeit richtet sich auf die Stadt St. Pölten und die dort bestehenden sozialen Einrichtungen.

Zwecks der Übersichtlichkeit wurde nach jeder Kategorie eine Zusammenfassung des Kapitels in der Farbe orange gemacht. Die

Schlussworte dieser Arbeit beinhalten sowohl die Beantwortung der Forschungsfrage sowie einen Ausblick, der mögliche weitere Forschungsansätze aufzeigt. Des Weiteren wird eine kritische Auseinandersetzung mit der Thematik angeführt.

## 2. Begriffserklärung

*Eigenthaler*

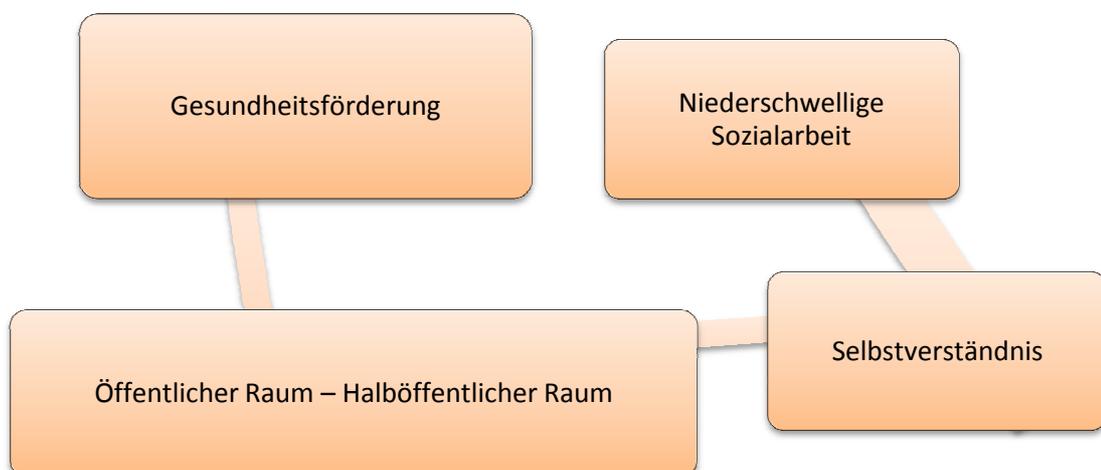


Abbildung 1: Begriffsdefinitionen

### 2.1 Gesundheitsförderung

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1948:1)

Die Definition der WHO wurde aus medizinischer Sicht verfasst. Heutzutage wird Gesundheitsförderung nicht nur im Kompetenzbereich der Gesundheit gesehen, sondern Gesundheitsförderung bedeutet mehr als nur einen gesunden Lebensstil zum Wohlbefinden.

Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind Anfang der 1980er-Jahre im Wesentlichen im Europäischen Regionalbüro der WHO entwickelt und 1986 in der Ottawa-Charta verschriftlicht worden. Die Charta verstand sich als Handlungsanstoß für eine „New Public Health“.

Am 21. November 1986 wurde im kanadischen Ottawa die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz von der WHO zusammengefasst und veröffentlicht. In der Ottawa-Charta wird die Gesundheitsförderung als Prozess definiert, der darauf abzielt, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 1986:1)

Gesundheit wird als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Der Begriff wird nicht mehr nur auf Gesundheit im Allgemeinen bezogen, sondern betrifft auch alle politischen Bereiche mit dem Ziel, eine gesündere Lebensweise zu führen (vgl. WHO 1986:1). Gesundheit wird als positives Konzept gesehen, welches auf ein umfassendes Wohlbefinden hinarbeitet.

Die Gesundheitsdefinition in der Verfassung der WHO sollte in ethischer Hinsicht kritisch betrachtet werden, da sie leicht missbraucht werden kann (vgl. Springer-Kremser/ Springer 2013:275f, 285). Die Definition, an die sich auch die Neufassung des amerikanischen Diagnose- und Klassifikationssystem DSM orientiert, schafft viele neue Krankheiten, wo früher keine existierten, da jede kleine Abweichung vom „vollständigen Wohlergehen“ als „krank“ bewertet wird. Es entstehen eine Krankschreibung der Normalität und eine Horde von „kranken Gesunden“, woraus ein diffuser Behandlungsauftrag resultiert. Im Fall

der Depression beispielsweise kann die Definition genutzt werden, jede Art von Verstimmung – also auch die, die aus gutem Grund auftritt – als „krankhaft“ zu bezeichnen, da kein „Zustand des vollständigen Wohlergehens“ besteht. Normale Bedürfnisse des Menschen nach Wohlbefinden und psychischer Balance werden zu krankhaften Bedürfnissen umdefiniert und müssen medikamentös behandelt werden.

Die Soziale Arbeit kann diesem Prozess gegensteuern, indem sie die Betroffenen empowert und ihre Resilienz erhöht (vgl. Springer-Kremser/ Springer 2013:302). Bei beginnenden und leichten Depressionen ist eine Bearbeitung der aktuellen Lebensumstände oft die bessere Alternative im Vergleich zur medikamentösen Behandlung, wobei die Unterstützung in Form von Beratung und Betreuung besonders wichtig ist. Reale problematische psychische und soziale Verhältnisse sind oft die Ursache für einen Mangel an dem von der WHO geforderten „absoluten Wohlbefinden.“ Die Betroffenen können mobilisiert werden, ihre Situation aus eigenen Kräften zu verbessern. Vor allem für Jugendliche und alte Menschen sollten viel mehr dieser Möglichkeiten geschaffen werden, damit sie nicht dem Irrtum erliegen, zwischenmenschliche und soziale Schwierigkeiten ließen sich durch chemische Mittel lösen.

Da Soziale Arbeit genau an diesem Punkt ansetzt, kann sie gewissermaßen als „Gegenströmung zur Pharmaindustrie“ betrachtet werden.

Grundsätzlich ist das Ziel der Gesundheitsförderung, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und die eigene Wahrnehmung bezüglich der Gesundheit zu stärken, indem man zum Beispiel Sport betreibt, auf gesunde Ernährung und Work-Life-Balance achtet und auf Genussmittel verzichtet (vgl. Dietscher 2006:9). Körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden kann nur dann erreicht werden, wenn einzelne Personen als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

Gesundheit ist ein wichtiger Bestandteil des alltäglichen Lebens und steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten (vgl. WHO 1986:1). Die Gesundheitsförderung wurde auf politischer Ebene umgesetzt, mit dem Ziel, ein umfassendes Wohlbefinden zu fördern.

Das Konzept der Gesundheitsförderung hat sich seit den 1990er Jahren weltweit verbreitet und ist in der heutigen Zeit ein anerkannter Begriff.

Der Leitbegriff „Gesundheitsförderung“ ist als Bezeichnung für ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“ entstanden.

Besonders die salutogenetische Perspektive, die sich mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit beschäftigt, ist signifikant für das Konzept der Gesundheitsförderung (vgl. Fellöcker/ Franke 2011:2). Diese Sichtweise führt zur Identifikation von Ressourcen und Potenzialen und ermöglicht deren gezielte Stärkung. Inzwischen werden salutogene Ressourcen, die sich an der Gesundheitsförderung orientieren, als gleichrangige Ergänzung der an pathogenen Risiken orientierten Prävention angesehen. Dies zeigt sich im Umgang mit Krisen, weil der Fokus vom pathogenen Geschehen auf die konkreten Bewältigungsressourcen gelegt wird.

Der Begriff der Kohärenz von Antonovsky beschreibt die generelle Lebenseinstellung des Menschen, die das Leben bewältigbar und sinnhaft macht (vgl. Fellöcker/ Franke 2011:2). Dazu zählen das Vertrauen in die Kontinuität des Lebens, soziale Ressourcen, sowie die Fähigkeit, in sozialen Beziehungen wiederkehrende Verbindlichkeiten auszumachen.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung hat auch die Prävention eine bedeutende Rolle.

Waller (2006:161) begreift Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit.

Prävention beschäftigt sich mit der Vorbeugung oder Früherkennung von Krankheiten, während der Ansatz der Gesundheitsförderung den Fokus auf die Stellung der Gesundheit der Menschen legt.

Hurrelmann et al. (2010:17) untersuchten beide Interventionsformen und kamen zum Ergebnis, dass Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung auf unterschiedliche Weise einen Gesundheitsgewinn erzielen. Mittels der Gesundheitsförderung soll durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen Gesundheit eintreten, während die Krankheitsprävention Krankheiten vermindern soll.

### 2.1.1 Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung

Die „Ottawa Charta“ der WHO gilt weltweit als wichtige Grundlagenarbeit für Aktivitäten der Länder im Bereich der Gesundheitsförderung. Darin werden drei grundlegende Handlungsstrategien beschrieben (vgl. WHO 1986:3f):

- *Interessen vertreten:* Anwaltschaftliches Handeln führt durch positive Beeinflussung von politischen, biologischen und sozialen Faktoren zu einem guten Gesundheitszustand
- *Befähigen und Ermöglichen:* Alle Menschen sollen befähigt sein, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Diese Handlungsstrategie versucht, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und ein größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.
- *Vermitteln und Vernetzen:* Gesundheitsförderung verlangt eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, d.h. von Verantwortlichen in der Regierung, im Wirtschaftssektor, in der Industrie, in den Medien bis zu Menschen in allen Lebensbereichen.

### 2.1.2 Handlungsebenen der Gesundheitsförderung

Des Weiteren werden die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in fünf Handlungsebenen abgeklärt (vgl. WHO 1986:3f):

- Die erste Handlungsebene beschäftigt sich mit *der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*. Hier kann ein koordiniertes Handeln zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Durch die Herstellung von gesünderen Konsumgütern und die Entwicklung von gesundheitsförderlicheren sozialen Diensten kann eine sauberere und erholsamere Umgebung geschaffen werden.
- Auf der zweiten Handlungsebene werden *gesundheitsführende Lebenswelten erschaffen*. Genau genommen sollen unterstützende Umweltbedingungen erschaffen werden, um somit die Ressourcen für Gesundheit zu fördern. Besonders wichtig ist die Erhaltung der natürlichen Ressourcen. Die sich permanent verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit.
- Auf der dritten Ebene werden *gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen erschaffen*. Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf und fördert damit die Selbsthilfe.
- Die vierte Ebene *entwickelt persönliche Kompetenzen*. Durch diese wird den Menschen geholfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. Diese Gesundheitserziehung muss bereits in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Gemeinde usw. beginnen.

- Auf der letzten Ebene werden *Gesundheitsdienste neu orientiert*. Hier wird versucht, die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse zu sehen und die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufzugreifen und zu unterstützen.

Die Handlungsansätze dieser Grundprinzipien sind sehr allgemein formuliert, somit erscheint Gesundheitsförderung heutzutage als sehr umfassendes und teilweise aussageschwaches Konzept, welches auf politischer Ebene entschieden wurde.

Grundsätzlich wird Gesundheit sehr breit gefächert gesehen, da vor allem psychosomatische Krankheiten zunehmen und somit Menschen ganzheitlich, also Körper und Seele behandelt werden sollten.

Gesundheitsförderung konzentriert sich deshalb nicht mehr nur auf eine rein medizinische Versorgung, sprich Medikamente von ÄrztInnen verschrieben zu bekommen, um Krankheitssymptome zu bekämpfen, sondern Gesundheit bedeutet vielmehr, Menschen dabei zu unterstützen, in einer Lebenswelt zu leben, in der sie sich weiterbilden können, ausreichend ökonomische Ressourcen zur Verfügung stehen und schließlich die Möglichkeit zur kulturellen Entwicklung gegeben ist. Die Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung im (halb) öffentlichen Raum. Je nach der Art der beruflichen Tätigkeit und persönlichen Einstellungen der SozialarbeiterInnen wird Gesundheit unterschiedlich definiert. Grundsätzlich orientiert sich die Definition bzgl. Gesundheit an der WHO, somit wird Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Es hängt immer davon ab, welchen persönlichen Hintergrund die KlientInnen haben bzw. welche gesundheitsfördernden Angebote es gibt. Für MigrantInnen zum Beispiel ist die Teilnahme an einem kostenlosen Sprachkurs gesundheitsfördernd, da sie durch die gelernte Sprache Kontakte zu anderen Menschen knüpfen können. Ebenso ist es einfacher, durch die erlernte Sprache

eine Arbeit zu bekommen und somit besser sozialisiert zu sein. Gesundheitsförderung bedeutet mehr als nur einen gesunden Lebensstil zu verfolgen. Für das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen ist es wichtig, den KlientInnen Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und den Fokus auf einen gesunden Lebensstil zu setzen.

Durch vorhandene Ressourcen und Potenziale können KlientInnen in ihrem Selbstwert gestärkt werden und Krankheiten kann präventiv vorgebeugt werden. Hilft man zum Beispiel einem/einer KlientIn bei der Jobsuche und somit zu einem geregelten Tagesablauf, kann vielleicht eine Suchtproblematik verringert werden. Je nach Tätigkeit und Know how der SozialarbeiterInnen kann mittels Gesundheitsförderung ein besserer Lebensstil für die KlientInnen ermöglicht werden.

## 2.2 Öffentlicher Raum – Halböffentlicher Raum

Unter dem Begriff „öffentlicher Raum“ wird die Erreichbarkeit von Orten ohne physische oder soziale Hindernisse bezeichnet. Frey (2004:223) definiert drei Typen von öffentlichen Räumen und orientiert sich dabei an Nissen (1998:170, zit. in Frey 2004:223):

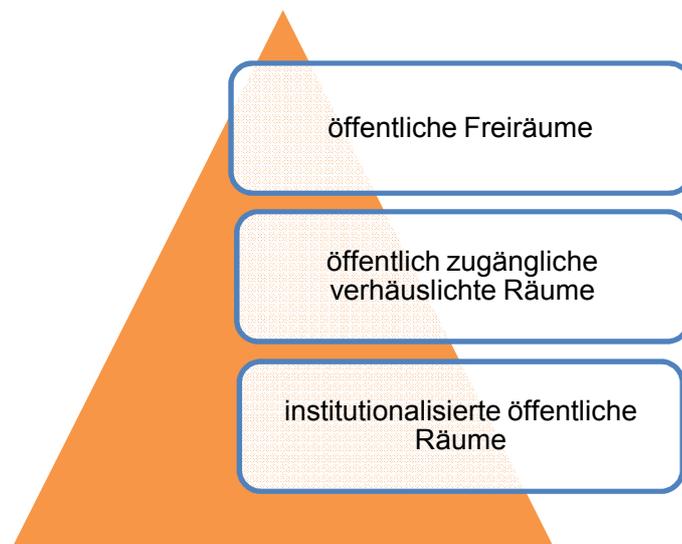


Abbildung 2: Typen öffentlicher Räume

- Zum ersten Typ „*öffentliche Freiräume*“ werden Grünflächen, Parks, Spielplätze, Straßenraum etc. gezählt.
- „*Öffentlich zugänglich verhäuslichte Räume*“ sind Kaufhäuser, Shoppingsmalls, Bahnhöfe etc.
- Der letzte Typ „*institutionalisierte öffentliche Räume*“ ist ein öffentlicher Raum, der vor allem durch eine bestimmte Nutzungsform von Kindern und/oder Jugendlichen entsteht. Beispiele dafür sind Sportanlagen, Vereinsräume, Musikschulen, Kirchenräume etc. Weitläufig gesehen können auch Schulen aus der subjektiven Sichtweise der Kinder und Jugendlichen als institutionalisierte öffentliche Räume verstanden werden.

Schubert (2000:16) beschreibt öffentliche Räume aus der Sicht verschiedener Zielgruppen, die öffentliche Räume unterschiedlich nutzen. Zum Beispiel werden religiöse oder ethische Orte wie Kirchen oder Friedhöfe von Jugendlichen manchmal als Rückzugsorte sehr positiv erlebt, andere wiederum meiden diese Orte aus Angst. Damit ist die Grundlage für ein sehr breites Verständnis des öffentlichen Raums gelegt, das sich auch auf offene Bereiche beziehen lässt.

Löw (2001:271) geht davon aus, dass an einem Ort sehr unterschiedliche Räume entstehen können, je nachdem welche Bedeutungen oder Veränderungen Menschen den Orten verleihen. Erwachsene oder ältere Menschen haben ein anderes Verständnis für die Nutzungsweisen von Räumen als Kinder und Jugendliche. Es kommt immer darauf an, wie Kinder und Jugendliche den offenen Bereich nutzen, wie dabei verschiedene Raumqualitäten entstehen können und mit welchen Interventionen Aneignungsprozesse unterstützt werden können.

Selle (2002:38) beschreibt vier Dimensionen, um analytisch den öffentlichen Raum zu erfassen:

- *Produktion des Raumes*: Wer stellt den Raum her, bezahlt die Herstellung?
- *Eigentumsrechtliche Zuordnung*: Wer kann de jure verfügen? Wer ist Eigentümer?
- *Regulierung der Nutzung*: Wer bestimmt de facto die Nutzbarkeit, zieht Grenzen?
- *Sozialcharakter*: Welche Nutzbarkeit vermittelt der konkrete Raum?

Unter dem Begriff „*halböffentlicher Raum*“ werden im Allgemeinen frei zugängliche Räume wie z.B. Cafés, Bibliotheken, Museen, öffentliche Verkehrsmittel, Universitäten, Kaufhäuser verstanden. Dies sind Räume, die weder dem öffentlichen noch dem privaten Raum zugeordnet werden können und die deshalb oft als halböffentliche Räume bezeichnet werden.

„Aus der Sicht der Sozialen Arbeit ist der öffentliche Raum nicht nur über Besitzverhältnisse bzw. Nutzungsrechte (teil-, halb- und öffentliche Räume) definiert, sondern auch als Ort der öffentlichen Abmachungen unterschiedlicher Interessen, Problemlagen und Bedürfnisse.“ (Krisch/ Stoik 2011:42)

Öffentliche Räume werden von Randgruppen wie zum Beispiel Jugendlichen, Obdachlosen, MigrantInnen etc. in unserer Gesellschaft genutzt, somit ist es für SozialarbeiterInnen einfach, diese Klientel dort anzutreffen. Vor allem in ländlicheren Regionen ist überschaubar, wo sich Gruppen an öffentlichen Plätzen treffen. Dies ist ein Vorteil für die aufsuchende Sozialarbeit. Gibt es zum Beispiel wiederkehrende Probleme von Jugendlichen mit Migrationshintergrund, kommt es manchmal zu Rivalitäten zwischen zwei Kulturen. SozialarbeiterInnen können hier insofern gesundheitsfördernd einwirken, indem sie diese Gruppen aufsuchen, Gespräche und auch Hilfe anbieten, sofern diese gewünscht sind.

Zum Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen gehört, dass sie an den (halb)öffentlichen Plätzen, an denen sie mit ihren KlientInnen in Kontakt treten, meistens gern gesehen sind. Oft werden auch Termine an öffentlichen Räumen

vereinbart, da dies neutrale Räume sind. Grundsätzlich findet in öffentlichen Räumen Gesundheitsförderung statt, da die Bereitschaft zur Hilfe seitens der Sozialen Arbeit eine Voraussetzung für gesundheitsfördernde Maßnahmen ist.

### **2.3 Niederschwellige Sozialarbeit**

Mit dem Begriff Niederschwelligkeit wird im Bereich der Sozialen Arbeit eine Vielzahl von räumlichen und sozialen Aspekten abgedeckt. Ab wann von niederschwelliger Sozialarbeit gesprochen wird, hängt von der Situation, vom Blickwinkel der Betroffenen und dem der SozialarbeiterInnen ab (Krisch/ Stoik 2011:34)

Prinzipiell dienen niederschwellige Einrichtungen dazu, Menschen, die über eingeschränkte Erfahrungen beim Umgang mit Organisationen und beim Zugang zur Inanspruchnahme von Leistungen verfügen, zu ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn oft werden hochschwellige Angebote aus Angst oder Scham nicht angenommen.

Demnach sollen Einrichtungen und Angebote so gestaltet sein, dass der Zugang für die Zielgruppen möglichst offen ist. Eine alltagsnahe Gestaltung der Einrichtungen ist genauso wichtig wie die Berücksichtigung des Menschen mit all seinen Bedürfnissen. Die Einrichtungen und Angebote sollen sozialräumlich vermittelte Zugangsbarrieren verringern, dezentral organisiert und wirksam sein.

Mit der Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit wird eine sozialräumliche Öffnung thematisiert, die noch spezifischer auf die Zielgruppen, AdressatInnen bzw. AkteurInnen blickt und deren milieuspezifischen Besonderheiten bei der Organisation und Gestaltung von Einrichtungen und Angeboten berücksichtigt. Damit wird aber auch thematisiert, dass Räume, Einrichtungen und Angebote nicht unabhängig von Aneignungsprozessen und ungleich verteilten Handlungsspielräumen verstanden werden können.

Während sich soziale Räume für die eine Akteursgruppe zugänglich darstellen und angenommen werden, können die gleichen Räume für andere Gruppen unzugänglich sein.

In der vorliegenden Studie wurde sowohl die nieder- als auch die hochschwellige Soziale Arbeit erforscht, um eventuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich des Selbstverständnisses punkto Gesundheitsförderung im (halb) öffentlichen Raum feststellen zu können.

## **2.4 Selbstverständnis**

Unter Selbstverständnis wird der Standpunkt des eigenen Verstandes bezeichnet. Es kommt immer darauf an, als was man für sich steht, was man für sich ist, auch wenn darin keine Identität ist, um den eigenen Bestand zu formulieren (vgl. Pfreundschuh 2003).

„Das Selbstverständnis Sozialer Arbeit aus der lebensweltorientierten Dienstleistungsperspektive „ist radikal orientiert an den Interessen der BürgerInnen bzw. der Lebenswelt und kritisch gegenüber professioneller und organisationaler Beharrlichkeit.“ (Grunwald 1996:211)

Grunwald (1996:211) beschreibt das fachliche Selbstverständnis als „Unteilbarkeit der Verantwortung“ in der Sozialen Arbeit, welches letztlich die Zusammenführung der Verantwortung für Fachlichkeit, für KlientInnen, für Pädagogisches, Therapeutisches etc. einerseits und für Wirtschaftlichkeit, Kostenbewusstsein, Anspruchsbegrenzung andererseits bedeutet.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage bezüglich des Selbstverständnisses der befragten SozialarbeiterInnen lässt sich deutlich ein gewisses Maß an Idealismus erkennen. Ebenso ist Flexibilität ein wichtiges Kriterium für gut funktionierende Arbeit. Denn in der Praxis ist es wichtig, sich schnell auf unterschiedliche Problemstellungen einzustellen.

Wie Grunwald beschreibt, ist auch der wirtschaftliche Faktor in der Sozialen Arbeit bedeutsam, da die Einrichtungen nur über ein bestimmtes Budget verfügen und somit gut ausgebildete SozialarbeiterInnen benötigen. Für die tägliche Arbeit ist es wichtig, das theoretisch gelernte Wissen in der Praxis umsetzen zu können. Damit die Arbeit mit unterschiedlichen KlientInnen gut funktioniert, sind Aus- und Weiterbildung ein wichtiges Kennzeichen für gut funktionierende Soziale Arbeit.

Wie die SozialarbeiterInnen das Selbstverständnis ausleben, hängt immer von der Art der Tätigkeit, der Berufserfahrung sowie der persönlichen Einstellung in Bezug auf die geleistete Arbeit im Alltag ab. Grundsätzlich sind die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten, Kommunikations- und Kontaktfreude sowie berufliches Engagement Voraussetzung für ein positives Selbstverständnis.

### 3. Empirische Forschung

*Jäger*

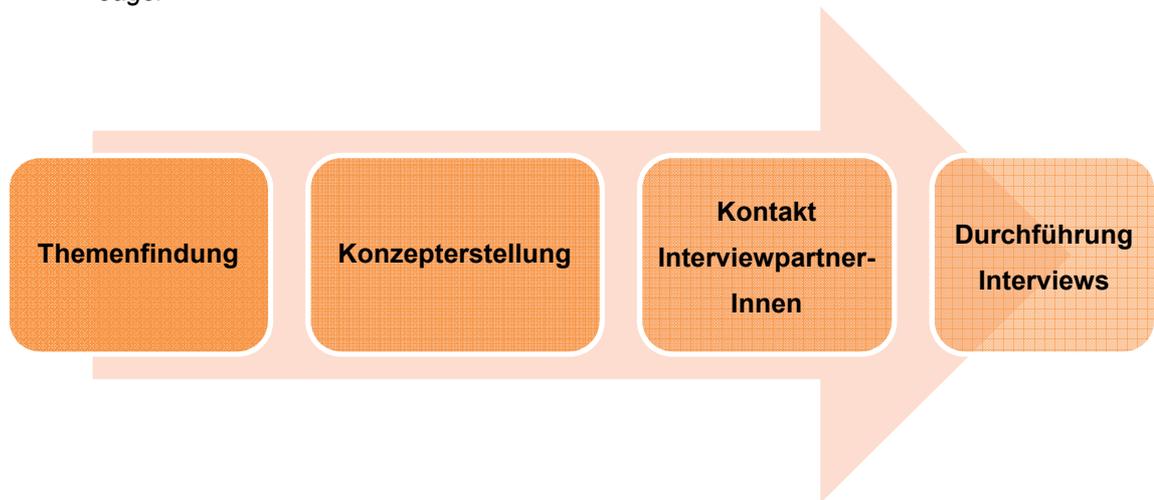


Abbildung 3: erste Phase der Forschung

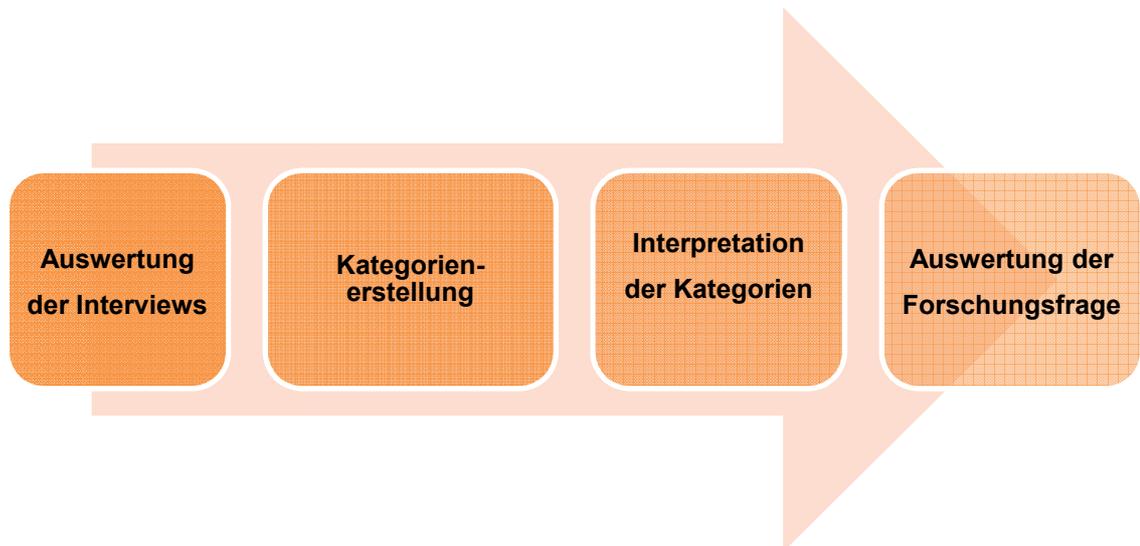


Abbildung 4: zweite Phase der Forschung

In der ersten Phase der vorliegenden Forschungsarbeit wurde zuerst mit der Themenfindung begonnen. Nachdem die Forschungsfrage erstellt war, wurden als Erhebungsinstrument teilstrukturierte Interviews ausgewählt. Danach wurden so bald als möglich alle in Frage kommenden in der Sozialarbeit tätigen Personen kontaktiert und Interviewtermine ausgemacht. Nach der Durchführung der Interviews wurden in der zweiten Phase der Forschung alle Interviews mittels MAXQDA ausgewertet und acht Kategorien erstellt.

Diese wurden interpretiert und schlussendlich die Forschungsfrage aufgrund des vorhandenen Datenmaterials ausgewertet.

## 3.1 Datenmaterial und Untersuchungsdesign

### 3.1.1 Forschungsmethode

Die Forschungsfrage „Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum?“ ist eine Ergänzung bzw. Erweiterung des Projekts AGORA, einer Zusammenarbeit von der FH St. Pölten, dem FH Campus Wien und dem Europäischen Zentrum Wien. Ausgangslage von AGORA ist eine Studie von 2008, welche Trinkmotive und Suchtverhalten Jugendlicher erforschte. AGORA beschäftigt sich im Speziellen mit der Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum. Von 2012 bis 2014 wurden drei Bezirke in Niederösterreich (Wiener Neustadt, Hollabrunn, St. Pölten) und drei Wiener Bezirke erforscht. Als qualitative Methoden wurden Beobachtungen des öffentlichen Raums und Interviews mit Stakeholdern (Polizei, Sozialarbeit, Gastronomie, Handel und Security) eingesetzt.

Für die vorliegende Masterthesis war es naheliegend und sinnvoll, als Untersuchungsmethode ebenfalls das leitfadengestützte ExpertInneninterview zu verwenden.

Das ExpertInneninterview dient der Beforschung spezifischen und konzentrierten Wissens zu einem Thema in einem bestimmten Personenkreis (vgl. Kühl/ Strodtholz 2002:39, zit. in Bobens 2006:321).

Weitere Gründe für die Wahl einer qualitativen Untersuchungsmethode waren die geringe Anzahl der InterviewpartnerInnen und dass kein Interesse an rein quantitativen Ergebnissen bestand. Qualitative Untersuchungen erlangen ihre Gültigkeit nicht durch die Stichprobengröße, sondern durch die Analyse von typischen und exemplarischen Einzelfällen, um im Idealfall generalisierbare Ergebnisse zu erhalten (vgl. Lamnek 2010:350ff).

Als Erhebungsinstrument für die ExpertInnenbefragungen wurde das Leitfadeninterview als teilstandardisierte offene Form eines qualitativen Interviews gewählt. Offen bedeutet, dass die Befragten frei antworten und alles erzählen können, was ihnen zum Thema einfällt (vgl. Gläser/ Laudel

2010:131ff). Teilstandardisiert bedeutet, dass die interviewende Person nach einem Leitfaden, der als Richtlinie zu verstehen ist, vorgeht. Das Leitfadeninterview erachteten die Autorinnen hinsichtlich der Fragestellung auch inhaltlich als passend, denn es standen nur wenige wissenschaftliche Informationen zur Forschungsfrage zur Verfügung. Somit gingen die Forscherinnen ohne bestimmte Vorannahmen und offen für Ergebnisse jeder Art an das Thema heran. Dabei war das Forschungsziel nach Mayring (2010:22) nicht die Hypothesentestung, sondern die Hypothesenfindung.

Laut Lamnek (2010:301) kommt dem qualitativen Interview in der empirischen Sozialforschung immer mehr Bedeutung zu, da die erhobenen Informationen unverzerrt authentisch sind und die systematische, theoriegeleitete Auswertung intersubjektiv nachvollziehbare und beliebig reproduzierbare Ergebnisse liefert. Der Zugang ins soziale Feld gestaltet sich durch Interviews einfach und es ist normalerweise leicht, geeignete InterviewpartnerInnen zu finden. Aus der qualitativen Analyse des sprachlichen Materials können Rückschlüsse auf Persönlichkeitsmerkmale und soziokulturelle Phänomene gezogen werden.

Ein weiterer Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse liegt in der systematischen, regelgeleiteten Vorgangsweise (vgl. Mayring 2010:124).

Zur Strukturierung der Gesprächssituation konstruierten die Autorinnen einen Interviewleitfaden mit 15 Hauptfragen (siehe Anhang). Dabei wurden in Anlehnung an Alf Seippels fünfstufiges Befragungsmodell Türöffner-, Mundöffner-, Problem-, Ideen- und Aktionsfragen verwendet (vgl. Bobens 2006:322ff). Als Gesprächseinleitung bedankten sich die Forscherinnen für die Bereitschaft für das Interview und fassten kurz zusammen, zu welchem Zweck das Interview stattfand. Danach holten sie die Zustimmung der Interviewten ein, das Interview mit einem Diktiergerät aufzuzeichnen und in anonymisierter Form für die Forschung weiterzuverwenden.

Um die Interviews auch für das Gesamtprojekt AGORA zu nutzen und da sich die Forscherinnen relevante Antworten auf ihre Fragestellung erwarteten, bauten sie die Fragen des AGORA-Leitfadens in den Fragenkatalog ein. Der

Leitfaden wurde mit speziell auf die Forschungsfrage bezogenen Themen erweitert.

Die offen formulierten Fragen waren als Anregung und „roter Faden“ für das Gespräch gedacht, wobei die Reihenfolge ihrer Vorgabe und die Formulierungen frei wählbar waren, jedoch alle Fragen in jedem Interview beantwortet werden sollten (vgl. Gläser/ Laudel 2010:41ff). Als weiteres Kriterium einer offenen Befragung wählten die Autorinnen die mündlich-persönliche Einzelbefragung in einem neutralen bis weichen Interviewstil, bei dem auf die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zu den Interviewten und eine entspannte Atmosphäre geachtet wird (vgl. Lamnek 2010:322f). Gleichzeitig sollte die interviewende Person ihre eigene professionelle Haltung wahren und ein Fachgespräch führen. Genauergenommen bedeutet dies für den/die InterviewerIn, seine/ihre eigenen Meinungen, Einstellungen und Bewertungen zurückzuhalten und Interesse zu signalisieren (vgl. Kühl/ Strodtholz 2002:43, zit. in Bobens 2006:319).

### 3.1.2 Stichprobe

Nach Lamnek (2010:350f) hat die Auswahl der zu befragenden ExpertInnen nicht nach Repräsentativität, sondern anhand von Vorüberlegungen über „typische Fälle“ stattzufinden.

ExpertInnen sind sachkundige Personen mit spezifischem Handlungs- und Erfahrungswissen über ein bestimmtes Fachgebiet bzw. innerhalb einer bestimmten Organisation. Sie sind nicht als Person, sondern als WissensträgerInnen interessant (vgl. Kühl/ Strodtholz 2002: 43, zit. in Bobens 2006:320).

Die Auswahlkriterien für die InterviewpartnerInnen ergaben sich aus der Fragestellung: Personen, die in der Stadt St. Pölten in der Sozialarbeit im (halb)öffentlichen Raum tätig sind. Durch die Überschaubarkeit der sozialen Einrichtungen in der Stadt war es nicht schwer, den zu befragenden Personenkreis einzugrenzen. Außerdem waren aus dem Projekt AGORA

bereits einige Ideen bezüglich geeigneter Einrichtungen und Einzelpersonen entstanden. Ergänzt wurden diese durch Empfehlungen des Bürgermeisters der Stadt St. Pölten und die ersten InterviewpartnerInnen.

Die Forscherinnen kontaktierten die vorgeschlagenen Einrichtungen bzw. Personen via E-Mail und waren überrascht, wie einfach, unbürokratisch und rasch konkrete Interviewtermine zustande kamen. Es kam in jeder kontaktierten Einrichtung zu einem Interview. Wenn es der kontaktierten Person nicht möglich war, ein Interview zu geben, organisierte sie einen Termin mit einem/einer geeigneteN Kollegen/Kollegin.

Das erste Interview wurde am 5. Mai 2013 geführt, das letzte Interview am 29. Juli 2013. Da sich in einer Einrichtung spontan einE zweiteR MitarbeiterIn dem Interview anschloss, resultierten insgesamt sieben Interviews an vier männlichen und vier weiblichen tätigen Personen, die in sieben verschiedenen St. Pöltner Einrichtungen in der Sozialen Arbeit tätig sind.

Ergänzt wurden diese Daten durch sechs Interviews an SozialarbeiterInnen, die von der NÖ Forschungsgruppe AGORA vom 25. April 2013 bis 29. Juli 2013 mit SozialarbeiterInnen in St. Pöltner Einrichtungen durchgeführt wurden. Zwei Personen waren dieselben, die die Autorinnen auch speziell für die vorliegende Arbeit interviewten.

Durch die Doppelinterviews ergaben sich insgesamt zwölf befragte Personen (sieben männlich, fünf weiblich) aus zehn verschiedenen sozialen Einrichtungen im St. Pöltner Stadtgebiet.

### 3.1.3 Interviews und Dokumentation

Bezüglich des Intervieworts orientierten sich die Forscherinnen an den Vorschlägen der InterviewpartnerInnen und so ergab es sich, dass sechs Befragungen in den jeweiligen Einrichtungen, in denen die Interviewten tätig sind, durchgeführt wurden. Eine Befragung fand in der Privatwohnung des/der Interviewten statt. Somit war die Voraussetzung nach Girtler (1984:151, zit. in

Lamnek 2010:354), Interviews idealerweise in vertrauter Umgebung und innerhalb der Lebenswelt der ExpertInnen durchzuführen, erfüllt.

Die Interviewten nahmen sich alle mindestens eine Stunde Zeit und sorgten dafür, dass die Interviews ungestört und in angenehmer Atmosphäre stattfanden. Kaffee- bzw. Getränkeangebote nahmen die Forscherinnen gerne an und fühlten sich überall sehr wohl. Kurze Unterbrechungen durch Telefonklingeln oder dringende Anliegen von KollegInnen der Interviewten störten den Ablauf der Interviews nicht wesentlich.

Alle InterviewpartnerInnen hatten im Vorfeld bei der Anbahnung des Interviews bereits eine kurze Information bezüglich des Zwecks der Befragung (Datensammlung für die Masterthesis und das Forschungsprojekt AGORA) erhalten. Einige Personen hatten den Interviewleitfaden bereits vor der Befragung angefordert, um sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Die Forscherinnen erklärten allen interviewten Personen als Einleitung noch einmal in groben Zügen, worum es in der Untersuchung ging, und bedankten sich für die bereitwillige Zustimmung zu den Interviews und das Interesse an der Forschungsarbeit. Die Autorinnen holten die Zustimmung der Befragten ein, das Interview mittels digitalen Diktiergeräts aufzeichnen zu dürfen und wiesen darauf hin, dass die Daten in anonymisierter Form für die Masterthesis und das Projekt AGORA verwendet werden würden. Danach wurden die leitfadengestützten Interviews durchgeführt.

Im Anschluss an die Interviews machten sich die Forscherinnen, wie für qualitative Interviews empfohlen, als „Gedächtnisstütze“ sofort Notizen zu Uhrzeit und Dauer des Interviews, Ort, Besonderheiten im Ablauf, der Gesprächsatmosphäre und sonstigen Auffälligkeiten (vgl. Kühl/ Strodtholz 2002:62, zit. in Bobens 2006:326).

Nach jedem Interview wurde den Befragten das Interviewtranskript zur Durchsicht zugeschickt und laut deren Rückmeldungen etwaige Änderungen vorgenommen.

Die Interviews zum Gesamtprojekt AGORA fanden in vergleichbaren Settings statt, wurden ebenfalls aufgezeichnet und dauerten wie die Interviews zur vorliegenden Arbeit zwischen 60 und 90 Minuten. Der Interviewleitfaden aus AGORA findet sich im Anhang und fokussierte sich auf Aspekte der Kooperation der Sozialen Arbeit mit anderen Berufsgruppen.

Bei der zunächst wortwörtlichen Transkription in Microsoft Word orientierten sich die Autorinnen am Notationssystem nach Moser (2003:122, zit. in Fellöcker 2006:398f). Zwischenfälle bzw. Unterbrechungen wurden in eckigen Klammern dokumentiert.

Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wurde der Text geglättet und der Dialekt der Interviewten in Schriftdeutsch übertragen (vgl. Mayring 2010:55). Einige Wörter, die treffende Bezeichnungen diverser Phänomene waren und schwer in Standarddeutsch übersetzbar sind, wurden unverändert übernommen und unter Anführungszeichen gesetzt.

Die Interviews wurden anonymisiert, indem den Einrichtungen und Personen eine Buchstaben-Zahlen-Kombination zugeordnet wurde (z.B. SA<sub>1</sub> für Sozialarbeiter Nummer Eins und E<sub>1</sub> für Einrichtung Nummer Eins). Den beiden doppelt interviewten Personen und den doppelt kontaktierten Einrichtungen wurde jeweils nur eine Kennzeichnung zugewiesen. Details, die zu einer Erkennung der Interviewten führen könnten, wurden in Umschreibungen geändert. Die einrichtungsspezifisch unterschiedlichen Bezeichnungen „KundInnen“, „KlientInnen“ und „Parteien“ wurden mittels der Verwendung der Bezeichnung „KlientInnen“ vereinheitlicht.

#### 3.1.4 Auswertungsmethode

Die qualitative Auswertung der elf Interviewprotokolle fand mit Hilfe der Software MAXQDA 11 statt und orientierte sich am Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Ziel ist, durch Reduktion und Zusammenfassung des Materials ein Abbild der Realität mit allen wesentlichen Inhalten zu schaffen (Mayring 2010:67ff).

Das Verfahren nach Mayring war eine geeignete Auswertungsmethode für das Thema der vorliegenden Arbeit, da das Ziel der Untersuchung eine genaue Analyse der untersuchten Fälle war und die Autorinnen eine möglichst genaue und detailgetreue Abbildung der Realität anstrebten. Die Untersuchung erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität, die Ergebnisse sind aber teilweise durchaus generalisierbar.

Die Autorinnen achteten auf die Einhaltung der inhaltsanalytischen Gütekriterien Validität, Objektivität (interpersonaler Konsens) und (Intercoder)reliabilität: Stabilität der Messung, Genauigkeit der Messung und konstante Messbedingungen (vgl. Bortz/ Döring 2009:326ff).

In der ersten, explorativen Phase sichteten die Forscherinnen unbeeinflusst von theoretischen Vorannahmen das Datenmaterial und verschafften sich somit einen Überblick über mögliche Kategorien. Jedes Interview wurde Absatz für Absatz paraphrasiert und den Textstellen pro Sinneinheit ein vorläufiger Code zugewiesen. Kurzantworten („ja/nein“, „stimmt“ etc.) wurden aufgrund mangelnder Aussagekraft nicht ausgewertet bzw. codiert. Nach mehrmaligem Durcharbeiten aller Interviews und genauerer Analyse wurden die Codes teilweise noch verändert und in Subcodes unterteilt.

Im nächsten Schritt wurden aus den Codes induktive Kategorien gebildet. Dabei achteten die Forscherinnen darauf, die Kategorien aus dem Text entstehen zu lassen und nicht umgekehrt im Text nach Bestätigungen von Vorannahmen zu suchen (vgl. Mayring 2010:67ff).

Schließlich wurde das gesamte Datenmaterial reduktiv inhaltsanalytisch ausgewertet, indem die Informationen zusammengefasst und strukturiert wurden. Das Doppelinterview wurde bei der Auswertung in Aussagen der ersten und der zweiten Person getsplittet und die beiden Datensätze wurden getrennt voneinander codiert. Die Interviews der beiden Personen, die doppelt interviewt worden waren, wurden ebenfalls getrennt ausgewertet.

Die Analyse bestätigte das Kriterium der Reproduzierbarkeit der Befragung, da sich einige Aussagen in den beiden Interviews deckten und die Autorinnen keinerlei Widersprüche feststellen konnten. Somit erhöhte die Durchführung der doppelten Interviews die Aussagekraft der Untersuchung.

## 4. Ergebnisse

*Jäger*

Das induktiv gebildete Kategoriensystem ist das zentrale Element der Datenanalyse (Mayring 2010:47). Die Analyse der Interviews ergab neun Kategorien, die im Folgenden einzeln beschrieben werden.



Abbildung 3: Kategoriensystem

Wortgetreue Zitate der InterviewpartnerInnen sind durch Anführungszeichen und kursive Schrift gekennzeichnet. Betonte Textteile sind unterstrichen. Die Personenkennzahlen der zitierten ExpertInnen sind in Klammer nach den Zitaten angeführt.

## 4.1 Die Organisation als Einflussgröße auf das Selbstverständnis

*Eigenthaler*

Die Einrichtungen, in denen die Befragten tätig sind, sind unterschiedlich organisiert, haben unterschiedliche Zielgruppen und bestehen bereits seit unterschiedlich langer Zeit. Sie unterscheiden sich außerdem durch die Anzahl und teilweise die Ausbildung der MitarbeiterInnen, das Angebot und die Zugangsmöglichkeiten für KlientInnen (höher- oder niederschwelliger). Einige Einrichtungen sind Vereine, andere Einrichtungen gehören der Stadt St. Pölten oder dem Land NÖ. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Finanzierungsformen und Strukturen.

Je nach Konzept und Spezifizierung der Einrichtung betreuen bzw. beraten die SozialarbeiterInnen ihre KlientInnen hauptsächlich am Standort der Einrichtung oder sie begeben sich als mobile SozialarbeiterInnen an die (halb)öffentlichen Orte, um ihre KlientInnen in ihrem natürlichen Umfeld anzutreffen. Auch Hausbesuche werden von einigen Einrichtungen durchgeführt.

Danach richten sich auch die Öffnungs- bzw. Parteienverkehrszeiten und organisatorischen Abläufe innerhalb der Einrichtungen. In die Beratungsstellen kommen die KlientInnen normalerweise ohne vorherige Terminvereinbarung und erhalten keine Folgetermine. Ebenso gibt es die Möglichkeit, sich telefonisch beraten zu lassen. In Einrichtungen, in denen KlientInnen über einen längeren Zeitraum betreut werden oder spezielle Problemlagen bearbeitet werden, werden Termine teilweise sehr individuell und auch außerhalb der Öffnungszeiten vergeben. Je niederschwelliger die Einrichtung ist, desto flexibler scheinen die SozialarbeiterInnen diesbezüglich zu sein. In höherschwelligeren Einrichtungen gibt es teilweise gar keinen direkten Kontakt mit KlientInnen.

In den Beschreibungen ihrer Tätigkeit in den jeweiligen Einrichtungen wird die Unterteilung in niederschwellige und höherschwellige Soziale Arbeit deutlich. Was zeigt, dass sie Befragten gut über die Definition informiert sind und danach handeln. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Grundsätze des

sozialarbeiterischen Handelns gut im Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen verankert sind.

Unter dem Begriff Niederschwelligkeit wird in der Sozialen Arbeit ein Gestaltungsprinzip im Bereich der sozialen Dienstleistungen mit Randgruppen verstanden (vgl. Oehme 2011:8). Prinzipiell geht es darum, Klientinnen mit einfachen Angeboten zu erreichen. Das Konzept der Niederschwelligkeit beschäftigt sich damit Schwellen abzubauen, um dadurch den Klientinnen von niederschweligen Maßnahmen den Zugang zu Bildungsmöglichkeiten und Optionen auf Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Der Fokus darin liegt nicht nur auf dem Abbau von Zugangsbarrieren, sondern auf einem sozialpädagogischen Konzept, bei dem die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen im Mittelpunkt stehen.

Mayrhofer (2011:10) unterteilt den Terminus Niederschwelligkeit in vier unterschiedliche Dimensionen:

- Bei der *zeitlichen Dimension* gibt es wenig bis gar keine Voraussetzungen bezüglich der Zeitdisziplin der Klientinnen. Hier gibt es zum Beispiel keine Terminvereinbarung und die Arbeitszeiten werden flexibel gestaltet.
- Die *räumliche Dimension* bezieht sich vor allem auf die Schwellen für den räumlichen Aufenthalt der KlientInnen. Dies bedeutet, dass die Einrichtung im Lebensumfeld der KlientInnen angesiedelt sein sollte. Hier arbeitet die aufsuchende Sozialarbeit damit, KlientInnen zum Beispiel in deren Stammlokal zu treffen.
- Die *inhaltliche Dimension* schaut darauf, dass keine zu hohen Anforderungen in Bezug auf den Erfolg/ Zielen bestehen.
- Die *soziale Dimension* bezieht sich auf die soziale Beziehung zwischen den KlientInnen und den SozialarbeiterInnen. Hier stehen die

Fähigkeiten der KlientInnen im Vordergrund. Weiters bestimmt der Kontakt und Vertrauensaufbau die Interaktion.

Für Walter (2009:20) besteht ein elementarer Grundsatz der Niederschwelligkeit darin, dass niederschwellig gestaltete Angebote im direkten Lebensumfeld der KlientInnen angeboten werden.

Der Unterschied zwischen niederschwelligen und höherschwelligen Einrichtungen besteht vorwiegend darin, dass wesentliche Fähigkeiten, wie beispielsweise Pünktlichkeit, vermittelt werden, während in höherschwelligen Einrichtungen diese Eigenschaften vorausgesetzt werden (vgl. Fischböck 2012:52). Das bedeutet, dass KlientInnen von niederschwelligen Beschäftigungsprojekten zum Beispiel keine bzw. sehr geringe Voraussetzungen mitbringen müssen, um dort beschäftigt werden zu können.

Je nach Art der sozialen Einrichtung unterliegen die MitarbeiterInnen unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen mit unterschiedlichen Stundenanzahlen, von Vollzeit über geringfügig bis ehrenamtlich ist alles möglich. Die MitarbeiterInnen wirken unabhängig von ihren Beschäftigungsformen sehr engagiert, motiviert und belastbar und sind großteils auch bereit, flexibel und außerhalb der Arbeitszeiten tätig zu werden, auch wenn dies bedeutet, dass Überstunden gemacht werden müssen: *„Das ist meine persönliche Kernanforderung, dass keinen Tag zugesperrt ist. Über alles andere kann man verhandeln.“* (SA<sub>1</sub>)

Da alle befragten Einrichtungen multiprofessionelle Teams einsetzen, gibt es für so gut wie alle Situationen SpezialistInnen – wobei Einrichtungen, die mehr MitarbeiterInnen beschäftigen, auch mehr Professionen unter einem Dach vereinen: Außer SozialarbeiterInnen arbeiten SoziologInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und Personen aus der Wirtschaft zusammen.

Das Verhältnis männliche:weibliche MitarbeiterInnen hängt vor allem von der Zielgruppe ab. Beispielsweise werden in einer Einrichtung wie einer

Notschlafstelle, die nur für Männer zuständig ist, nur männliche Mitarbeiter beschäftigt.

Alle Einrichtungen legen Wert darauf, dass die MitarbeiterInnen immer am laufenden Stand der Wissenschaft sind und bieten deshalb teilweise interne Weiterbildungen an oder schicken die SozialarbeiterInnen zu einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen, an denen die Befragten durchwegs sehr interessiert sind. Somit erfüllen die SozialarbeiterInnen ein weiteres Kriterium ihres Anforderungsprofils. Weiterbildungsbereitschaft und der laufende Besuch von Fortbildungen zählen also fix zum Selbstverständnis der interviewten SozialarbeiterInnen in St. Pölten.

Die Zielgruppen der Einrichtungen sind sehr breit gestreut (Jugendliche, Familien, Frauen, alte Menschen, Menschen mit Behinderung, MigrantInnen, Obdachlose, Süchtige...). Insgesamt entsteht der Eindruck, dass in St. Pölten für alle Problemlagen eine Einrichtung vorhanden ist, es aus KlientInnensicht aber oft nicht ganz einfach ist, auf Anhieb die richtige Stelle zu finden. Die Befragten sind jedoch alle sehr gut vernetzt und informiert und vermitteln die KlientInnen an eine für ihre Problemlage zuständige Einrichtung weiter.

Die Einrichtungen verfolgen je nach Konzept unterschiedliche Philosophien und es fällt auf, dass die Interviewten diese vehement vertreten und zu ihren persönlichen Überzeugungen gemacht haben.

Wie mit den KlientInnen gearbeitet wird und welche Hilfestellungen ihnen angeboten werden, hängt immer von der Einrichtung, der KlientInnenpersönlichkeit und der unterschiedlichen Problematik ab. Das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen wird in dieser Kategorie von unterschiedlichen Faktoren bestimmt, wie zum Beispiel Art der Einrichtung, niederschwelliges oder höherschwelliges Angebot, personelle Ressourcen der Einrichtung etc.

Prinzipiell lässt sich erkennen, dass unabhängig von der Größe, Organisationsform, Zielgruppe und dem Konzept der Einrichtung alle

Interviewten sehr engagiert und „mit Fleisch und Blut dabei“ sind. Die Interviewten legen Wert darauf, ihre KlientInnen immer bestmöglich und professionell zu betreuen, was sich beispielsweise darin äußert, dass die Einrichtungen PraktikantInnen nur dann aufnehmen, wenn diese über einen längeren Zeitraum in der Einrichtung bleiben, um die Abläufe genau kennenzulernen und Fälle über eine längere Zeit begleiten zu können.

Dabei ist es den SozialarbeiterInnen auch immer sehr wichtig, den Datenschutz der KlientInnen zu wahren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die KlientInnen hauptsächlich direkt in den Einrichtungen betreut werden. Je nach Konzept (niederschwellig vs. hochschwellig) begeben sich mobile SozialarbeiterInnen an die (halb)öffentlichen Orte, um ihre KlientInnen in ihrem natürlichen Umfeld anzutreffen. Während in niederschweligen Einrichtungen die KlientInnen im Mittelpunkt stehen und ihnen auf unkomplizierte und unmittelbare Weise Unterstützung geboten wird, gibt es in höherschweligen Einrichtungen teilweise gar keinen direkten Kontakt mit KlientInnen. Je niederschwelliger die Einrichtung ist, desto flexibler scheinen die SozialarbeiterInnen in ihrer Arbeitsweise und dem Tagesablauf zu sein. Grundsätzlich gibt es in der Stadt St. Pölten für alle Problemlagen eine Einrichtung, jedoch ist es für die KlientInnen oft nicht ganz einfach, die richtige Stelle zu finden. Durch gute Vernetzungsarbeit der SozialarbeiterInnen werden die KlientInnen dennoch rasch an eine für ihre Problemlage zuständige Einrichtung weitervermittelt.

#### **4.2 Der Einfluss der beruflichen Biografie und Bildungslaufbahn auf das Selbstverständnis**

*Jäger*

Die befragten MitarbeiterInnen der sozialen Einrichtungen sind unterschiedlich lange in ihrem Beruf aktiv tätig (weniger als zwei Jahre bis über 30 Jahre). Einige SozialarbeiterInnen haben ihre Ausbildung noch in der Sozialakademie absolviert und waren danach in unterschiedlichen Einrichtungen und Funktionen immer in der Sozialarbeit tätig. Einige Personen sind QuereinsteigerInnen und beispielsweise aus einem technischen Beruf auf die Soziale Arbeit umgestiegen. Die jüngeren SozialarbeiterInnen und jene, die erst

seit kürzerer Zeit in der Sozialarbeit tätig sind, haben ihre Ausbildung bereits auf der Fachhochschule absolviert.

Die meisten Befragten sind ausschließlich in ihrem derzeitigen Job als SozialarbeiterIn in der jeweiligen Einrichtung tätig, außer zwei Befragte, die zusätzlich noch in anderen Einrichtungen beschäftigt sind.

Die Befragten sind in ihren Einrichtungen in unterschiedlichen Positionen und mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten beschäftigt. Unabhängig von ihrer Position und Ausbildung, ihrem Alter, Geschlecht, und Werdegang sowie der Art der Einrichtung sind alle SozialarbeiterInnen sehr engagiert und scheinen ihren Beruf gerne auszuüben. Da die meisten befragten SozialarbeiterInnen bereits seit Jahren, teilweise schon seit Jahrzehnten, immer in ein und derselben Einrichtung arbeiten, gehen die Autorinnen davon aus, dass die Interviewten sich nicht nur in ihrem Job, sondern auch innerhalb ihrer Einrichtung sehr wohl fühlen.

Gerade die älteren SozialarbeiterInnen können auf langjährige Berufserfahrung zurückgreifen und sind stolz darauf, bereits einiges „bewegt“ zu haben und am Aufbau neuer sozialer Einrichtungen in der Stadt beteiligt gewesen zu sein (z.B. Beratungsstellen und andere Hilfseinrichtungen, Selbsthilfegruppen etc.). Aber auch die jüngeren SozialarbeiterInnen zeigen viel gesundheitsförderndes Engagement und initiieren bzw. beteiligen sich gerne an gesundheitsbezogenen Projekten und Aktionen.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage zeigt sich, dass das Selbstverständnis der befragten SozialarbeiterInnen unterschiedlich definiert wird, je nachdem, wie lange er/sie schon im Sozialbereich tätig ist. Interessant ist, dass eine Newcomerin, welche seit einem Jahr als Sozialarbeiterin tätig ist, auf die Frage bezüglich des Selbstverständnisses berufliches Engagement, Idealismus und Motivation nannte und von gegenwärtigen Projekten sprach. Eine Sozialarbeiterin, die schon über 30 Jahre in diesem Bereich tätig ist, betonte ebenfalls ihr berufliches Engagement, jedoch war ihre Sichtweise über bestimmte gesellschaftliche Probleme globaler und sie beachtete die daraus

resultierenden Konsequenzen: „*Ich bin sehr für Nach-vorne-gehen, Situationen ändern können und immer auch grundsätzlich globaler denken und nicht nur so fokussieren auf einen Punkt, so jetzt löse ich dieses eine Problem, sondern man muss immer viel runder denken in der Sozialarbeit, also was kann ich da noch machen, was kann auf die KlientInnen noch zukommen*“ (SA<sub>3</sub>).

Hier zeigt sich, dass langjährige Erfahrung mit KlientInnen ein grundsätzliches Basiswissen schafft, worauf die SozialarbeiterInnen in ihrer täglichen Arbeit zurückgreifen und somit vermutlich schnellere Lösungsansätze finden als NewcomerInnen. EinsteigerInnen im Sozialbereich bringen wiederum viel Eigenmotivation/ Engagement, neue Projektideen sowie das Know-how der neuen Medien mit. Eine Mischung aus beiden Ären und gegenseitige Toleranz erscheinen als die optimale Kombination für eine gelungene Zusammenarbeit.

Zusammenfassend zeigt sich bei allen Interviewten (unabhängig von ihrer Position, Alter, Geschlecht, Ausbildung und der Art der Einrichtung) viel Engagement und positives Feedback in Bezug auf die berufliche Laufbahn. Durch eine langjährige Berufserfahrung konnten ältere SozialarbeiterInnen bereits einiges bewegen und haben neue Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in der Stadt St. Pölten erschaffen. Bei den jüngeren SozialarbeiterInnen zeigt sich das Engagement in der mobilen Sozialarbeit, bei Events, Projekten und Aktionen. Der Einfluss der beruflichen Biografie auf das Selbstverständnis hängt von der Art der Tätigkeit, der Berufserfahrung und der eigenen Einstellung in Bezug auf die praktische Tätigkeit ab.

#### **4.3 Gesundheitsfördernde Interventionen der Einrichtungen im (halb)öffentlichen Raum**

*Eigenthaler*

Alle Befragten gaben an, ihre sozialarbeiterische Tätigkeit im (halb)öffentlichen Raum auszuführen. Der (halb)öffentliche Raum bezieht sich dabei auf Orte, die grundsätzlich für alle zugänglich sind und weder dem öffentlichen noch dem privaten Raum zugeordnet werden können (vgl. Nissen 1998, zit. in Frey 2004:223; Selle 2002:38).

Die Soziale Arbeit findet in St. Pölten an unterschiedlichen (halb)öffentlichen Orten statt: Streetwork bzw. mobile Sozialarbeit spielt sich vor allem an Hot Spots ab, an denen sich die KlientInnen in ihrer Freizeit aufhalten, z.B. vor Schulen, in Parks, am Hauptbahnhof, auf Festivals etc. Die SozialarbeiterInnen haben das Ziel, mit ihren KlientInnen in Kontakt zu treten und eine Beziehung aufzubauen und können bei Bedarf in problematischen Situationen deeskalierend eingreifen. *„...also in erster Linie ist es eine Freizeiteinrichtung und natürlich mit dem Hintergrundwissen, dort wo Beziehung entsteht in der Freizeitgestaltung, kommen dann natürlich diverse Problemchen und Sorgen zu Tage.“* (SA<sub>2</sub>)

Die sozialen Einrichtungen in öffentlichen Gebäuden wie z.B. Jugendzentren und Beratungsstellen, die keine Zugangsbeschränkungen haben, gelten laut Definition ebenfalls als soziale Einrichtungen im öffentlichen Raum. Auch die aufsuchende, nachgehende Sozialarbeit, die von einigen Einrichtungen durchgeführt wird, ist als Soziale Arbeit im öffentlichen Raum einzustufen.

Es gibt auch Einrichtungen, die sich anlassbezogen in die Öffentlichkeit begeben, z.B. bei öffentlichen Projekten, Aktionen, Festen etc. – einerseits mit denselben Zielen wie in der niederschweligen mobilen Sozialarbeit, andererseits um Präsenz zu zeigen und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. *„Deshalb sind auch die Veranstaltungen so wichtig, damit man sieht, dass wir präsent sind. Das ist jetzt nichts Politisches, uns geht es einfach darum, dass man sieht, dass wir das machen und wirklich gern machen.“* (SA<sub>7</sub>)

Nicht zuletzt kann die Soziale Arbeit auch im indirekten öffentlichen Raum stattfinden, wie es in den höherschweligen Einrichtungen der Fall ist. Hier findet keine direkte Arbeit mit den Klienten statt, sondern es geht hauptsächlich um eine Arbeit *für* die KlientInnen, z.B. in Form von Zusammenarbeit mit Gemeindeverantwortlichen und übergeordneten Koordinationstätigkeiten.

Soziale Arbeit mit ihren klassischen Bereichen Familienhilfe, Jugendarbeit und Gemeinwesenarbeit war schon immer ins Gesundheitswesen eingebettet und hat sich als Gesundheitswissenschaft etabliert (vgl. Sting/Zurhorst 2000:7f). Die

moderne Sichtweise der Krankheitsentstehung und -behandlung integriert unterschiedliche Berufsfelder, wobei der Sozialen Arbeit mit dem Ziel einer langfristigen Verbesserung der gesamten Lebensqualität dabei eine wichtige Rolle zukommt. „Als spezifische Zugänge der Sozialen Arbeit kommen in diesem Zusammenhang Maßnahmen wie Gemeinwesenarbeit, soziale Unterstützung und Netzwerkinderventionen, Lebensweltgestaltung und Empowerment sowie pädagogische Aktivitäten wie Beratung, Gesundheitsbildung und Kompetenzentwicklung in Betracht.“ (Hurrelmann/Laaser 1998:23f, zit. in Sting/ Zurhorst 2000:8)

Gesundheitsförderung betrifft lebensweltbezogene Maßnahmen für Einzelpersonen oder Gruppen und Maßnahmen zur Initiierung und Begleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen betreffen die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und die Förderung ökonomischer, kultureller, sozialer, bildungsbezogener und hygienischer Bedingungen der Lebensgestaltung (vgl. Hurrelmann et al. 2012:27).

Soziale Arbeit wirkt also per se gesundheitsfördernd. Deshalb können alle im Folgenden näher beschriebenen Tätigkeits- und Aufgabenbereiche der Befragten und sämtliche Angebote der Einrichtungen als gesundheitsfördernde Maßnahmen bezeichnet werden.

Dabei erscheint unwesentlich, ob die Soziale Arbeit nach der Definition von Ortmann/ Waller (2005:2f) im klassischen Gesundheitswesen stattfindet oder ob es sich um gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen handelt.

In der vorliegenden Studie wurde Wert darauf gelegt, VertreterInnen beider Arten von Einrichtungen der Sozialen Arbeit zu befragen, um eventuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Selbstverständnis in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum feststellen zu können.

Viele der im Folgenden näher beschriebenen, induktiv gebildeten Sub-Kategorien entsprechen inhaltlich der Unterteilung der Leistungen der Sozialen Arbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen (Reinicke 2005:37f):

- Information und Beratung in Gesundheitsfragen (inkl. Gesundheitsbildung)
- Hilfe bei sozialen Prozessen
- Materielle Hilfen
- Unterstützung bei Lern- und Entwicklungsprozessen
- Hilfe für Behinderte
- Hilfe für Kranke und Pflegebedürftige
- Unterstützung und Koordination anderer Fachdisziplinen
- Selbsthilfegruppen
- Erstellung und Umsetzung von Qualitätshandbüchern
- Fortbildungsveranstaltungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeit mit PraktikantInnen
- Dokumentation der Arbeit

Der Auftrag der Sozialen Arbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen lautet „Beratung und Begleitung in gesundheitlichen Fragen“ (vgl. Reinicke, 2005:37). Es soll einerseits gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert und Krankheit verhindert werden, andererseits bei Krankheiten und deren Folgen Unterstützung geboten werden. Die elementare Aufgabe der SozialarbeiterInnen besteht in der „Hilfe zur Selbsthilfe“, das heißt, die Betroffenen sollen bei der Entwicklung von Problemlösungskompetenz unterstützt werden.

Die gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen kann in allen Arten von sozialen Einrichtungen stattfinden und verfolgt als Hauptziel die Verhinderung sozial bedingter gesundheitlicher Probleme (vgl. Ortmann/ Waller 2005:4). Positiv formuliert definiert sich die Soziale Arbeit als gesundheitsfördernd und präventiv orientiert. Die befragten SozialarbeiterInnen verfolgen in ihrer

täglichen Arbeit somit das Ziel der Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum.

Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit lebensweltbezogenen Maßnahmen für Einzelpersonen oder Gruppen und setzt Schritte zur Initiierung und Begleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Je nach Einrichtung und Art der Sozialarbeit findet Soziale Arbeit in St. Pölten an unterschiedlichen (halb)öffentlichen Orten statt, wie z.B. vor Schulen, in Parks, am Hauptbahnhof, auf Festivals etc. Manche Einrichtungen begeben sich je nach Anlass in die Öffentlichkeit, z.B. bei öffentlichen Projekten, Aktionen, Festen etc. Bei höherschweligen Einrichtungen kann Soziale Arbeit auch im indirekten öffentlichen Raum stattfinden, dabei geht es vorwiegend um eine Arbeit für die Klientinnen.

#### 4.3.1 Kontakt- und Beziehungsaufbau

Der Kontakt- und Beziehungsaufbau zu den KlientInnen mit dem Ziel, das Vertrauen der KlientInnen zu gewinnen, steht vor allem bei jugendlichen Zielgruppen und „sozialen Randgruppen“ wie MigrantInnen, psychisch Kranken oder Menschen mit Behinderung im Vordergrund. Zu diesem Zweck werden oft Freizeitangebote gemacht, z.B. Kultur- Sport und Musikveranstaltungen organisiert. Diese werden teilweise von den KlientInnen mitgestaltet, womit diese Maßnahmen auch im pädagogischen Sinn gesundheitsfördernd wirken.

Außenstehende unterschätzen oft, dass der Kontakt- und Beziehungsaufbau in der Sozialen Arbeit eine sehr wichtige Voraussetzung ist, um später mit den KlientInnen arbeiten zu können. Vor allem den niederschweligen Einrichtungen ist es sehr wichtig, dass ihre Zielgruppe bei Bedarf weiß, wo sie Hilfe erhält und ihre Einrichtung ohne Berührungsängste aufsucht. Gesundheitsförderung kann nur funktionieren, wenn die Zielgruppe ihre AnsprechpartnerInnen kennt und weiß, wo sie diese findet.

#### 4.3.2 Begleitung und Beratung

Die Begleitung und Beratung der KlientInnen findet zu unterschiedlichen Problemstellungen und in Form von Information, Kurzinterventionen,

Problemanalysen und Coachings statt. Die KlientInnen werden gezielt bei Schwierigkeiten unterstützt und informiert. Themen sind Sucht, Schule, Ausbildung, Job(suche), Schulden, Familien-, Partner- und Schwangerschaftskonflikte etc.

Einige Einrichtungen begleiten Ihre KlientInnen bei Bedarf auch zu diversen Ämtern oder bieten Arbeits- oder Psychotherapie an. Sind die Beratungsstellen für eine gewisse Problemstellung nicht zuständig, vermitteln die MitarbeiterInnen die KlientInnen an geeignete spezialisierte andere Einrichtungen weiter.

#### 4.3.3 Bewusstseinsbildung und Weiterbildung

Einige Einrichtungen arbeiten gesundheitsfördernd, indem sie Veranstaltungen wie Gesundheitstage, Vorträge und Workshops zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen organisieren, koordinieren, finanzieren und durchführen.

Ziele dieser Veranstaltungen sind nicht nur Bewusstseinsbildung und Aufklärung, sondern auch Kontaktaufbau zur Bevölkerung.

Auch Deutschkurse, die von einer Einrichtung organisiert und durchgeführt wurden, dienen der Gesundheitsförderung, da nur Menschen, die der deutschen Sprache mächtig sind, sich in das österreichische Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystem integrieren können und somit alle Angebote ausschöpfen können.

#### 4.3.4 Angebote für spezielle Zielgruppen

Einer in der Sozialarbeit tätigen Person fällt das Thema „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ ein, wobei sie dabei vor allem an sportliche Aktivitäten bzw. Bewegung denkt. Dabei ist es wichtig, die Projekte nicht „blind“ jeder Zielgruppe anzubieten, sondern individuelle Programme zu erstellen.

Weiters werden von den Einrichtungen spezielle Maßnahmen und Projekte für spezielle Zielgruppen wie MigrantInnen, Behinderte, Frauen und alte Menschen gesetzt. Konkrete Maßnahmen für MigrantInnen betreffen beispielsweise Schule, Job, Ausbildung, Krankheiten und Traumatisierungen, Rechtliches und Suchtprävention.

Studien belegen, dass die meisten Gesundheitsförderungsangebote aufgrund von Zugangsbarrieren von sozial Benachteiligten nicht genutzt werden (Ortmann/ Waller 2005:5). In diesem Bereich ist Engagement der Sozialen Arbeit hinsichtlich Initiierung, Koordination und Realisierung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen also besonders gefragt.

#### 4.3.5 Öffentlichkeitsarbeit

Alle befragten Einrichtungen führen Öffentlichkeitsarbeit durch und erfüllen somit eine weitere gesundheitsfördernde Aufgabe der Sozialen Arbeit. Die Einrichtungen werben über das Internet (z.B. Facebook, Newsletter, Homepage) und lassen gezielt Presseartikel veröffentlichen.

Dabei sind sie mit den Artikeln nicht immer ganz zufrieden, jedoch dürfte der Zweck erfüllt werden. *„Wir haben eine eigene Öffentlichkeitsarbeit, das heißt wir schauen halt sehr, dass wir Informationen einspeisen und mit denen in Kontakt sind dass da nicht irgendeine Boulevardberichterstattung passiert. Das kann man eh nie ganz verhindern, passiert auch immer wieder.“* (SA<sub>9</sub>)

Nicht nur zu den Medien, auch zur Politik bestehen gezielte Kontakte, um Interessen der Einrichtung zu vertreten: *„Ja, ich würde mir wirklich sehr wünschen, dass die SozialarbeiterInnen ein bisschen mehr in diesen Brückenbau hineinlegen, also ich hab einfach wirklich die Erfahrung gemacht, dass dann viel mehr geht. Also dieses Wegblicken von Politik, dass da einfach ganz wenig Selbstwert bei den SozialarbeiterInnen besteht, quasi sich zwar zu solidarisieren mit den KlientInnen, aber dann nicht hilfreich sind, wenn sie sich sperren gegen diese Berufsgruppen.“* (SA<sub>2</sub>).

#### 4.3.6 Gemeinwesenarbeit

Ein Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit ist Gemeinwesenarbeit mit dem Ziel, Änderungen im gesellschaftlichen System im Sinne von Verbesserungen materieller und immaterieller Bedingungen unter Einbeziehung der Betroffenen herbeizuführen (vgl. Stoik 2013).

Gemeinwesenarbeit ist sozial- und lokalpolitisch ausgerichtet, funktioniert also oft über politische Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit: *„Sozialarbeit greifbar zu machen für jemanden, der gar keine Ahnung davon hat, ist ganz schwierig. (...) sozusagen als SozialarbeiterIn eine Akzeptanz zu gewinnen und dadurch auch für diese Gruppen, die vielleicht nicht so beliebt sind, ein „Tür“ aufzumachen. Also jugendliche Subkultur zu fördern. (...) Und das sind natürlich schon Dinge, wo Öffentlichkeitsarbeit enorm wichtig war, um unsere ganzen Projekte möglichst transparent zu machen. Auch immer wieder in die Zeitungen zu gehen hat dazu beigetragen, dass wir da jetzt auch mehr Akzeptanz haben.“* (SA<sub>2</sub>)

Einige SozialarbeiterInnen waren am Aufbau neuer Beratungsstellen für Jugendliche oder Wohnungslose maßgeblich beteiligt oder engagieren sich für die Durchführung von gesundheitsfördernden Projekten wie z.B. gesunder Schuljausen.

Da fast alle Befragten Gemeinwesen als wichtiges Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit erwähnen, scheinen sie diese Aufgabe durchaus ernst zu nehmen und umzusetzen. *„Ich glaube, in unserem Bereich ist eine Funktion die Vermittlungsrolle, dass man wirklich irgendwie das Bindeglied ist zwischen den BürgerInnen und der Politik wichtiger. Dass man einfach weiß, was braucht's da eigentlich.“* (SA<sub>7</sub>)

#### 4.3.7 Prävention

Zum Thema Gesundheitsförderung fielen den Befragten viele Präventionsveranstaltungen für spezielle Zielgruppen ein, wie z.B. Frauen, Menschen mit Behinderung, MigrantInnen, Essgestörte, Arbeitslose, SchülerInnen etc. Die Befragten nannten groß angelegte Aktionen wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen (Herzgesundheit, Schuluntersuchungen, Impfaktionen, Blutuntersuchungen, Lungenuntersuchungen, Zahngesundheit...), aber auch gezielte Einzelaktionen der Einrichtungen wie Sporttage, Workshops zur Sexualaufklärung oder Projekte zu gesunder Ernährung (z.B. Obstaktionen, gesunde Jause, Ernährungsberatung und Kochprojekte).

Auch zum Thema *soziale Prävention* mit dem Ziel der sozialen (Wieder)eingliederung gibt es immer wieder Maßnahmen, wobei z.B. der Vereinsamung gewisser Zielgruppen entgegengewirkt wird und Sozialkontakte geschaffen werden und Hilfe bei der Job- und Wohnungssuche geboten wird. Dieser Bereich überschneidet sich teilweise mit der Grundversorgung. Es gibt niederschwellige Einrichtungen, die ganz "unten" ansetzen und Menschen bei der Abdeckung der Grundbedürfnisse Hilfestellungen bieten, indem sie ihnen einen Schlafplatz, eine Waschmöglichkeit und Mahlzeiten geben.

Andere Einrichtungen sind für die finanzielle Grundversorgung zuständig (Leistungen aus der Mindestsicherung, einmalige Zahlungen in Notsituationen etc.) und kümmern sich gleichzeitig um Probleme, die bei der Kontrolle dieser "sozialen Härtefälle" sichtbar werden, wie z.B. Verwahrlosung, Vermüllung, psychiatrische oder körperliche Erkrankungen.

Das Thema *Gewaltprävention* wird ebenfalls von mehreren Befragten aufgegriffen und auf entsprechende Projekte und Workshops, die in den Einrichtungen durchgeführt werden, verwiesen. Die Zielgruppe besteht dabei meist aus Jugendlichen.

*Suchtprävention* wurde von allen Befragten erwähnt, wobei je nach Art und Zielgruppe der Einrichtung unterschiedliche Ansätze und Strategien verfolgt

werden. Die Projekte betreffen Primär- Sekundär- und Tertiärprävention und beinhalten Aufklärungsaktionen, Vorträge, Seminare und Workshops. Die Zielgruppen sind entweder die Betroffenen bzw. Gefährdeten selbst oder deren Eltern, Angehörige, PädagogInnen oder sonstige einflussreiche Bezugspersonen. Dabei vertreten die Befragten alle den Ansatz, dass Verbote nichts bewirken, sondern auf einer bewusstseinsbildenden, aufklärenden Ebene angesetzt werden muss: *„Also einen Teil unserer Arbeit sehe ich bzgl. Gesundheitsförderung, wenn z.B. Jugendliche unter 16 Jahren rauchen und Alkohol konsumieren, dann haben wir keinen klaren Ansatz, dass wir hingehen und sagen: „Hey, mach das nicht.“ Wir sind halt so, dass wir eine Beziehung zu ihnen aufbauen, sie schon aufklären über die rechtliche Situation, dass das Rauchen und Trinken auch für die Gesundheit schädlich ist, also das sehe ich als Teil unserer Gesundheitsförderung.“* (SA<sub>5</sub>)

Diese Aussage deckt sich mit dem modernen Ansatz der Suchtprävention, die nicht mehr, wie zu Beginn der 1980er Jahre, auf eine grundsätzliche Verhinderung von Substanzkonsum und Abstinenz abzielt, sondern Verhinderung von Sucht und schädlichem Gebrauch als Ziel setzt (vgl. Rosenhagen 2005:79ff).

Eine weitere Form ist die strukturelle Suchtprävention, die darauf abzielt, Rahmenbedingungen für die Suchtprävention zu schaffen.

Da Prävention einen Teil der Gesundheitsförderung ausmacht (vgl. Waller 2006:161), wirken sämtliche von den SozialarbeiterInnen erwähnten präventiven Maßnahmen gesundheitsfördernd. Auch die Ergebnisse einer aktuellen Studie des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend aus dem Jahr 2011 zeigen, dass die offene Jugendarbeit als eine Form der Sozialarbeit im (halb)öffentlichen Raum präventiv hinsichtlich Gewalt und Sucht bei Jugendlichen und somit gesundheitsfördernd wirkt (vgl. bmwfj 2011:3).

Interessant ist, dass sämtliche Suchtpräventionsangebote in St. Pölten auf eine jugendliche bis junge Zielgruppe ausgelegt sind und ganz „vergessen“ wird, dass auch ältere Menschen von Sucht betroffen sein können, vor allem im Bereich ärztlich verschriebener Medikamente.

Zum Suchtverhalten älterer Menschen (über 60 Jahre) hinsichtlich Substanzen oder suchtartiger Verhaltensweisen gibt es laut Fellöcker/ Franke (2001:181) im deutschsprachigen Raum nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen. Amerikanische Studien zeigen aber, dass Sucht nach Demenz und Depression die dritthäufigste psychische Erkrankung älterer Menschen ist. Das Fehlen wissenschaftlicher Daten lässt sich darauf zurückführen, dass Sucht im Alter vorwiegend in der Einsamkeit stattfindet. Dadurch dass der Anteil an älteren Menschen in unserer Gesellschaft rasant zunimmt, sollte Suchtprävention auch in dieser Generation stattfinden.

Gesundheitsförderung zielt auf eine Stärkung der Ressourcen ab, während Prävention eine Risikoreduktion darstellt (vgl. Hurrelmann et al. 2012:663). Von einer interviewten Person wurde dieses grundsätzliche Thema der gegensätzlich besetzten Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung angesprochen: *„Man kann auch sagen, Sozialarbeit ist oft in einem Bereich angesiedelt, der irgendwo problembehaftet ist, aber nicht nur. Zum anderen gibt es eben dann auch jenen Bereich, der eher in die Gesundheitsförderung hineingeht oder auch jenen Bereich, wo es um Prävention geht. Wobei: Auch da gibt es ja unterschiedliche Definitionen und Abgrenzungen von Gesundheitsförderung und Prävention. Und wo aber eben auch die Arbeit mit gesunden Menschen passiert und wo also vor allem im Gesundheitsförderungsbereich die Arbeit abseits von problematischen Aspekten im Prinzip einmal passiert. Prävention hat meines Erachtens immer diesen problematischen Bereich irgendwo auch mit dabei. Weil alleine vom Begriff her ist es einfach das, dass man einen problematischen Bereich benennen muss, den man eben vermeiden will. (...) Und die Gesundheitsförderung im strengen Sinn grenzt sich ja dann noch einmal oft ab und sagt, nein, unser Fokus richtet sich wirklich auf Gesundheit fördern, Wohlergehen fördern.“* (SA<sub>3</sub>)

In diesem Zusammenhang ist noch interessant zu erwähnen, dass eine befragte Person die Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention auf konkrete Aufgaben in ihrer Organisation umlegt: *„Gesundheitsförderung ist für mich auch, wenn wir weiterhelfen, einen Job zu finden, weil das einfach zum*

*Selbstwert gehört. Oder Kurse versuchen auf die Füße zu stellen oder Jobcoaching, das ist für mich Primärprävention. (...) Sekundäre Prävention, wenn wir Jugendliche da haben, wo wir wissen, da gibt's ein krisenhaftes Geschehen und wo wir auch darauf eingehen, also sprich, wenn jemand kommt, der sagt: „Ich weiß nicht, wo ich die nächste Nacht schlafen soll. Dann halt auch im tertiären Bereich, sprich Harm Reduction zu machen, indem wir Leute zur Polizei begleiten, Briefe schreiben, bei Ratenvereinbarungen intervenieren, wie auch immer.“ (SA<sub>2</sub>)*

Obwohl alle bisher genannten Aufgaben und Tätigkeiten, die die SozialarbeiterInnen in ihren Einrichtungen durchführen, als gesundheitsfördernd einzustufen sind, konnten die Interviewten auf die gezielte Aufforderung, gesundheitsfördernde Maßnahmen im (halb)öffentlichen Raum zu nennen, kaum oder nur sehr allgemeine Antworten geben.

Daraus schließen die Autorinnen, dass den Befragten meist gar nicht bewusst ist, dass ihr gesamtes Handeln in der Sozialen Arbeit gesundheitsfördernd wirkt. Explizit als „gesundheitsfördernd“ bezeichneten die Befragten eher projektbezogene Spezial-Maßnahmen und Aktionen, die die Einrichtung oder andere Organisationen im (halb)öffentlichen Raum durchführt.

Grundsätzlich ist der Kontakt- und Beziehungsaufbau zu den KlientInnen bei allen Einrichtungen wichtig, da vor allem der Vertrauensaufbau bei jugendlichen Zielgruppen und „Randgruppen“ die Basis einer erfolgreichen Zusammenarbeit bietet. Die Begleitung und Beratung hilft den KlientInnen dabei, ihre Probleme zu lösen und unterstützt und informiert sie gezielt bei Schwierigkeiten in Form von Kurzinterventionen, Problemanalysen und Coachings. Je nach Bedarf und Konzept der Einrichtung werden KlientInnen ebenso zu diversen Ämtern begleitet oder es wird ihnen Arbeits- oder Psychotherapie angeboten. Auch Veranstaltungen wie Gesundheitstage, Vorträge und Workshops zu diversen Themen dienen der Gesundheitsförderung und haben den Zweck die Bevölkerung aufzuklären und Bewusstseinsbildung für Gesundheitsthemen zu schaffen. Öffentlichkeitsarbeit zählt zu einer wichtigen gesundheitsfördernden Aufgabe der Sozialen Arbeit und wird von allen Einrichtungen durchgeführt. Vor allem durch Social Media wie Facebook, Newsletter und einem professionellen Internetauftritt präsentieren sich die Einrichtungen auf unterschiedliche Weise. Ebenso sind Kontakte zur Politik wichtig, da diese Veranstaltungen unterstützt und wichtige Kontakte geknüpft werden können. Gemeinwesenarbeit zählt zu einem wichtigen Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit und hat das Ziel, unter Einbeziehung der Betroffenen

Änderungen im gesellschaftlichen System im Sinne von Verbesserungen materieller und immaterieller Bedingungen herbeizuführen. Zum Thema Prävention wurden Gesundheitsprävention (z.B.: Vorsorgeuntersuchungen, Zahngesundheit etc.), soziale Prävention (Hilfe bei der Job- und Wohnungssuche, Mindestsicherung, Hilfe bei Verwahrlosung und Vermüllung etc.) sowie Gewalt- und Suchtprävention genannt. Hier wird versucht Bewusstseinsbildung und Aufklärung zu schaffen.

#### **4.4 Grenzen und Perspektiven des sozialarbeiterischen Handelns**

##### *Eigenthaler*

Grenzen des gesundheitsfördernden Handelns in der Sozialen Arbeit betreffen Grenzen, die die Befragten in ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit einschränken. Die Grenzen beziehen sich auf Zielgruppen, für die die Einrichtung nicht zuständig ist, und auf Tätigkeiten, die die Einrichtung (unter anderem aus gesetzlichen Gründen) nicht (mehr) übernimmt.

Grenzen können aber auch ganz allgemeine als fehlende Ressourcen der Sozialen Arbeit gesehen werden. Positiv formuliert sind Faktoren und Ressourcen, die die Soziale Arbeit generell noch unterstützen könnten, gleichzeitig Entwicklungschancen bzw. Perspektiven innerhalb der Sozialen Arbeit.

##### **4.4.1 Zielgruppenabhängige Grenzen**

Zielgruppenabhängige Grenzen sind z.B. Orte bzw. Regionen, die nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Einrichtungen fallen, Die StreetworkerInnen finden ihre KlientInnen oft nicht mehr, wenn diese ihre Treffpunkte wechseln: *„Es kann durchaus passieren, dass sich die Aufenthaltsorte von heute auf morgen einfach verändern, und das sagen sie uns nicht und sie sind dann einfach fort. Da muss man schauen, wie man sie dann wieder erwischt. Es ist schwierig, wenn eine Gruppe den Aufenthaltsort wechselt und die Beziehung reißt für ein paar Wochen oder paar Monate einfach ab, dass man bei manchen wieder relativ von vorne anfangen muss.“* (SA<sub>11</sub>)

Die Interviewten erwähnen fast alle, dass sie nur so weit zuständig sind und Hilfestellungen bieten können, wie die KlientInnen damit einverstanden sind bzw. kooperieren. Entziehen sich KlientInnen der Beratung bzw. Betreuung, endet die Arbeit und kann erst wieder beginnen, sobald der/die KlientIn sich wieder meldet. Unter der Voraussetzung der Freiwilligkeit der KlientInnen funktioniert die Soziale Arbeit besser und effektiver als in einem mehr oder weniger aufgezwungenen Rahmen, wie er z.B. in der Bewährungshilfe gegeben ist.

Mithilfe dieser klientInnenzentrierten Haltung können die Grundprinzipien sozialarbeiterischen Handelns, nämlich die Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Individualisierung der KlientInnen, in der Praxis umgesetzt werden (vgl. Arnold 2003:156). Wichtig dabei ist, dass SozialarbeiterInnen die KlientInnen respektieren, wertschätzen und ihnen sozialarbeiterische Ressourcen anbieten. Inwieweit die KlientInnen freiwillig die Angebote der SozialarbeiterInnen annehmen, liegt an ihnen selbst. Je höher der Grad der Freiwilligkeit ist, desto desto besser gestaltet sich die Lösungsfindung mit den KlientInnen. Die KlientInnen „zur Freiwilligkeit zu bringen“, ist immer eine Herausforderung für die SozialarbeiterInnen und verlangt ihnen ein hohes Maß an Geduld und Empathie ab.

Dabei ist nicht nur das Einfühlungsvermögen zu den KlientInnen wichtig, sondern auch die Sensibilität für das Setting und die aktuelle Situation der KlientInnen (vgl. Arnold 2003: 160).

Eine weitere Grenze kann das Alter der KlientInnen darstellen. In niederschweligen Einrichtungen ist oft wegen der Anonymität der KlientInnen unklar, ob diese überhaupt der Zielgruppe der Einrichtung angehören. Die SozialarbeiterInnen müssen sich bezüglich des Alters auf ihre Einschätzungen verlassen.

#### 4.4.2 Soziale Arbeit für spezielle Zielgruppen

Hilfe für „sozial schwache“ Menschen, z.B. Alleinstehende, Alleinerziehende, alte und kranke Menschen ist allen SozialarbeiterInnen sehr wichtig und betrifft geförderte Wohnungen, Kinderbetreuungsplätze etc.

Eine interviewte Person gibt an, dass Beratung für MigrantInnen in St. Pölten im Gesundheitsbereich völlig fehlt: *„Da müssen dann immer die Kinder mitgehen und Dolmetscher spielen, was ein Wahnsinn ist, das Kindern psychisch zuzumuten. Und vor allem weiß man ja nicht, wie das weitergetragen wird, also wie kommt das dann so an, dass es auch richtig transportiert wird.“* (SA<sub>6</sub>)

Eine befragte Person setzt sich stark für eine Grundversorgung für jedeN ÖsterreicherIn ein und ist gegen das derzeit herrschende „Bettler- und Schnorrersystem“, d.h. dass es für Kranke, die ein Leben lang in Versicherungen eingezahlt haben, selbstverständlich sein sollte, Pflegegeld oder eine vorzeitige Pension bewilligt zu bekommen.

EineR der Befragten nennt ein sehr plakatives Beispiel zur Veranschaulichung der Tatsache, dass die Finanzierung von „Kleinigkeiten“ weitreichende positive Folgen haben und einen sozialen Abstieg verhindern kann: *„Es gab Zeiten in meiner Tätigkeit, da haben alle Menschen schöne Zähne gehabt, weil das leicht zu bezahlen war und weil das die Sozialhilfe übernommen hat. ... und jetzt sehe ich viele Menschen ohne oder mit wenigen Zähnen, weil es einfach zu teuer ist.“* (SA<sub>3</sub>)

Mit gepflegten Zähnen hat man Vorteile in der Arbeitswelt, erhält bessere Jobs und beugt Jobverlust vor.

Ein Ansatz, der diesem Problem langfristig gegensteuern kann, ist die aktuelle Forderung von gratis Zahnsparungen für Kinder in Österreich. Diese soll ab Juli 2015 für alle Kinder und Jugendliche aus medizinischen Gründen bis zum 18. Geburtstag erhältlich sein. Laut dem österreichischen Gesundheitsministerium geht man davon aus, dass etwa 30 Prozent aller Kinder eine Zahnsparung benötigen.

Dazu sagt der österreichische Gesundheitsminister Alois Stöger: *"Mit der Gratis-Zahnspange bauen wir Barrieren ab. Ich habe immer gesagt, dass ich am Gebiss eines Kindes nicht das Einkommen seiner Eltern ablesen will. Alle Kinder und Jugendlichen, die eine Zahnspange aus medizinischen Gründen brauchen, werden sie nun auch bekommen!"* (bmg 2014).

Auch Springer-Kremser/ Springer (2013:124) greifen dieses Thema auf. Sie beklagen, dass sich viele alte Menschen keine guten künstlichen Hilfsmittel wie z.B. teure Brillen und Hörgeräte leisten können und ihre Lebensqualität dadurch stark beeinträchtigt wird. Eine optimale (und oft nicht finanzierbare) Anpassung an Krankheiten und Behinderungen begünstigt das Fortbestehen geistiger und seelischer Gesundheit.

#### 4.4.3 Aufgabenbezogene Grenzen

Eine in der Sozialen Arbeit selbstverständliche Vorgangsweise ist die Überschreitung aufgabenbezogener Grenzen, um die KlientInnen bestmöglich unterstützen zu können. Die SozialarbeiterInnen begleiten manche KlientInnen, die dies alleine nicht schaffen würden, zu Ämtern oder auf anderen Wegen, die ihnen schwer fallen, obwohl dies nicht ausdrücklich zu ihrem Aufgabenbereich zählt.

Es wurden auch Aufgaben und Problemstellungen erwähnt, für die die Einrichtungen nicht zuständig bzw. spezialisiert sind. Beispielsweise gibt es Einrichtungen, die Erstberatungen zu gewissen Themen anbieten, dann aber an spezialisierte Einrichtungen weiterverweisen, z.B. bei Sucht, Gewalt, rechtlichen Problemen oder Arbeitslosigkeit.

*„Und wenn wir merken, dass wir zu keinem Erfolg kommen – gut, das merkt man eh öfters –, wir sind da gut vernetzt mit anderen Einrichtungen, wo wir uns dann auch erlauben zu sagen, wir stehen da jetzt an, wir möchten den Jugendlichen gern weiter vermitteln, mit Einverständnis des Jugendlichen kann man einfach einen Teil der Arbeit weiterleiten an die Institutionen, die dafür spezialisiert sind.“* (SA<sub>5</sub>)

Eine Vernetzung der sozialen Einrichtungen in St. Pölten ist allen befragten SozialarbeiterInnen sehr wichtig. Somit ist gewährleistet, dass sie die KlientInnen letztendlich immer an eine zuständige Stelle verweisen können. Eine Einrichtung bietet gar keine Beratung für Betroffene an, bezeichnet sich aber als „Schnittstelle“ zu sämtlichen Spezial-Beratungsstellen und vermittelt an diese weiter.

#### 4.4.4 Fehlende Psychotherapieplätze

In Bezug auf medizinische und therapeutische Belange wie z.B. Diagnosestellungen oder Behandlungen verweisen die Einrichtungen an SpezialistInnen. Dabei fällt auf, dass etwa die Hälfte der befragten SozialarbeiterInnen erwähnt, dass es in NÖ zu wenige Psychotherapieplätze auf Krankenkassenkosten gibt. Nur noch Privilegierte können sich eine psychotherapeutische Behandlung leisten – wobei diese Zielgruppe im Allgemeinen nicht in die Klientel der sozialen Einrichtungen fällt. Gäbe es mehr bezahlte Therapieplätze, könnten eine Verschlimmerung der Situation und Folgeerkrankungen verhindert werden und das System käme insgesamt günstiger davon.

Das Problem der mangelhaften Versorgung mit Psychotherapie wird z.B. von Springer-Kremser/ Springer (2013:129) thematisiert. Psychotherapeutische Behandlung ist in Österreich fast nur via Vorfinanzierung seitens der PatientInnen möglich und wird nur teilweise von den Krankenkassen rückerstattet, was eine beträchtliche Zugangsbarriere für finanziell benachteiligte Personen darstellt. In institutionellem Rahmen wird kaum Psychotherapie angeboten. Hinzu kommt schlechte Erreichbarkeit der TherapeutInnen für die Bevölkerung im ländlichen Raum.

#### 4.4.5 Gesetzliche Grenzen

Ein nicht zu vernachlässigender Faktor, der die Soziale Arbeit oft an ihre Grenzen stoßen lässt, sind gesetzliche Rahmenbedingungen, die gewisse Dienstleistungen für bestimmte Zielgruppen unmöglich machen.

So werden z.B. Personen bzw. Volksgruppen genannt, denen aufgrund ihrer Herkunft aus politischen Gründen nicht geholfen werden kann. Aufgrund ihres sozialen und beruflichen Selbstverständnisses würden die SozialarbeiterInnen z.B. den Roma gerne helfen, können bzw. dürfen dies aufgrund der gesetzlichen Grundlage jedoch nicht.

Zwei Befragte erwähnen, dass sie mit ihrem Privatvermögen haften, wenn sie fahrlässig handeln, und deshalb nur vorsichtig subversiv vorgehen. Anstatt gesetzliche Graubereiche auszunutzen, wird beispielsweise versucht, mit den Behörden zu kooperieren.

Man kann dieses Problem aber auch als Herausforderung sehen, wie SA<sub>2</sub> beschreibt: *„Also ich denke mir, das was es für mich immer noch spannend macht, ein Stück weit die Lücken im System der Gesellschaft zu stopfen .... Manchmal auch Lücken zu suchen, um Dinge zu erreichen, die vielleicht jetzt im bürokratischen oder rechtlichen Kontext für Jugendliche nicht so klar sind und für Jugendliche da jetzt was rauszuholen. (...) Einerseits also AUFZUFANGEN, wo es nicht so funktioniert, und auf der anderen Seite aber auch, da denk ich jetzt sehr an die MigrantInnen, im Ausländerrecht ein Stück weit nach Lücken zu suchen.“*

#### 4.4.6 Finanzielle Mittel

Acht der befragten SozialarbeiterInnen fällt als fehlende Ressource zuerst „Geld“ ein. Es werden auch einige Punkte genannt, die in der Sozialarbeit (noch) fehlen bzw. ausbaufähig sind und deren Umsetzung vor allem an mangelnden finanziellen Mitteln scheitert. Somit sind die fehlenden Ressourcen vor allem an Geldmittel gebunden und es scheint, als ob sämtliche Einrichtungen in St. Pölten zu wenig Budget zur Verfügung haben.

Oder ist es eine „sozialarbeiterInnenspezifische Eigenheit“, sich über mangelnde finanzielle Mittel zu beklagen?

Nur eine interviewte Person springt nicht auf diesen Zug auf, indem sie darauf hinweist, dass wenig finanzielle Mittel durch geschicktes „Haushalten“ ausgeglichen werden können: *„...hätten wir mehr Projektbudget, dann könnten wir mehr Projekte mit den Jugendlichen machen, das ist natürlich wünschenswert, aber das was da ist, ist da, und damit muss man verwalten. Ich versuche da immer, nicht in die „Suderkultur“ hineinzurutschen.“* (SA<sub>5</sub>)

#### 4.4.7 Strukturelle und personelle Ressourcen

Einige Befragte sehen fehlende personelle Ressourcen und eingeschränkte Öffnungs- bzw. Einsatzzeiten als Hindernis: *„Wir erreichen auch sicher viele Menschen gar nicht. Aber mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten geht halt nicht und mehr darüber hinaus schafft man auch nicht. Deswegen kann man auf die Leute nicht aktiv zugehen, das ist dann die Arbeit von SozialarbeiterInnen, die dann wirklich den Kontakt mittels Streetwork herstellen.“* (SA<sub>6</sub>)

Die Befragten wünschen sich auch zusätzliche soziale Einrichtungen. Einige sind der Meinung, es gäbe zu wenige Beratungsstellen für Spezialthemen wie beispielsweise Essstörungen, Schulden und Alltagsmanagement.

Zwei der Interviewten betonen, dass sie in den letzten Jahren einen steigenden Bedarf, aber einen Rückgang der Versorgungsmöglichkeiten bemerken: *„Dass es mehr Sozialarbeiter geben müsste, um das zu packen, was immer mehr anfällt, und Rundum-Ressourcen, weil Institutionen wieder weniger werden, wieder weniger Geld haben. Also es wird immer weniger, es hat Zeiten gegeben, da war es ein Sozialarbeiter-Paradies, nur haben wir es damals nicht geschätzt. Da hatte ich Klienten, die habe ich zu fünf Stellen schicken können, wo man was kriegt, also da einen Zuschuss, dort eine Wohnung, da ein bisschen Geld und heute muss man froh sein, wenn sie monatlich etwas Geld zum Essen haben. Das war vor 20 Jahren ganz anders.“* (SA<sub>3</sub>)

#### 4.4.8 Kooperation zu anderen Berufsgruppen

Die Kooperation zu anderen Berufsgruppen im (halb)öffentlichen Raum wie Polizei, Rettung, Medien, Gastronomie und Handel ist Thema des Forschungsprojekts AGORA, deshalb verweisen die Autorinnen für Details bzw. eine weitere Diskussion dazu auf diese Studie.

Insgesamt werden gemeinsame Fortbildungen, Vernetzungstreffen, persönliche Kontakte und gemeinsame Auftritte bei Veranstaltungen von allen Befragten als durchaus positiv beschrieben und sollten im Sinne einer gegenseitigen Annäherung der Berufsfelder noch ausgeweitet werden.

Einerseits wünschen sich die SozialarbeiterInnen mehr Transparenz über die Zuständigkeiten und Arbeitsweisen der Polizei, andererseits entsteht der Eindruck, dass die Soziale Arbeit sich nicht allzu viel von Vernetzungstreffen erwartet, da die Polizei ohnehin „ihr eigenes Ding macht“ und die Soziale Arbeit sich als Berufsgruppe weiterhin nicht ernst genommen fühlen „will“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit als auch einige damit verbundene Vorteile und Chancen definiert wurden und noch viel Arbeit nötig sein dürfte, um die Zusammenarbeit zielführend zu gestalten.

#### 4.4.9 Gemeinwesenarbeit

Nicht zuletzt mangelt es laut einer/einem SozialarbeiterIn an Gemeinwesenarbeit: *„Gemeinwesenarbeit wäre in unseren Konzepten in den Mindeststandards verankert, aber ich wüsste nicht, welche Einrichtung in Niederösterreich tatsächlich Arbeitskräfte oder zumindest Arbeitszeit dafür speziell abstimmt, ich vermute gar keine.“* (SA<sub>11</sub>)

Dies ist nicht ganz richtig, denn unter den befragten St. Pöltner SozialarbeiterInnen finden sich einige Personen, die angeben, Gemeinwesenarbeit zu leisten.

Vermutlich liegt die unterschiedliche Sichtweise an einer Definitionsfrage des Begriffs „Gemeinwesenarbeit“. Es fällt auf, dass die SozialarbeiterInnen zwar Gemeinwesenarbeit leisten, sich dessen aber offenbar teilweise gar nicht bewusst sind, da die Begriffsdefinition ihnen Schwierigkeiten zu bereiten scheint. So beschreibt eine befragte Person zum Thema „Öffentlichkeitsarbeit“ Aufgaben, die eigentlich in den Bereich „Gemeinwesenarbeit“ fallen: *„Öffentlichkeitsarbeit ist für mich Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum. (...) Das heißt primäre Gesundheitsförderung oder Gesundheitsförderung im Allgemeinen, es gibt einen Auftrag an die Gemeinden, dass sie gesundheitsfördernd auf die Jugendlichen einwirken.“* (SA<sub>2</sub>)

Bezugnehmend auf das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen im Hinblick auf die Grenzen der sozialarbeiterischen Tätigkeit ist zu sagen, dass sich die Befragten der Grenzen ihrer Tätigkeit durchaus bewusst sind. Trotzdem zeigen sie in ihrer täglichen Arbeit hohe Empathie, Hilfsbereitschaft und viel Engagement. Das Fachwissen und die professionelle Vorgangsweise der Befragten werden in den berichteten Praxisbeispielen, die viel Know-how und auch Fingerspitzengefühl benötigen, deutlich.

Jedoch wissen alle SozialarbeiterInnen, wie weit sie die Klientinnen begleiten können und wo ihre Grenzen liegen. Da es eine gute Vernetzung innerhalb der Einrichtungen in St. Pölten gibt und viele SozialarbeiterInnen sich persönlich kennen, werden KlientInnen bei falscher Zuständigkeit rasch an die passende Stellen weiterverwiesen. Das Selbstverständnis in Bezug auf die Grenzen ihrer Tätigkeit hilft den SozialarbeiterInnen, ihren eigenen Tätigkeitsbereich zu definieren und adäquate Hilfestellung anzubieten. Dabei ist es wichtig, den KlientInnen nicht die gesamte Verantwortung abzunehmen, sondern sie zu befähigen, wieder eigene Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen. Hier ist auch Abgrenzung ein wichtiger Faktor, da manche KlientInnen Angebote nicht annehmen oder wahrnehmen und der/die SozialarbeiterIn auf diese Situationen eingestellt sein muss. Somit können SozialarbeiterInnen Hilfestellungen anbieten, jedoch müssen die KlientInnen sie freiwillig annehmen, nur dann kann eine Lösung gefunden werden.

Durch Beratungen, Vernetzungen, Projekte, Aktionen, Hausbesuche, etc. werden gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzt. Diese bedürfen wiederum eines hohen Engagements der SozialarbeiterInnen, da all diese Maßnahmen sehr zeitintensiv sind und gut durchdacht werden müssen.

Grenzen des gesundheitsfördernden Handelns in der Sozialen Arbeit beziehen sich auf Zielgruppen, für die die Einrichtung nicht zuständig ist, und auf Tätigkeiten, die die Einrichtung (unter anderem aus gesetzlichen Gründen) nicht (mehr) übernimmt. Positiv gesehen werden Grenzen als Entwicklungschancen bzw. Perspektiven innerhalb der Sozialen Arbeit gesehen. Die SozialarbeiterInnen können nur soweit Hilfestellungen anbieten, inwieweit die KlientInnen damit einverstanden sind bzw. kooperieren. Ebenfalls ist der Terminus der Freiwilligkeit der KlientInnen wichtig, denn je höher der Grad der Freiwilligkeit ist, desto einfacher wird eine Lösung gefunden. Mithilfe von Empathie und einem geeigneten Setting kann eine gelungene Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn entstehen. Als fehlende Ressourcen in St. Pölten wurden Beratungsstellen für MigrantInnen genannt. Ebenso sollte es eine Grundversorgung für alle ÖsterreicherInnen geben, die bereits bei Gesundheitsleistungen (wie zum Beispiel schöner Zähne) beginnt. Die Vernetzung zwischen den Einrichtungen in St. Pölten funktioniert gut und ist sehr wichtig, da somit KlientInnen immer an eine zuständige Stelle verwiesen werden können. Einen Mangel gibt es bei Psychotherapieplätzen auf Krankenschein in Niederösterreich, deshalb können sich nur noch Privilegierte eine Behandlung leisten, was den Eindruck einer Zweiklassengesellschaft erweckt. Auffällig war, dass alle Befragten Geld als fehlende Ressource nannten, denn oft scheitern Projekte an mangelnden finanziellen Mitteln. Als weitere fehlende Ressourcen wurden Personalmangel und zu wenig soziale Einrichtungen genannt.

## 4.5 Die Haltung der SozialarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen

Jäger

Im Hinblick auf die Forschungsfrage „Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum“ kristallisiert sich deutlich heraus, dass die befragten SozialarbeiterInnen verschiedene Ansichten in der Arbeit mit den KlientInnen haben, was vermutlich an den unterschiedlichen beruflichen Spezialisierungen und den unterschiedlichen KlientInnengruppen liegt. Nichtsdestotrotz haben bei allen Befragten Begriffe wie Wertschätzung, Vertrauen und Loyalität einen hohen Stellenwert.

Die Befragten nannten alle wichtigen gesundheitsfördernden Grundsätze der Haltung eines Sozialarbeiters/ einer Sozialarbeiterin gegenüber ihrer KlientInnen. Dies bedeutet, dass die SozialarbeiterInnen diese Grundsätze in ihr Selbstverständnis integriert haben und danach handeln.

### 4.5.1 Wertschätzung, Wertfreiheit und Respekt

Die SozialarbeiterInnen beschreiben ihren Umgang mit ihren KlientInnen als sehr wertschätzend und respektvoll. Die KlientInnen werden so akzeptiert, wie sie sind – auch wenn die SozialarbeiterInnen deren Handlungen und Einstellungen nicht immer gutheißen bzw. oft andere Sichtweisen und Ziele als sie haben: *„Egal welches Lebenskonzept derjenige hat und wie fremd mir das ist, habe ich kein Recht dazu zu sagen, dass der das nicht leben darf, wenn er das will.“* (SA<sub>2</sub>)

Dies ist eine Haltung, die die KlientInnen bei anderen Personen oft nicht erleben und die die KlientInnen anfangs sogar überrascht: *„Und da hat mir irgendwann einmal eine iranische Frau gesagt, wie wichtig es war für sie, dass eine Österreicherin dort gesessen ist, die ihnen mal ganz anders begegnet ist als das, was sie an Erfahrungen gemacht haben mit Österreichern. Und dass das eigentlich so ein Hoffnungsträger war in dem Moment, dass nicht alle*

*Österreicher so sind, wie sie es erlebt haben. Das ist so wenig und doch so viel.“ (SA<sub>2</sub>)*

Eng verbunden mit Wertschätzung ist der Begriff Wertfreiheit. Den KlientInnen wird Wertschätzung entgegengebracht und gleichzeitig werden ihre Handlungen, Lebensweisen und Einstellungen möglichst wertfrei betrachtet – was nicht bedeutet, dass der/die SozialarbeiterIn immer einverstanden ist.

In diesem Zusammenhang erscheint es oft gar nicht so wichtig, den KlientInnen sofort helfen zu können und Lösungen anzubieten, da dies die KlientInnen oft überfordert bzw. sie von anderen Personen ohnehin ständig hören, wie sie ihr Leben „besser“ oder „richtiger“ führen können. Viel zielführender ist es, vor allem anfangs, Verständnis für die Situation der KlientInnen zu zeigen und ihren Problemen mit Respekt zu begegnen.

SA<sub>2</sub> erzählt, wie beeindruckt ihre (jugendlichen) KlientInnen oft sind, wenn sie/er zugibt, dass sie/er auf Anhieb auch keine Lösung parat hat und mit der Situation genauso überfordert wäre wie ihrE KlientIn: *„Ist eine Aufwertung für den Klienten, wenn er weiß: „Bohhh, nicht einmal die weiß jetzt weiter“, und das ist oft dann wirklich extrem verbindend.“*

#### 4.5.2 Verschwiegenheit, Empathie und Vertrauen

Ein wichtiger Grundsatz in der Sozialarbeit ist Verschwiegenheit. Die KlientInnen können sich nur öffnen, Vertrauen zum/zur SozialarbeiterIn aufbauen und eine Beziehung herstellen, wenn sie wissen, dass alles, was sie erzählen, vertraulich behandelt wird. Das heißt, die SozialarbeiterInnen besprechen ihre Fälle zwar im Team, da ein Austausch wichtig ist, um den KlientInnen zu helfen, es gehen aber keine personenbezogenen Informationen nach außen. Dies wird auch gegenüber den KlientInnen transparent gemacht und stellt für die KlientInnen normalerweise kein Problem dar.

Außerdem ist es für SozialarbeiterInnen wichtig, empathisch zu sein und die KlientInnen und deren Probleme ernst zu nehmen und nicht sofort mit

Ratschlägen zu „überfahren“. Erst dann kann die eigentliche Arbeit mit den KlientInnen beginnen, in der es auch zu Veränderungen kommen kann: *„Weil sie sich dann wirklich gehalten und verstanden fühlen, und wenn ich permanent irgendwie sage: „Tu das“ oder mit Rat komme, wo aber noch gar kein Rat gefragt ist, sondern eigentlich nur Vertrauen das Thema ist, wie geht der mit mir und meiner Problematik um.“* (SA<sub>s</sub>)

#### 4.5.3 Wenig fordern, kein Druck

Auch dass KlientInnen sich nicht sofort verändern wollen oder können, muss einE SozialarbeiterIn akzeptieren. Wird das Tempo der KlientInnen, Ziele umzusetzen, nicht geduldig eingehalten, sind die KlientInnen überfordert und gehen in den Widerstand. Die Beziehung zum/zur SozialarbeiterIn leidet, da die KlientInnen an ihre Grenzen stoßen und das Gefühl haben, den/die SozialarbeiterIn zu enttäuschen.

Das bedeutet auch, die KlientInnen nicht mit Forderungen zu überhäufen, sondern abzuwarten, bis diese selbst für eine Veränderung bereit sind: *„... denn wenn er dann unzufrieden wird, entsteht ja selber der Wunsch. Und ohne den Wunsch beißen sich wieder alle anderen die Zähne aus. (...) Der sagt dann auch selber, tut´s mich nicht ansozialarbeitern.“* (SA<sub>1</sub>).

Zu dieser Haltung gehört also auch, keine oder wenig Forderungen zu stellen. Die KlientInnen schätzen, dass jemand für sie da ist, der die Beziehung zu ihnen nicht von der Einhaltung von Forderungen abhängig macht, sondern bedingungslos für sie da ist und den Kontakt nicht sofort abbricht, sobald sich die KlientInnen nicht an Abmachungen halten: *„Das ist mir im Laufe der Jahre sehr bewusst geworden, dass einfach nur als Person da zu sein, ohne irgendwas zu wollen, irrsinnig viel für einen Klienten sein kann.“* (SA<sub>3</sub>)

#### 4.5.4 Eigenverantwortung, Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe

Zu einem respektvollen Umgang mit den KlientInnen gehört auch, den KlientInnen die Verantwortung für ihr Leben nicht abzunehmen. Die KlientInnen

werden von den SozialarbeiterInnen dabei unterstützt, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu handeln, also Dinge wie Behördenwege möglichst selbst zu erledigen.

Um zu erkennen, in welchen Situationen und in welchem Ausmaß die KlientInnen Hilfe eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin benötigen, müssen die SozialarbeiterInnen die Fähigkeiten ihrer KlientInnen realistisch einschätzen können. *„Aber es gibt auch Leute, denen man das schon selber zumuten kann. (...) Aber das sind erwachsene Leute, es sind keine Leute, die einen Vormund haben, und keine Leute, wo ich das machen müsste.“* (SA<sub>1</sub>)

Sich eigenverantwortlich um die Bewältigung des Alltags zu kümmern, gibt den KlientInnen Selbstvertrauen, stärkt ihren Selbstwert und lässt sie handlungsfähig bleiben. SA<sub>4</sub> beschreibt diesen Ansatz sogar noch etwas „tiefergehender“, indem er/sie den KlientInnen nicht nur die Verantwortung für ihr Tun überlässt, sondern auch für ihre Gedanken. Die befragte Person versucht, die oftmals gestörten Attributionen der KlientInnen aufzugreifen und in eine Richtung zu lenken, in der sie nicht mehr nach externen Ursachen für ihre Probleme suchen, sondern merken, dass sie selbst einen Einfluss auf den Verlauf ihres Lebens haben. Dieser Ansatz leitet sich von der Theorie der Attributionsprozesse, die die Auswirkungen kausaler Ursachenzuschreibungen für Ereignisse erklärt (vgl. Zimbardo 2008: 444ff).

Stärkung der Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe sind Strategien aus dem Empowerment-Ansatz der Sozialen Arbeit. „Empowern“ („selbst befähigen/bemächtigen“) bedeutet, Menschen dabei zu unterstützen, auf der Basis vorhandener Stärken und Ressourcen ein selbstbestimmteres Leben zu führen (vgl. Krisch/ Stoik 2011:33).

Weiters sollen Menschen durch Empowerment dazu befähigt werden, für ihre Gesundheit Verantwortung zu tragen und aktiv zu handeln, wie zum Beispiel Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Bereits in der Ottawa Charta wird versucht, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und

Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ (WHO 1986:2)

Grundsätzlich wird zwischen individuellem und gemeinschaftsbezogenem Empowerment unterschieden.

- *Individuelles Empowerment* bezieht sich auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das persönliche Leben zu haben (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2005).
- *Gemeinschaftsbezogenes Empowerment* bezieht Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, damit sie mehr Einfluss und Kontrolle über jene gesellschaftlichen Bedingungen erzielen, die ihre Gesundheit in den verschiedenen Gesellschaftsbereichen (wie zum Beispiel Arbeit, Freizeit, Konsum) beeinflussen.

Die Schwierigkeit in der professionellen Arbeit liegt darin, dass Empowerment-Prozesse zwar eingeführt werden, im Alltag jedoch meistens ohne berufliche HelferInnen stattfinden (vgl. Stark 2002:70). Die Aufgabe des Empowerment liegt nicht in der Beratung, Therapie oder Anleitung von Gruppen, sondern bietet Möglichkeiten, Situationen zu gestalten und offene Prozesse einzuleiten.

Im Großen und Ganzen versucht Gesundheitsförderung einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu vermitteln. Ein zentraler Ansatz der Gesundheitsförderung ist es, die Menschen so weit zu bringen, die eigenen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig auszudrücken und diese umzusetzen. Da hierfür oftmals die Ressourcen fehlen, spielt das Empowerment im Rahmen gesundheitsfördernder Interventionen eine wichtige Rolle.

In der vorliegenden Studie scheint vor allem die Zielgruppe einen wichtigen Einfluss auf die Haltung der SozialarbeiterInnen zum Empowerment-Ansatz zu haben. Der wesentliche Faktor dabei scheint die Fähigkeit der KlientInnen zu sein, wenigstens ein Mindestmaß an Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit zu besitzen, ohne das Empowerment nicht möglich ist.

Dies dürfte der Grund dafür sein, dass einE MitarbeiterIn einer Einrichtung, die vor allem langjährige Alkoholranke betreut, bei denen diese Fähigkeiten nicht gegeben sind, eher desillusioniert wirkt und keine Versuche macht, seine/ ihre KlientInnen zu empowern. *„Ich erwarte nicht, dass diese Hilfe eine Änderung der konkreten Situation ist. Offiziell heißt die Hilfe einfach nur Schlafengehen und da kannst du essen gehen. Also niederschwelligste Hotellerie.“* (SA<sub>1</sub>)

Die SozialarbeiterInnen, deren Zielgruppen eher zu selbstbestimmtem Handeln fähig sind, fallen hingegen dadurch auf, das Empowerment-Konzept besonders engagiert umzusetzen.

#### 4.5.5 Ressourcenorientierung und Lebensweltorientierung

Die SozialarbeiterInnen beschreiben alle einen ressourcenorientierten Ansatz. Dabei achten sie in erster Linie nicht auf die Defizite der KlientInnen, sondern suchen nach günstigen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen und versuchen, an diesen anzuknüpfen und sie auszubauen.

Eine Voraussetzung für ressourcenorientiertes Handeln ist die Akzeptanz unterschiedlicher Lebensführungskonzepte und Potenziale von Menschen (Krisch/ Stoik 2011:31f). Im Sinne eines lebensweltlichen Zugangs der Sozialen Arbeit definieren die KlientInnen ihre persönlichen Ressourcen selbst. Soziale Arbeit geht darüber noch hinaus, indem Ressourcen größerer Systeme wie Familien, Stadtteile etc. auf regionaler und bundesweiter Ebene erschlossen werden.

Im lebensweltorientierten Ansatz Sozialer Arbeit werden einerseits die unterschiedlichen Lebensführungsstile der Menschen akzeptiert und respektiert, andererseits aber auch kritisch hinterfragt, um die Menschen bei der Erweiterung und Verbesserung hinsichtlich ihrer individuellen Lebensbewältigung unterstützen zu können (Krisch/ Stoik 2011:52f). Lebensweltorientierung ist somit ein wichtiger Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit in der offenen Kinder- und Jugendarbeit, der Gemeinwesenarbeit und der aufsuchenden Sozialen Arbeit und es ist wesentlich, dass die Angebote der

Sozialen Arbeit auf die jeweilige Lebens- und Alltagswelt der Zielgruppe abgestimmt werden.

Im lebensweltlichen Zugang wird vor allem die individuelle Befähigung zur Alltagsbewältigung behandelt, während der emanzipatorische Ansatz die Verbesserung der politischen Handlungsmöglichkeiten und das Partizipationsvermögen der Menschen thematisiert (vgl. Krisch/ Stoik 2011:33f). Soziale Arbeit unterstützt Menschen dabei, wieder Kraft für die Gestaltung des sozialen oder öffentlichen Raumes zu erhalten.

SA<sub>4</sub> betont: *„Ich glaube, es ist einmal ganz wichtig, dass man schaut, aus welcher Lebenswelt kommen die Menschen, also aus welchem sozialen Umfeld. Dass das dann auch stimmig ist, dass ich nicht Angebote setze für Menschen, denen das Angebot fremd ist. Das erlebe ich oft in Firmen, wo Betriebsärzte, Betriebspsychologen usw. tolle Konzepte ausarbeiten, wirklich toll, nur übersehen sie dann, dass der Nebenerwerbslandwirt, der am Fließband steht, im Sommer um 14 Uhr nach Schichtende nicht Pilates machen will im klimatisierten Raum, weil der hat eine Landwirtschaft und so wie das heute [Anm.: 35 Grad, Sonnenschein in St. Pölten] ist, will er sich in seinen Traktor setzen und weiß ganz genau, dass noch zwei Hektar gemäht werden sollen.“*

Ebenso spielt bei der Lebensweltorientierung die Gesundheit eine wichtige Rolle. Wie schon bei der Begriffsdefinition genauer erläutert, soll Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist es, einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu erlangen (vgl. WHO:1).

Wird Gesundheit als ein instabiler Prozess gesehen, der sich an bestimmten Lebensphasen orientiert, ist diese Zielsetzung fragwürdig. Betrachtet man Gesundheitsförderung jedoch als ganzheitliches System, dient sie einem präventiven Selbstverständnis, welches die Gesellschaft zu einem bewussteren Lebensstil anregt (vgl. Fellöcker/ Franke 2011:3).

#### 4.5.6 Solidarisierung, Hilfsbereitschaft und Abgrenzung

Den KlientInnen die Eigenverantwortung nicht abzunehmen bedingt oft auch das Ziehen von Grenzen. Beispielsweise wird den KlientInnen nur in Notfällen erlaubt, das Handy des/der SozialarbeiterIn zu benutzen.

Sich von den KlientInnen und der Arbeit abzugrenzen, ist eine wichtige Handlungsweise in der Sozialen Arbeit. *„Also ich finde, wenn man so einen Beruf ausübt, ist eigentlich die Abgrenzung zwischen Klient und Sozialarbeiter sehr wichtig. Und auch Sozialarbeit mit der Sozialarbeit selbst. (...) dass man sagt, die Sozialarbeit ist mein Beruf und es gibt noch ein Privatleben nebenbei auch.“* (SA<sub>5</sub>)

Dazu gehört auch, nicht völlig mit den KlientInnen zu verschmelzen und z.B. privat nicht die Orte aufzusuchen, an denen sich die KlientInnen aufhalten oder sich mit ihnen zu solidarisieren: *„Dann kannst als Sozialarbeitender nicht den Ehrgeiz haben so auf die Tour, dass du dort dazugehörst oder was. Im Gegenteil, ich wär völlig falsch. Würde meine Schiedsrichterrolle verlieren und so weiter.“* (SA<sub>1</sub>)

Interessant ist, dass einE SozialarbeiterIn extra betont, dass er/sie auch in der Freizeit immer SozialarbeiterIn bleibt und Zivilcourage zeigt – eine Haltung, von der man annimmt, dass sie für alle Menschen und nicht nur für SozialarbeiterInnen selbstverständlich sein sollte, offenbar aber nicht ist: *„Also es muss eine Selbstverständlichkeit sein, wenn jemand auf der Straße liegt, hinzugehen und zu fragen, wieso der da liegt und den eventuell wieder aufzuheben. Und es muss egal sein, ob es in der Dienstzeit oder privat ist.“* (SA<sub>3</sub>)

Abgrenzung bedeutet auch, manche KlientInnen, mit denen einE SozialarbeiterIn nicht arbeiten kann oder will, an KollegInnen abzugeben. Gründe dafür können beispielsweise Vorurteile oder eine persönliche Abneigung gegenüber KlientInnen sein, die die Arbeit behindern würden.

EinE guteR SozialarbeiterIn ist also auch imstande zu erkennen und zuzugeben, dass andere Personen besser geeignet sind, seinen/ihren KlientInnen zu helfen, und sieht dies nicht als persönliches Scheitern, sondern im Sinne professionellen Handelns.

Schließlich wird die Abgrenzung von der sozialarbeiterischen Tätigkeit auch noch hinsichtlich Vernetzung nach außen beschrieben: *„Wichtig ist, dass sich SozialarbeiterInnen auch mit anderen Menschen außerhalb ihrer Klientel beschäftigen, mit anderen Teilen der Gesellschaften, und nicht zu sehr solidarisieren. Solidarität ist schon wichtig und ich halte mich auch für eine Lobbyarbeiterin der Jugend oder welche Klientel ich auch tätig bin, aber das wird nur gelingen, ... wenn ich mich da nicht nur solidarisiere mit meiner Klientel. (...) Also nicht nur, mit wem vernetze ich mich jetzt innerhalb, wo eh klar ist, dass sie Verständnis für meine Klientel haben, sondern mir auch noch von außen immer wieder Leute hole und mich mit denen beschäftige.“* (SA<sub>2</sub>)

#### 4.5.7 Konfliktfähigkeit

Ein wesentlicher Ansatz professionellen Handelns, der von den befragten SozialarbeiterInnen nicht dezidiert genannt wurde, ist Konfliktfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur Konfliktbearbeitung. Dabei geht es nicht nur darum, direkt am Konflikt beteiligte Parteien bei der Lösung bzw. Bearbeitung zu unterstützen, sondern auch um eine Aushandlung von Konflikten im gesellschaftspolitischen Gesamtsystem (Krisch/ Stoik 2011:39f).

Im Rahmen des Konfliktmanagements werden Methoden wie Beratung bzw. Coaching, Methoden der Gemeinwesenarbeit (z.B. Vernetzungsplattformen) und Mediation eingesetzt.

Die genannten Strategien wenden die SozialarbeiterInnen in ihrer täglichen Arbeit durchaus an. Dass die SozialarbeiterInnen ihre Konfliktfähigkeit nicht extra herausstreichen, kann bedeuten, dass die Fähigkeit zum Konfliktmanagement derart selbstverständlich ist, dass sie gar nicht mehr erwähnt wird.

In Bezug auf das Selbstverständnis der befragten SozialarbeiterInnen, genauer genommen wie sie sich selbst in ihrer Tätigkeit als professionelleR SozialarbeiterIn in der Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum sehen und welche Erwartungen sie an diesen Beruf haben, zeigt sich, dass sie immer versuchen, die Potenziale und Ressourcen der KlientInnen zu stärken. Hier greift eindeutig der Empowermentansatz, da die SozialarbeiterInnen versuchen, die Menschen, mit denen sie arbeiten, in ihrer autonomen Lebensgestaltung zu unterstützen und sie zur Weiterentwicklung motivieren.

Als professionelle SozialarbeiterInnen arbeiten sie vernetzend und unterstützen die KlientInnen durch eine wertschätzende Zusammenarbeit.

Sämtliche professionellen Aspekte der Haltung gegenüber den KlientInnen haben eine gesundheitsfördernde Wirkung, da die SozialarbeiterInnen durch ihre unterstützende Tätigkeit das soziale und geistige Wohlbefinden der KlientInnen fördern.

Gegenüber den KlientInnen herrscht bei den befragten SozialarbeiterInnen ein wertschätzender und respektvoller Umgang. An oberster Stelle steht Authentizität, denn auch wenn die SozialarbeiterInnen andere Sichtweisen und Ziele als ihre Klientinnen haben, werden sie so akzeptiert wie sie sind. Ebenso werden Handlungen, Lebensweisen und Einstellungen der KlientInnen möglichst wertfrei betrachtet. Dies dient dem Verständnis für die Situation und ist für die Beziehung zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen wichtig. Um Vertrauen aufzubauen, ist Verschwiegenheit ein wichtiger Grundsatz in der Sozialarbeit, denn nur auf der Grundlage einer vertrauensvollen Basis schafft es der/die KlientIn, sich zu öffnen. Somit können seine/ihre Anliegen vertraulich behandelt werden. Eine gute Beziehung zum/zur SozialarbeiterIn kann nur funktionieren, wenn wenig bis kein Druck und/oder Forderungen ausgeübt werden und die KlientInnen das Tempo selbst bestimmen, in dem sie ihre Ziele erreichen wollen/können. Um zu erkennen, in welchen Situationen und in welchem Ausmaß die KlientInnen Hilfe eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin benötigen, müssen die SozialarbeiterInnen die Fähigkeiten ihrer KlientInnen realistisch einschätzen können. Durch den Empowerment-Ansatz der Sozialen Arbeit werden Menschen dazu befähigt, für ihre Gesundheit Verantwortung zu tragen und aktiv zu handeln, indem sie Entscheidungen treffen. Die Aufgabe des Empowerment ist es, Möglichkeiten zu erschaffen, um Situationen zu gestalten und offene Prozesse einzuleiten. Gesundheitsförderung hilft dabei den Menschen, die eigenen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig auszudrücken und umzusetzen. Beim ressourcenorientierten Handeln definieren die KlientInnen selbst, was ihre persönlichen Ressourcen sind. Der

lebensweltorientierte Ansatz der Sozialen Arbeit akzeptiert einerseits die Handlungen der KlientInnen, andererseits werden diese aber auch kritisch hinterfragt, um die Menschen zum Reflektieren anzuregen, damit es zu einer Verbesserung hinsichtlich ihrer individuellen Lebensbewältigung kommen kann. Für SozialarbeiterInnen ist Abgrenzung ein wichtiges Thema. Hier werden Grenzen gezogen, indem man Berufliches und Privates trennt. Abgrenzung bedeutet auch, KlientInnen an KollegInnen abzugeben, bei denen sie vielleicht besser beraten sind. Konfliktmanagement ist ein wesentlicher Ansatz professionellen Handelns und findet in Form von Beratung, Coaching, Methoden der Gemeinwesenarbeit und Mediation statt.

#### **4.6 Das berufliche Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen**

##### *Jäger*

Unter dieser Kategorie wurden die Aussagen der befragten SozialarbeiterInnen zusammengefasst, die ihre Rollenbeschreibung bzw. Selbstdefinition in der Sozialen Arbeit betreffen und die aus der Sicht der SozialarbeiterInnen wichtigsten Anforderungen an den Job beschreiben. Die Aussagen dazu überschneiden sich zum Teil mit der Kategorie „Haltung der SozialarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen“, da die Befragten unter anderem auch ihre Einstellung zu den KlientInnen beschreiben.

Die Hälfte der Interviewten nennt Aus- und Weiterbildung sowie Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit als wichtiges Kriterium für gut funktionierende Soziale Arbeit. Die SozialarbeiterInnen sehen Vorteile in der Umstellung der Ausbildung von der Sozialakademie auf eine universitäre Ausbildung auf einer Fachhochschule, da sie sich somit auf ein verbessertes Fachverständnis und einen professionelleren, wissenschaftlicheren Hintergrund beziehen können. *„Gute Ausbildung ist immer ein Thema. Die unterliegt ohnehin einem ständigen Wandel und einer ständigen Weiterentwicklung. ... Professionalisierung ist etwas ganz etwas Essenzielles.“* (SA<sub>8</sub>)

Hier zeigt sich der Kampf der Sozialen Arbeit um Anerkennung als Profession, der im nächsten Kapitel ausführlich diskutiert wird.

Als wichtige Anforderungen an den Job werden einerseits eine gute Grundausbildung, andererseits auch ständige Weiterbildungsbereitschaft definiert.

Für die tägliche Arbeit ist es wesentlich, nicht nur theoretisch gut ausgebildet zu sein, sondern das Wissen auch praktisch anwenden zu können und spontan auf Problemstellungen zu reagieren. *„Das ist bei uns in der Arbeit ein großer Vorteil gegenüber anderen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit, dass wir mit KlientInnen nicht im Nachhinein Sachverhalte bearbeiten, sondern mit ihnen arbeiten, während die Sachen geschehen...“* (SA<sub>11</sub>)

Um ständig „up to date“ zu bleiben und um sich Tipps für die Praxis zu holen, ist den Befragten ein regelmäßiger Austausch mit anderen Institutionen sehr wichtig. Dieser findet z.B. im Rahmen von Vernetzungstreffen und Weiterbildungen statt.

Als Eigenschaften, die einE guteR SozialarbeiterIn mitbringen sollte, wurden die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten, Kommunikationsfähigkeit und Kontaktfreude sowie die Eigenschaft, sich schnell auf unterschiedliche Problemstellungen einzustellen, genannt. *„Das ist kein SachbearbeiterInnen-Job, da muss man wirklich auf die Leute zugehen, Kontakte knüpfen und vermitteln. Ich glaube, in unserem Bereich ist eine Funktion die Vermittlungsrolle, dass man das Bindeglied ist zwischen den BürgerInnen und der Politik.“* (SA<sub>6</sub>)

Als weitere berufsrelevante Eigenschaften wurden Engagement, eine positive Einstellung und Idealismus genannt. *„Also ich bin eigentlich eine von vielen, die noch idealistisch genug ist, dass sie die Arbeit macht, weil im Endeffekt muss man in der Sozialarbeit wirklich ein Idealist sein und einfach auch bis zu einem gewissen Grad das Herzblut reinstecken. (...) Es geht einfach darum, die Welt ein bisschen besser zu machen, es ist dieses typische Weltverbessern, weil man freut sich dann über kleine Erfolge, und ich sehe mich da drinnen mehr oder weniger als Werkzeug, aber ich bin trotzdem mit Herz und Seele dabei.“* (SA<sub>7</sub>)

Die Befragten betonen, dass es wichtig ist, neutral zu bleiben, sich selbst zurückzunehmen und nicht nach eigenen Grundsätzen vorzugehen, sondern die Ziele der KlientInnen herauszuarbeiten. Die Strategie lautet, den KlientInnen keinen Druck zu machen und wenig zu fordern.

Aus diesem Ansatz lässt sich ableiten, dass einE SozialarbeiterIn oft eine gewisse Frustrationstoleranz braucht, vor allem im niederschweligen Bereich, in dem man von den KlientInnen keine positiven Veränderungen erwarten darf: *„...dass du einfach nur austeilen musst, ohne dass du es dir wünschst, dass sich die Leute verändern. .... In der Praxis heißt es für mich umformuliert, ohne dass man unzufrieden wird, wenn sich nichts ändert.“* (SA<sub>1</sub>) Dazu gehört auch, zu akzeptieren, dass trotz persönlichen Engagements keine Resonanz kommt: *„...weil jetzt angenommen, man organisiert ein Projekt mit Jugendlichen gemeinsam, und dann kommt keiner, ... sowas muss man auch hinnehmen.“* (SA<sub>5</sub>)

Interessant ist auch, mit welchen Metaphern einige Befragten sich selbst in ihrer Rolle als SozialarbeiterInnen oder ihre Einrichtung beschreiben. Eine interviewte Person bezeichnet die Einrichtung, in der sie tätig ist, als „Abfallkübel der Stadt“, eine weitere Person gibt dazu passend die interne Definition der Sozialarbeit innerhalb ihrer Einrichtung: *„Wir sind zuständig für alles, wofür die anderen nicht mehr zuständig sind.“* (SA<sub>3</sub>) Eine befragte Person vergleicht sich mit einem Hausmeister: *„Ich stell mich einfach als Hausmeister bei ihnen vor. Und das hat im österreichischen Publikum so einen gewissen Klang, also im Sinne von: Der stellt die Regeln fest und wenn du dich ein bissl bemühst um ihn, dann ist er ganz gemütlich, aber wenn nicht, dann wird er „deppad“. Da würde ich nicht sagen, ich bin Sozialarbeiter, weil sonst macht er mich zuständig für seine Probleme und die sind in der Regel handverlesen und unlösbar.“* (SA<sub>1</sub>)

Insgesamt nehmen die SozialarbeiterInnen ihre Rolle als gesundheitsfördernde Profession sehr ernst und handeln klientInnenzentriert, theoriegeleitet und situationsbezogen, betreiben also professionelle Gesundheitsförderung im (halb) öffentlichen Raum.

Generell zeigt sich, dass Aus- und Weiterbildung sowie Spezialisierung wichtige Grundlagen für gut funktionierende Soziale Arbeit sind. Durch die universitäre Ausbildung auf einer Fachhochschule wird durch theoretische Ausbildung und Praxisbezug ein besseres Fachverständnis vermittelt. Ebenso sind Weiter- und Fortbildungen wünschenswert, um dem ständigen Fortschritt der Wissenschaft nachzukommen. Im Berufsleben ist es wichtig, das gelernte theoretische Wissen auch praktisch anwenden zu können. Weitere Eigenschaften, die einE guteR SozialarbeiterIn mitbringen sollen, sind eine selbstständige Arbeitsweise, Kommunikationsfähigkeit, Kontaktfreude, Engagement sowie Idealismus.

#### **4.7 Image der Profession der Sozialen Arbeit**

##### *Jäger*

Es ist umstritten, ob Soziale Arbeit als eine Profession gilt oder eine personenbezogene Dienstleistung darstellt. Ob Soziale Arbeit als Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession gesehen wird, hat laut Staub-Bernasconi (2007a:21) einen Einfluss auf das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen.

Die Professionalisierungsdiskussion entstand daraus, dass Fragen der Professionalisierungsbedürftigkeit bestimmter Tätigkeiten im Sozialbereich empirisch überprüft werden (vgl. Dewe 2009:54). SozialarbeiterInnen, die bereits über zwanzig Jahre in diesem Bereich tätig sind, fühlen sich trotz der vielen Praxis, die sie im Laufe der Jahre bekommen haben, von jungen AbsolventInnen überrumpelt.

Die bisherige Forschung zeigt, dass für professionelles Handeln wissenschaftliche Kompetenz sowie praktische Erfahrungen wichtig sind. Durch die universitäre Ausbildung sind neue Tätigkeitsfelder in der Sozialen Arbeit entstanden, die vernetzend arbeiten und unterschiedliche Angebote für KlientInnen ermöglichen. Durch den erworbenen Wissenstand ist Soziale Arbeit eine Profession, die auf ständiger Fort- und Weiterbildung basiert, um auf den neuesten Wissensstand zu gelangen.

Die Diskussion äußert sich auch im Kampf der Sozialen Arbeit um universitären Charakter. Durch das Studium der Sozialen Arbeit wird auf universitärem

Niveau praktisches Wissen theoretisch beleuchtet und durch selbstständige Forschungsarbeit das theoretisch gelernte Wissen angewendet. Dadurch, dass es heutzutage viele junge AbsolventInnen von Fachhochschulen gibt, ist Soziale Arbeit eine Profession, wovon die Praxis profitiert.

Der Studiengangsleiter für Soziale Arbeit Peter Pantucek (2006) meint, dass die neuen Inhalte, Kompetenzen und das didaktische Konzept des Studiums dem Selbstverständnis der Profession große Vorteile bringen. „Soziale Arbeit ist eine Wachstumsbranche, ihre Leistungen für die Gesellschaft sind hoch einzuschätzen. Der Bedarf an ExpertInnen mit vertiefter Qualifikation wird in den nächsten Jahren noch weiter wachsen.“ (fhstp 2014)

Somit bezeichnen die Forscherinnen die Soziale Arbeit als Profession, da die AkteurInnen auf eine professionelle Ausbildung zurückgreifen können und professionelle Handlungen setzen. Diese Definition schließt auch Dienstleistungen nicht aus, da auch diese professionell durchgeführt werden.

Unter „Image“ verstehen die Autorinnen das vermeintliche Bild, das andere Menschen aus der Sicht der SozialarbeiterInnen von den in der Sozialarbeit tätigen Personen in Zusammenhang mit ihrem Beruf haben. Auch (vermeintliche) Erwartungen, die andere Menschen bzw. Berufsgruppen von SozialarbeiterInnen haben, zählen zum Image.

Die meisten Interviewten scheinen mit ihrem Image als SozialarbeiterInnen zu kämpfen. Die SozialarbeiterInnen fühlen sich teilweise von anderen Berufsgruppen und der Bevölkerung nicht genügend wertgeschätzt, wahrgenommen, akzeptiert und respektiert, wobei sie den Grund dafür zum Teil in ihrer Klientel sehen. *„Ich denke, das Problem ist, dass gerade wir, die auch mit Randgruppen arbeiten, wurscht ob im Jugend- oder Erwachsenenbereich, sehr schnell durch die Fremdheit der Randgruppen – und wir „können“ mit denen! [umgehen] – dass wir sehr schnell in einen Topf geworfen werden.“* (SA<sub>2</sub>)

Die Sozialarbeit sollte weiterhin an ihrem Image arbeiten, da noch viele Vorurteile gegenüber der Berufsgruppe bestehen und die SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer Kontakte zu „schwierigen“ Personen von der Bevölkerung oft genauso negativ wie diese wahrgenommen werden: *„...also wo sofort dieses Problembefahrene gemeint wird, wenn man von Sozialarbeit hört und wo es auch oft darum geht, dass man mit dieser Gruppe nur nichts zu tun haben möchte, weil das würde ja heißen, dass man selbst mit irgendwelchen Problemen zu kämpfen hat und das wollen wir ja alle nicht.“* (SA<sub>8</sub>)

Die „Urgesteine“ unter den SozialarbeiterInnen, die bereits seit Jahrzehnten in ihrem Beruf tätig sind, bemerken allerdings bereits eine Aufwertung ihres Berufsstandes: *„Und überhaupt die Sozialarbeit generell hat von einer Gegengesellschaft, die sie eh nie sein wollte, aber wo die einzelnen Mitspieler verortet waren, hineingefunden ... in eine Stütze der Gesellschaft. Also früher [hat man] als Sozialarbeiter den Ruf gehabt, dass man da halt die Verbrecher unterstützt und mit ihnen unter einer Decke stecken könnte. [...] Und das hat sich professionalisiert, das Feld, zum Glück ist es auch breiter geworden. [...] Und das war also doch Pionierarbeit, jetzt ist das im Grund ein anerkanntes Feld.“* (SA<sub>1</sub>)

Ein interessanter Aspekt ist, dass die SozialarbeiterInnen, wenn sie im öffentlichen Raum tätig sind, oft von ihren potentiellen KlientInnen gar nicht als solche erkannt werden, da die meisten Einrichtungen keinerlei Berufskleidung, Logo oder sonstige Kennzeichnung verwenden: *„Und das war auch das, wo Jugendliche dann gesagt haben, okay, wir wissen nicht, wer die sind, und zum Teil geglaubt haben, wir sind Zivilpolizei oder irgendwelche Securities oder von irgendwelchen Banken oder sonst irgendwas. Gibt ja so Infostände auch immer wieder auf gewissen Veranstaltungen.“* (SA<sub>10</sub>)

Die sozialen Einrichtungen in St. Pölten reagieren allmählich auf dieses Problem: *„Mittlerweile sind wir schon sichtbar mit unserem Logo, früher war das bedingt der Fall, drum hat es noch nicht gewisse Ausstattung gegeben wie Transparente oder sonst irgendwas, was man aufhängen hat können. Mittlerweile haben wir das schon verbessert.“* (SA<sub>10</sub>)

Das Image der SozialarbeiterInnen prägt die Erwartungshaltung, mit der die Bevölkerung und andere Berufsgruppen an die SozialarbeiterInnen herantreten: *„Über die Jahre ist mir das schon öfter begegnet, die Erwartungshaltungen, dass man StreetworkerInnen in schwierige Settings mit Jugendlichen schicken kann und die sind dann dort als Magier und sollen das auflösen und die Leute gehen im besten Einvernehmen auseinander [...]. Und da geht's wieder genau darum, dass man erklärt, wie komplex Beziehungsarbeit ist, dass wir tatsächlich mit Gruppen und Individuen arbeiten wollen, aber nicht in dem Sinne, dass wir den öffentlichen Raum beruhigen oder dazu beitragen, dass Jugendliche aus dem öffentlichen Raum vertrieben werden.“* (SA<sub>11</sub>)

Vor allem von der Polizei fühlen sich die SozialarbeiterInnen nicht immer ernst genommen und akzeptiert, obwohl sie sich durchaus wahrgenommen fühlen: *„Ja, also ich denke schon, dass die Polizei sieht, dass wir Jugendarbeit machen. Aber ich glaube nicht, dass die Polizei versteht, warum wir manche Dinge so machen.“* (SA<sub>5</sub>)

Die Kooperation zwischen Polizei und Sozialarbeit könnte mittels intensiverer bzw. gezielter Kooperation zwischen den Berufsgruppen verbessert werden. Die SozialarbeiterInnen wünschen sich fast alle mehr gegenseitigen Austausch und vor allem mehr Transparenz hinsichtlich der Aufgaben und Zuständigkeiten der Berufsgruppen.

Da die Kooperation der Sozialen Arbeit mit der Polizei und anderen Berufsgruppen die Forschungsfrage des Projekts AGORA darstellt, wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Diskussion der Aussagen der SozialarbeiterInnen zum Thema „Soziale Arbeit aus der Sicht der Polizei“ verzichtet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die SozialarbeiterInnen im Allgemeinen von der Polizei wertgeschätzt fühlen und das Gefühl haben, dass die Polizei sie durchaus als Unterstützung wahrnimmt. Einige SozialarbeiterInnen nennen aber auch Situationen, in denen sie von der Polizei unfreundlich behandelt, belächelt oder nicht ernst genommen wurden – wobei

diese Situationen im Laufe der Zeit weniger werden, man also durchaus behaupten kann, dass sich die SozialarbeiterInnen langsam „emanzipieren“, Missverständnisse gegenüber ihrer Berufsgruppe abbauen und sich einen besseren Ruf erarbeiten.

Oft wirkt es allerdings, als ob die SozialarbeiterInnen das vermeintliche Bild, das andere Personen von ihnen haben, so negativ einschätzen, weil sie selbst an einem mangelnden beruflichen Selbstwert leiden. SA<sub>2</sub> bringt es auf den Punkt: *„Wozu haben wir eine Ausbildung gemacht und stellen da unser eigenes Licht in den Schatten und dieses „Sich-so-wichtig-nehmen“ ist halt nicht unbedingt in der Art, dass man sich zurücknimmt.“*

Grundsätzlich kristallisiert sich bei den meisten Befragten Unzufriedenheit bezüglich ihres Images als SozialarbeiterInnen heraus. Dies kommt daher, dass sich die SozialarbeiterInnen von anderen Berufsgruppen und der Bevölkerung nicht immer wertgeschätzt, wahrgenommen, akzeptiert und respektiert fühlen, was in der Folge zu einem mangelnden beruflichen Selbstwert führt. Die Bevölkerung und andere Berufsgruppen haben eine hohe Erwartungshaltung in Bezug auf die SozialarbeiterInnen. Dadurch, dass die SozialarbeiterInnen mit vielen unterschiedlichen KlientInnen arbeiten (bspw. verhaltensauffällige, aggressive Jugendliche, Suchtkranke, Vorbestrafte, MigrantInnen etc.), lastet ein hoher Druck auf ihnen, da die Gesellschaft erwartet, diese Randgruppen mithilfe der Sozialarbeit positiv zu beeinflussen. Dass dahinter eine komplexe Beziehungsarbeit steht und diese Zeit braucht, ist der Bevölkerung meistens nicht bewusst. Von der Polizei fühlen sich SozialarbeiterInnen nicht immer ernst genommen, wünschenswert sind eine bessere Kooperation und Vernetzungstreffen, um sich besser kennenzulernen und mehr Transparenz bezüglich der Aufgaben und Zuständigkeiten der Berufsgruppen zu bekommen.

#### 4.8 Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit: Theoriebezug und wissenschaftliche Konzepte als Einflussgröße des gesundheitsfördernden Handelns

Jäger

Die Frage nach Gesundheitsförderungs-Konzepten und Theorien bzw. Konzepten der Sozialen Arbeit wurde gestellt, um abzuklären, welche Inhalte der Ausbildung den Interviewten noch präsent geblieben sind. Eindeutig zeigte sich, dass die SozialarbeiterInnen, die den Fragebogen im Vorfeld angefordert hatten, auf die Frage besser vorbereitet waren und einige Konzepte und Theorien nennen konnten, während es den Personen, die den Fragebogen nicht kannten, spontan schwer fiel, Antworten zu geben. Dabei fiel auf, dass der Begriff „Gesundheitsförderung“ durchaus kritisch betrachtet wird: *„Es ist ein wunderschöner Ausdruck von Wissenschaftlern, sag ich jetzt einmal, der Potential für Politiktauglichkeit hat.“* (SA<sub>1</sub>)

Einige der Befragten nannten konkrete Projekte zum Thema Gesundheitsförderung, einige bezogen die Frage eher Konzepte und Theorien zum Thema Gesundheitsförderung (der Sozialen Arbeit) im bzw. für den öffentlichen Raum. Welche Strategien und Theorien den SozialarbeiterInnen einfielen, war vermutlich von persönlichen Interessen, Vorlieben und Relevanz für ihre tägliche Arbeit abhängig.

Beispielsweise wurden einige Projekte zur Gesundheitsförderung genannt, die in der Stadt St. Pölten durchgeführt wurden oder an denen sich die Stadt St. Pölten beteiligt hat („The Fittest City of Austria“, der „Lovebus“ zum Thema Verhütung, Impfaktionen, sportliche Wettkämpfe wie der „Ironman“, Ernährungsaktionen wie „Gesunde Jause“ etc.). Einigen Befragten fielen auch österreichweite Aktionen ein, z.B. Studien und Umfragen der Gebietskrankenkasse sowie Kampagnen samt Slogans des Gesundheitsministeriums, des Kuratoriums für Verkehrssicherheit, des Fonds Gesundes Österreich u.a.

Auch die Grundausbildung der Befragten scheint einen Einfluss auf die zum Thema Gesundheitsförderung geistig präsenten Theorien zu haben, da einige der Befragten wissenschaftliche ausbildungsspezifische Theorien nannten, die etwas mit Gesundheitsförderung zu tun haben, oder sich auf Ansätze von ProfessorInnen aus ihrer Studienzeit bezogen.

Erwähnte Theorien sind das Broken-Heart-Syndrom, das Cultural-Bound-Syndrom, das Dominanzprinzip, die Theorie von Lebenskompetenzen, die Whitehall-Studie, Case Management und Empowerment. Manche ProfessorInnen von der Sozialakademie und FH sind den SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer überzeugenden wissenschaftlichen Anschauungen in besonders bleibender Erinnerung geblieben – teilweise auch bereits über eine lange Zeit, was bedeutet, dass die Befragten Teile ihrer Ausbildung stark verinnerlicht haben.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung haben alle interviewten SozialarbeiterInnen dasselbe Ziel, nämlich die Lebensbedingungen und -stile ihrer KlientInnen zu verbessern. Dieses Ziel wurde bereits 1986 in der Ottawa-Charta beschrieben, denn „gesundheitsförderndes Handeln zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (vgl. WHO 1986:1).

Prinzipiell wirkt sich Gesundheitsförderung positiv auf das Leben der gesamten Bevölkerung aus. Jedoch kommt es darauf an, wie attraktiv das Thema für die Gesellschaft gemacht wird und inwieweit eine gesundheitsfördernde Aufklärung in Hinblick auf ein lebenswerteres Leben stattfindet. Vor allem gute Öffentlichkeitsarbeit kann hier einiges bewirken. Außerdem hilft eine fundierte sozialarbeiterische Ausbildung in der Praxis, denn durch theoretisches Wissen, wie zum Beispiel die oben genannten Theorien, lassen sich neue Ideen erarbeiten und Erkenntnisse ableiten. Ein gewisses Know-how ist Voraussetzung, damit Gesundheitsförderung umgesetzt werden kann. Je mehr die Bevölkerung über die Thematik informiert ist, desto weniger Kosten entstehen im Gesundheitswesen. Durch jegliche Art von Prävention als

gesundheitsfördernde Maßnahme können Krankheiten vorgebeugt und in der Folge Kosten verringert werden.

Einige SozialarbeiterInnen versuchten sich in einer Definition des Begriffs „Gesundheitsförderung (im öffentlichen Raum)“. Dabei wurde erwähnt, dass die Gesundheitsförderung immer zielgruppenbezogen stattfinden kann, indem die Maßnahmen auf die speziellen Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe (z.B. Kinder, Schüler, Frauen, alte Menschen, SchichtarbeiterInnen...) abgestimmt werden. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass für gewisse Zielgruppen wie MigrantInnen noch mehr gesundheitsfördernde Aktionen gesetzt werden sollten.

Wie bereits mehrfach erwähnt, wirkt Soziale Arbeit gesundheitsfördernd, deshalb lassen sich sämtliche Theorien der Sozialen Arbeit unter dem Oberbegriff „Gesundheitsförderung“ zusammenfassen. Dies erkennen einige SozialarbeiterInnen ganz deutlich: *„Das heißt, diese Einrichtung ist eine gesundheitsfördernde Einrichtung, indem wir die Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu einem Zeitpunkt, der von Natur aus, biologisch gesehen, ein schwieriger Zeitpunkt ist, unterstützen.“* (SA<sub>2</sub>)

Nicht zuletzt werden auch Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungsbetreuung als „gesundheitsfördernde Tätigkeiten“ genannt sowie ganz generelle Strategien und Systeme wie Arbeitslosengeld und andere Sozialleistungen sowie rechtliche Ansätze wie das Jugendschutzgesetz.

Hier erkennt man deutlich, dass Gesundheitsförderung Soziale Arbeit braucht, denn der Zugang der Betroffenen zu Hilfsleistungen vereinfacht sich durch die Existenz unterschiedlicher sozialer Einrichtungen. Grundsätzlich beschäftigt sich Soziale Arbeit vorwiegend mit gesundheitlichen Fragestellungen. Dies zeigt sich zum Beispiel in der Familien-, Jugend- oder Gemeinwesenarbeit, denn all diese Ansätze beinhalten einen Gesundheitsbezug. Durch die neuen universitären Ausbildungen hat sich vor allem die Gesundheitswissenschaft zu einem eigenen Wissenschaftsfeld neben der Medizin etabliert (vgl. Sting 2000:8).

Prinzipiell setzt Gesundheitsförderung an den Determinanten für Gesundheit an und ermöglicht somit den Menschen, ihre gesundheitlichen Ressourcen zu stärken.

Durch die Vernetzung von Gesundheit und Sozialer Arbeit ergibt sich ein neues Verständnis für die Begriffe Gesundheit und Krankheit. Die Medizin orientiert sich vor allem an Krankheiten und wie man diese bekämpft. Gesundheit wird aus medizinischer Sicht als Abwesenheit von Krankheit und organischen Störungen definiert, wogegen Soziale Arbeit „Gesundheit“ als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sieht. Dieser Ansatz stammt aus der Salutogenese, die von medizinischen Erklärungsmustern Abstand nimmt und den Fokus auf soziale, ökonomische und kulturelle Muster legt (vgl. Fellöcker/ Franke 2011:3).

Charakteristisch für die salutogenetische Perspektive ist, dass Menschen unterstützt werden, gesund zu bleiben oder zu werden. Aaron Antonovsky entwickelte den Begriff in den 1980er Jahren als Gegenkonzept zur Pathogenese und legte den Fokus auf alle gesundheitsförderlichen Leistungen (vgl. Fellöcker/ Franke 2011:2).

Im Gegensatz zur Pathogenese, die nach Erklärungen für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit sucht, beschäftigt sich die Salutogenese mit den Faktoren, die dazu führen, dass man gesund bleibt. Sie beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird. Ein wichtiges Ziel dabei ist es, Ressourcen und Potenziale zu erkennen und zu stärken. Gesellschaftlich gesehen geht es um die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es den Menschen leichter machen, gesund zu bleiben.

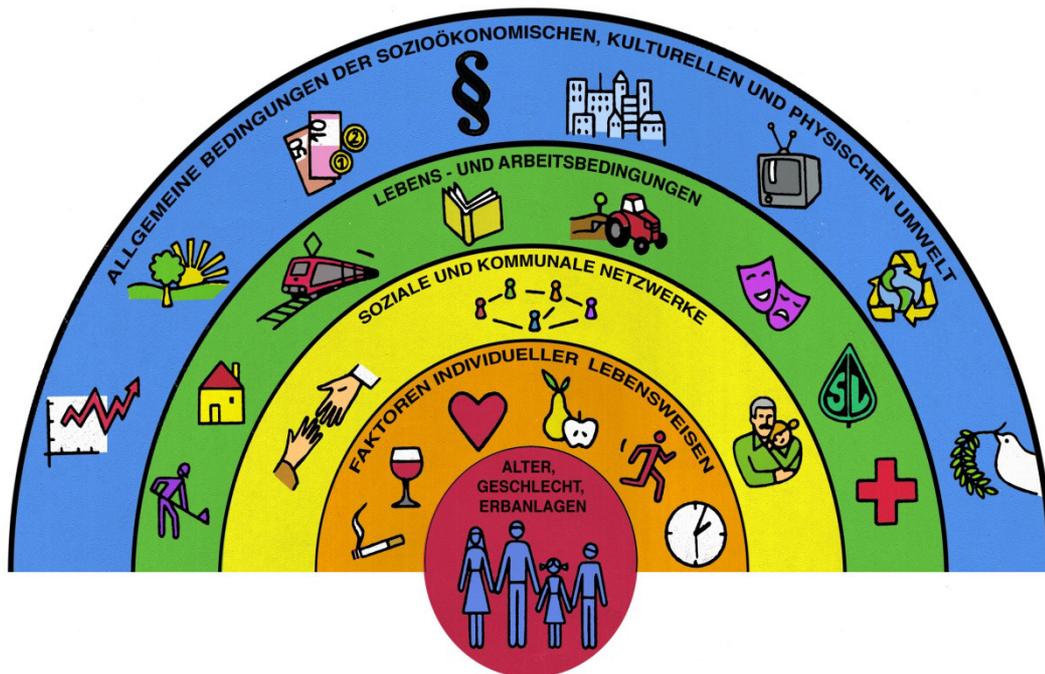
Auf individueller Ebene ist es zielführend, die vorhandenen Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen zu stärken. Ein wesentlicher Faktor der Gesundheitsförderung sind die Rahmenbedingungen für die Gesundheit, denn Menschen können sich nur dann wohlfühlen, wenn auch die Lebensumstände (wie zum Beispiel: Arbeit, Wohnen, soziales Umfeld) gesundheitsförderlich und nicht krank machend sind (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2013:6).

Der Fonds Gesundes Österreich, eine Organisation, die 1988 von engagierten GesundheitspolitikerInnen in Österreich gegründet und speziell für Gesundheitsförderung eingerichtet wurde, ist eine anerkannte Plattform in Österreich und seit August 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2005).

Die Hauptaufgabe des FGÖ ist die Projektförderung, somit werden Projekte, die sich mit Gesundheitsförderung und Primärprävention beschäftigen, unterstützt. Die Aufgabe des FGÖ wird folgendermaßen beschrieben: „Alle in Österreich lebenden Menschen sollen bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen. Gesundheitsfördernde Lebenswelten und Lebensweisen sind dazu der Schlüssel. Dabei berücksichtigt der FGÖ alle Lebensbereiche wie z. B. Wohnort, Schule und Arbeitsplatz. Rahmenbedingungen zu schaffen und weiterzuentwickeln, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen, steht dabei im Zentrum.“ (Fonds Gesundes Österreich 2005)

Die WHO beschrieb 1986 in der „Ottawa Charta“ die wichtigsten Voraussetzungen für Gesundheit, die im gesellschaftlichen Zusammenleben erscheinen. Dazu zählen Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. (vgl. WHO 1986:1). Genauso wichtig sind die Gesundheitsversorgung, die Arbeitsbedingungen und soziale Kontakte. Ebenso sind aber auch individuelle Einflussfaktoren, wie z.B. Geschlecht und Alter am Gesundheitszustand eines Menschen stark beteiligt.

Einerseits können diese Faktoren angeboren oder nicht veränderbar sein, andererseits können sie von den persönlichen Lebensgewohnheiten abhängen und somit auch verändert werden.



**Abbildung 6: Gesundheitsdeterminanten** (Quelle: Grafik der Gesundheitsdeterminanten: FGÖ nach Dahlgren & Whitehead, 1991)

Als Gesundheitsdeterminanten werden all jene Faktoren bezeichnet, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Prinzipiell betrachtet die Gesundheitsförderung den Menschen und seine Gesundheit als Ganzes. Ein wichtiges Ziel ist es, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen. Dabei versucht Gesundheitsförderung, Personen zu unterstützen, ein Leben in Gesundheit führen zu können. Hier spielen äußere Verhältnisse, wie z.B. Bildung, Arbeitssituation, Verkehr oder Umweltbelastungen, wie auch individuelles Verhalten, das sich in der Lebensweise und im Lebensstil niederschlägt, eine bedeutende Rolle. Menschen, die auf eine ausgewogene Ernährung achten und regelmäßig Sport betreiben, haben einen gesünderen Lebensstil im Vergleich zu jenen, die regelmäßig Alkohol trinken und rauchen. Faktoren wie Armut, schlechte Bildung und soziale Benachteiligung belasten die Gesundheit der Menschen und bedingen heutzutage einen schlechteren Gesundheitszustand der Menschen.

Aus diesem Grund versucht Gesundheitsförderung, die Gesundheitschancen von benachteiligten oder sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Dazu leistet die Soziale Arbeit einen wesentlichen Beitrag.

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

Somit sind ärmere Menschen aus der gesellschaftlichen Unterschicht häufiger von chronischen Krankheiten, Unfällen, Behinderungen und früher Sterblichkeit betroffen als Menschen aus der Oberschicht (vgl. Ortman/Waller 2005:5).

Der Faktor Bildung beeinflusst auch andere Determinanten, wie z.B. das Arbeitsumfeld, Arbeitslosigkeit sowie die Wohnverhältnisse. Es gibt zahlreiche Studien, die belegen, wie eng der Bildungsgrad der Menschen im Zusammenhang mit der Gesundheit korreliert. Dabei zeigt sich deutlich, dass Personen mit höherer Bildung mehr auf ihre Gesundheit achten, öfter zum Arzt gehen und die vorhandenen Ressourcen besser nutzen.

Zu diesem Phänomen passt die Aussage einer interviewten Person (SA<sub>4</sub>): *„Akademiker verdienen einfach mehr, ... [haben] bessere Kompensationsmöglichkeiten, mehr Verständnis für das „Auf-sich-schauen“. Begünstigt sind sie sicher auch durch bessere Supportsysteme. Weil der, der irgendein Studium gemacht hat und seine Freundin ist Medizinerin geworden – und wenn ihn was zwickt, ruft er sie an und fragt: „Wie mach ich das jetzt?“ Aber wen hat die Frau aus der Unterschicht?“*

Im weiteren Interviewverlauf wurde über AkademikerInnen und ihre Ressourcen und Netzwerke gesprochen und SA<sub>4</sub> bemerkte dazu: *„Geld ist natürlich auch ein Faktor. Weil wenn ich kein Geld habe, ist es eine Belastung, wenn ich immer daran denken muss, kann ich mir das noch leisten? Und die Seele ist ein Riesenfaktor, finde ich, weil geht's dir selbst gut, wird sich dein ganzes System wohler fühlen.“*

Definitiv steht fest, dass Gesundheitsförderung Soziale Arbeit benötigt. Dadurch, dass der Mensch ein soziales Wesen ist, braucht er die soziale Dimension von Gesundheit.

Prof. Dr. Albert Mühlum bringt dies in seinem Vortrag „Braucht Gesundheit Soziale Arbeit? Zur Beziehung von Gesundheitsarbeit und Sozialarbeit“ mit dieser Frage auf den Punkt: „Welcher Beruf wäre berufener, sozial Benachteiligte zu erreichen, zu fördern und solidaritätsstiftende Arrangements zu schaffen, als die Soziale Arbeit?“ (Mühlum 2011) Heutzutage erzeugt die soziale Ungleichheit eine gesundheitliche Ungleichheit, welche im Zentrum der Sozialen Arbeit steht.

Durch die unterschiedliche Ausbildung der Befragten gibt es verschiedene Auffassungen, was mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ gemeint ist. Im Allgemeinen wurden Projekte und Aktionen zur Gesundheitsförderung genannt, die bereits in St. Pölten durchgeführt wurden oder an denen die Stadt St. Pölten beteiligt war. Grundsätzlich verfolgen die Befragten dasselbe Ziel, nämlich mit der Gesundheitsförderung die Lebensbedingungen ihrer KlientInnen zu verbessern. Durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, beginnend bereits im Kindergarten/ Schule, wirkt sich Gesundheitsförderung positiv auf das Leben der gesamten Bevölkerung aus. Durch Prävention, also wiederum gesundheitsfördernde Maßnahmen, können Krankheiten schneller erkannt bzw. ihnen vorgebeugt und in der Folge Kosten verringert werden. Ebenso spielt der Faktor Einkommen/ Bildung, sowie der damit verbundene Lebensstil eine bedeutende Rolle. Dadurch, dass ärmeren Menschen oft die Ressourcen für einen gesunden Lebensstil bzw. durch mangelnde Bildung die Aufklärung darüber fehlen, sind sie definitiv benachteiligt. Deshalb benötigt Gesundheitsförderung Soziale Arbeit, um den Betroffenen Hilfsleistungen in unterschiedlichen sozialen Einrichtungen anzubieten.

## 5. Beantwortung der Forschungsfrage

*Eigenthaler, Jäger*

Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in der Stadt St. Pölten in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum?

Die Beantwortung der Forschungsfrage kann nicht einheitlich erfolgen, da die SozialarbeiterInnen in unterschiedlichen sozialen Berufssparten tätig sind. Grundsätzlich zeigte sich, dass die SozialarbeiterInnen ihr Selbstverständnis darin sehen, Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Dies wurde von den SozialarbeiterInnen, die in niederschweligen Einrichtungen tätig sind, noch stärker betont als von denjenigen, die in höherschweligen Einrichtungen arbeiten. In niederschweligen Einrichtungen kommt es manchmal auch vor, dass die SozialarbeiterInnen von den KlientInnen gar nicht als solche wahrgenommen werden, sondern als HelferInnen, die sich um die Probleme der KlientInnen kümmern.

EinE befragteR SozialarbeiterIn beschrieb das Selbstverständnis nach Laotse „Gib einem Hungernden einen Fisch, und er wird einmal satt, lehre ihn Fischen, und er wird nie wieder hungern.“ (Sprichworte-und-Zitate 2014) Dabei gibt der/die SozialarbeiterIn den KlientInnen eine Angel, mit der diese angeln lernen sollen, damit sie nie wieder Hunger haben. Dieses chinesische Sprichwort beschreibt die tief im Selbstverständnis verankerte Haltung der Sozialen Arbeit, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben. Je nach Art der Einrichtung begleiten die SozialarbeiterInnen ihre KlientInnen am Weg zum „richtigen Angeln“, der oft ein langwieriger Prozess ist, unterschiedlich intensiv.

Grundsätzlich zeigen alle Befragten ein hohes Maß an Engagement, Idealismus und Flexibilität. Vor allem in der niederschweligen, aufsuchenden Sozialen Arbeit ist die Flexibilität für viele die wichtigste Voraussetzung bzw. Grundhaltung, die eineN guteN SozialarbeiterIn ausmacht. Gerade in diesem Bereich braucht man viel Fingerspitzengefühl, um die KlientInnen zu erreichen, denn oft verweigern diese anfangs aus Scham oder einer negativen Einstellung gegenüber SozialarbeiterInnen die Arbeit.

Einheitlich zeigte sich, dass das Selbstverständnis für die SozialarbeiterInnen darin besteht, zu versuchen, Menschen, die Hilfe benötigen bzw. Probleme haben, aus dieser Lebenslage zu befreien. Die Menschen brauchen dazu oft einen Anstoß von außen und ist der erste Schritt einmal getan, können sie ihr Selbstvertrauen aufbauen, wieder einen Sinn in ihrem Leben sehen und somit motivierter in den Alltag gehen.

Als ein weiteres wichtiges Kriterium des Selbstverständnisses wurde Abgrenzung von der Arbeit genannt. Da Soziale Arbeit eine intensive KlientInnenarbeit ist und viel Energie aufgewendet wird, ist es wichtig, sich abgrenzen zu können. Nur wer in der Freizeit die nötige Distanz zur Arbeit und den Fallgeschichten wahrt und Erholungsphasen einplant, behält langfristig die Kraft, weiterzuarbeiten und genügend Energiereserven für die KlientInnenarbeit zu aufzubringen.

Des Weiteren kristallisierte sich heraus, dass das Selbstverständnis für SozialarbeiterInnen in der Stadt St. Pölten sehr menschenbezogen ist, denn die KlientInnen werden nicht als „KundInnen“ sondern in erster Linie als Menschen betrachtet, die Hilfe brauchen und manchmal nur jemanden benötigen, der zuhört. Wichtig ist dabei, den KlientInnen nicht die Eigenverantwortung abzunehmen. Hier zeigt sich der Empowerment-Ansatz, nämlich Menschen in Problemsituationen zu befähigen, die Verantwortung für ihr Tun zu übernehmen. Bei vielen KlientInnen haben die ungünstigen Ursache- und Wirkungszuschreibungen von Handlungen und Vorgängen weitreichende Konsequenzen für das Erleben und Verhalten. Oft begeben sich KlientInnen durch eine einseitige Sichtweise in die Opferrolle und geben Institutionen oder Personen aus ihrem Umfeld die Schuld an ihren Problemlagen. Obwohl die KlientInnen manchmal tatsächlich „unschuldige Opfer“ sind, ist es ungünstig, in der Opferrolle zu verharren, da somit die Verantwortung für das eigene Handeln abgegeben wird und die KlientInnen keine Chance auf eine Änderung ihrer Situation aus eigener Kraft sehen. Den SozialarbeiterInnen ist es im Sinne der Gesundheitsförderung wichtig, diese Negativspirale zu unterbrechen und bei ihren KlientInnen das Gefühl der Eigenverantwortlichkeit und die Fähigkeit, aus eigener Kraft die Situation ändern zu können, zu stärken.

Hier setzt die Gesundheitsförderung an, denn vor allem die Stärkung der Psyche ist eine wichtige Voraussetzung für die eigene Gesundheit. Gesundheitsförderung beginnt schon bei „banalen“ Dingen, wie die KlientInnen aufzufangen und ihnen zuzuhören, sowie ihnen Anregungen und Hilfestellungen zu geben, sich besser zu fühlen. Gesundheitsfördernd kann sein, Personen bei der Überwindung einer Suchtproblematik zu helfen und Alternativen für den Konsum zu finden oder sie zumindest zu stabilisieren. MigrantInnen gratis Deutschkurse zu vermitteln, Obdachlosen ein Bett und eine warme Mahlzeit zu geben etc. sind weitere wichtige gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Sozialen Arbeit.

Einige von den interviewten SozialarbeiterInnen machten darauf aufmerksam, dass in St. Pölten ein Mangel an Psychotherapieplätzen auf Krankenkassenkosten besteht. Dies zeigt sich bei der Beratung von KlientInnen, da sich viele Menschen aus der Unterschicht keine Therapie leisten können und somit Psychopharmaka, legale oder illegale Substanzen nehmen, um mit ihrer Situation besser fertig zu werden. 2007 wurden in Deutschland arbeitslosen Personen im Vergleich zu Beschäftigten 2,7-mal so viele Psychopharmaka verschrieben, wobei Antidepressiva die größte Medikamentengruppe ausmachten (vgl. Zoike 2010:71). Eine rein medikamentöse Behandlung von negativen psychischen Zuständen ist einseitig und bekämpft die Ursachen oft nicht. Wichtig ist eine unterstützende Beratung und Betreuung, um wieder ein Wohlbefinden zu erlangen (vgl. Springer-Kremser/ Springer 2013:302f). Würden Probleme in gezielten Therapien schon frühzeitig behandelt, würden sie sich gar nicht erst verfestigen und insgesamt käme das System günstiger davon. Bei MigrantInnen ist vor allem die sprachliche Barriere ein Problem, da es kaum TherapeutInnen mit Fremdsprachenkenntnissen gibt. Die Problematik beginnt meistens bei Arztbesuchen, wo (vor allem ältere) MigrantInnen ihre Kinder zum Dolmetschen benötigen. Die Kinder werden dadurch psychisch unter Druck gesetzt, was sich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt.

Soziale Unterstützung, die die Soziale Arbeit täglich leistet, setzt genau an diesem Punkt an und wirkt somit gesundheitsfördernd, was den

SozialarbeiterInnen auch bewusst und somit ein Bestandteil ihres Selbstverständnisses ist.

Ein wichtiger Faktor ist auch die körperliche Gesundheit. Die SozialarbeiterInnen sehen als ihre Aufgabe, den Menschen zu zeigen, wie sie gesund leben können, was z.B. bei der täglichen Ernährung beginnt, die Gestaltung der Lebensgewohnheiten betrifft und bis zur Bereitstellung finanzieller Mittel sowie dem Zugang zu Bildung reicht.

Bildung wird deshalb als so bedeutend im Sinne der Gesundheitsförderung gesehen, weil mit dem Bildungsgrad normalerweise das Einkommen steigt. Dies hat zur Folge, dass man sich eine bessere medizinische Versorgung leisten kann, einen schönen Urlaub finanziert, eine schöne Wohnung oder ein Haus besitzt, auf gesunde Ernährung achtet u.v.m. Menschen aus der Unterschicht können sich dagegen oft nur den Mindeststandard leisten und es bleibt kein Geld für die Gesundheit.

Durch die lang anhaltende Wirtschaftskrise nimmt die Mittelschicht ab und die Unterschicht zu und die Kluft zwischen Arm und Reich wird immer größer (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien 2013). Es ist wichtig, diesem Trend entgegenzusteuern, denn bei Jobverlust ist auch die Mittelschicht stark armutsgefährdet.

Den SozialarbeiterInnen ist bewusst, dass die Soziale Arbeit immer wichtiger wird, da immer mehr Menschen Unterstützung brauchen. Die SozialarbeiterInnen sehen sich für alle jene zuständig, für die sonst niemand mehr zuständig ist, und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Trotzdem zeigte sich in der vorliegenden Forschungsarbeit, dass es bei der Mehrheit der befragten SozialarbeiterInnen zu einer Unzufriedenheit bezüglich des eigenen Images und in der Folge zu einem mangelnden beruflichen Selbstwert kommt. Die Forscherinnen vermuten, dass sich die SozialarbeiterInnen von anderen Berufsgruppen und der Bevölkerung nicht immer wertgeschätzt, wahrgenommen, akzeptiert und respektiert fühlen. Die SozialarbeiterInnen sollten ihr Bewusstsein dahin lenken, eine sinnvolle und professionelle Arbeit zu leisten, denn in anderen Berufen wird der Wert der Arbeit selten in Frage gestellt.

Wünschenswert sind in St. Pölten mehr Förderungen von der Stadt, denn je mehr Ressourcen die sozialen Einrichtungen haben, desto mehr Menschen bekommen die Chance, eine adäquate Unterstützung in ihrem Leben zu bekommen.

Dadurch dass die FH St. Pölten eine universitäre Ausbildung anbietet und es jährlich immer mehr sehr gut ausgebildete SozialarbeiterInnen gibt, ist die soziale Branche am Wachsen und das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen wird immer definierter. Das gelernte theoretische Wissen gibt den AbsolventInnen eine gute Basis und lässt sie sich als wichtiger Bestandteil der Branche fühlen. Um in der Sozialarbeit richtig „anzukommen“, das soziale System zu verstehen und genügend Praxis zu bekommen, benötigt es natürlich Jahre.

„Neue“ und „alte“ SozialarbeiterInnen profitieren sehr von monatlichen Vernetzungstreffen der sozialen Einrichtungen der Stadt St. Pölten. Vernetzung wird als sehr wichtig gesehen, da es zu einem Austausch kommt, neue Inputs gegeben werden und persönliche Kontakte hergestellt werden können.

In den letzten Jahren ist die Sozialarbeit im Bezirk St. Pölten sehr gewachsen und die Soziale Arbeit erreicht viele Menschen im (halb)öffentlichen Raum. Die Kooperation zwischen den Einrichtungen funktioniert grundsätzlich gut, jedoch gibt es auch hier Aufholbedarf. Es kommt immer auf die Art der Einrichtungen darauf an und welche Art von Vernetzungen gewünscht wird. Ein Vorteil im Hinblick auf die Kooperationen ist die Überschaubarkeit des Sozialbereichs in St. Pölten, wodurch sich die MitarbeiterInnen der einzelnen Einrichtungen persönlich kennen und ein gegenseitiger Austausch möglich ist. Sollte keine gegenseitige Sympathie zwischen den Einrichtungen vorhanden sein, ist dies ein Manko.

Schön ist es zu sehen, dass Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten immer wichtiger wird und bereits fix im Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen verankert ist. Sie sehen sich als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsförderung, da diese in der täglichen KlientInnenarbeit stattfindet.

## 6. Resümee und Ausblick

*Eigenthaler, Jäger*

Die Analyse hat gezeigt, dass die Art der Einrichtung, in der die SozialarbeiterInnen tätig sind, sowie deren persönliches Tätigkeitsfeld einen großen Einfluss auf das Selbstverständnis hat.

Ziel der Gesundheitsförderung ist die Idee, Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung anzuregen und einen Reflexionsprozess in Gang zu setzen.

Insgesamt stellten die Forscherinnen fest, dass die Einstellungen der SozialarbeiterInnen in der Stadt St. Pölten und ihre Herangehensweisen an die Soziale Arbeit sehr ähnlich sind. Geringfügige Unterschiede ergaben sich je nachdem, ob die Befragten in niederschwelligeren oder höherschwelligeren Einrichtungen tätig sind. Hier zeigte sich, dass in niederschwelligen Einrichtungen eine intensivere Betreuung der Klientinnen stattfindet und der Ort der Beratung eher nebensächlich ist. Ebenso haben das Alter der SozialarbeiterInnen und ihre berufliche Praxis einen Einfluss auf das Selbstverständnis und in weiterer Folge auf die Einstellungen zur Gesundheitsförderung. So verfügen die „Urgesteine“ der sozialen Einrichtungen St. Pöltens über viel Erfahrung und Wissen, sind aber noch immer offen für alles Neue und sehr engagiert. Auch die jungen BerufseinsteigerInnen zeigen ein hohes Maß an Engagement und bringen viel Idealismus mit, die Welt ein Stück besser zu machen.

In Bezug auf gesundheitsfördernde Interventionen der Einrichtungen im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten kamen die Autorinnen auf folgende Ergebnisse:

Je nach der Größe und dem Schwerpunkt der Einrichtungen arbeiten die SozialarbeiterInnen mit unterschiedlichen KlientInnen und an wechselnden Standorten, was sich auf das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen positiv auswirkt. Da die KlientInnen in der niederschweligen Sozialarbeit unkompliziert erreicht und direkt betreut werden und die SozialarbeiterInnen weniger an formale Richtlinien gebunden als in höherschwelligen Einrichtungen, können sie

flexibler auf Situationen reagieren. In der aufsuchenden Sozialarbeit werden KlientInnen erreicht, die vermutlich nicht selbstständig in eine soziale Einrichtung gehen würden. Dadurch, dass die SozialarbeiterInnen die KlientInnen an (halb)öffentlichen Plätzen antreffen, ist somit der Zugang auch für Randgruppen möglich und Hilfestellungen können angeboten bzw. angenommen werden. Die einfache Erreichbarkeit für die KlientInnen und direkten Kontakte wirken sich positiv auf das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen aus, weil ihre Arbeit geschätzt wird. Durch das positive Feedback in Bezug auf die gemachte Arbeit ergibt sich viel neue Motivation für die weitere KlientInnenarbeit.

In niederschwelligeren Einrichtungen wird auf den Beziehungsaufbau und die einfache Erreichbarkeit der Einrichtungen für die KlientInnen viel Wert gelegt, um eine gute Basis für die spätere Zusammenarbeit zu schaffen und mögliche Hemmschwellen abzubauen. Vor allem sind gegenseitige Wertschätzung, Verschwiegenheit und Respekt wichtige Grundsätze in der Sozialen Arbeit, um eine vertrauensvolle Basis herzustellen. An oberster Stelle steht die Wahrung der Authentizität der KlientInnen, auch wenn die SozialarbeiterInnen andere Sichtweisen und Ziele als diese haben.

In diesem Setting ist es besonders wichtig, dass sich die SozialarbeiterInnen von ihren KlientInnen abgrenzen und auf die eigene Psychohygiene achten. Um sich von den Herausforderungen und Belastungen in der Arbeitswelt zu erholen sind Bewältigungsstrategien wie zum Beispiel Sport, Hobbies und ein harmonisches Umfeld äußerst wichtig. Die SozialarbeiterInnen sind sich bewusst, dass ihr Beruf eine erhöhte Burnout-Gefahr mit sich bringt, und dass sie, um weiterhin gesundheitsfördernd auf ihre KlientInnen einwirken zu können, auf einen privaten Ausgleich achten müssen.

Ebenso werden Handlungen, Lebensweisen und Einstellungen der KlientInnen möglichst wertfrei betrachtet, was zu einem tieferen Verständnis für die Situation führt und für die Beziehung zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen sehr wichtig ist. Um zu erkennen, in welchen Situationen KlientInnen Hilfe brauchen, müssen die SozialarbeiterInnen die Fähigkeiten ihrer KlientInnen realistisch einschätzen können.

Im ressourcenorientierten Ansatz definieren die KlientInnen selbst, was ihre persönlichen Stärken sind. Der lebensweltorientierte Ansatz der Sozialen Arbeit akzeptiert einerseits die Handlungen der KlientInnen, andererseits werden diese aber auch kritisch hinterfragt. Auffallend war, dass SozialarbeiterInnen, die in niederschwelligeren Einrichtungen tätig sind, zeitlich, örtlich und inhaltlich sehr flexibel sind und ihre eigenen Bedürfnisse zurücknehmen, um sich auf die KlientInnen einzustellen.

In höherschwelligeren Einrichtungen stellen die organisatorischen Abläufe den Schwerpunkt in der Sozialarbeit dar. Hier wird eine bestimmte Verlässlichkeit seitens der KlientInnen als Voraussetzung für eine gelungene Beziehung gesehen.

Insgesamt arbeiten alle SozialarbeiterInnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, abhängig vom Konzept der Einrichtung, in der sie tätig sind. Es wird angenommen, dass dies nicht nur in der Stadt St. Pölten so ist, sondern für alle sozialen Einrichtungen gilt, die gut organisiert sind und klare Handlungsanweisungen für die tägliche Arbeit vorgeben, die sich am modernen Bild der Sozialen Arbeit orientieren. Die SozialarbeiterInnen verinnerlichen die Konzepte und Leitlinien ihrer Einrichtung und dadurch ist es möglich, dass sie glaubwürdig auftreten und im Sinne der durch die Ausbildung vermittelten und im Laufe der beruflichen Laufbahn erworbenen „SozialarbeiterInnen-Skills“ handeln. Weitere Eigenschaften, die einE guteR SozialarbeiterIn mitbringen sollte, sind selbstständiges Arbeiten, Kommunikationsfähigkeit, Kontaktfreude, Engagement sowie Idealismus. Ebenso wurde die Bereitschaft zur ständigen Fort- und Weiterbildung betont.

Generell verfolgen die Befragten alle dasselbe Ziel, nämlich mit der Gesundheitsförderung die Lebensbedingungen ihrer KlientInnen zu verbessern. Menschen werden durch den Empowerment-Ansatz dazu befähigt, für ihre Gesundheit Verantwortung zu übernehmen und aktiv zu handeln, indem sie Entscheidungen autonom treffen. Eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialen Arbeit ist es, Menschen zu helfen, die eigenen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig auszudrücken und umzusetzen.

Durch die hohe Erwartungshaltung, die auf den SozialarbeiterInnen lastet, kommt es zu Unzufriedenheit bezüglich des eigenen Images und einem mangelnden beruflichen Selbstwert. Möglicherweise kommt dies davon, dass der Beruf „SozialarbeiterInnen“ von anderen Berufsgruppen und der Bevölkerung nicht immer positiv wahrgenommen und respektiert wird. Dieses Phänomen dürfte ein „sozialarbeiterInnenspezifisches Problem“ sein, da der Wert der meisten anderen Berufe niemals in Frage gestellt wird und somit sowohl für VertreterInnen des Berufs wie auch für Außenstehende immer klar ist, dass innerhalb des Berufsfeldes sinnvolle und professionelle Arbeit geleistet wird. Dieses Ringen um Anerkennung der Sozialen Arbeit und die Diskussion, ob es sich bei der Sozialen Arbeit „nur“ um eine Dienstleistung oder um eine Profession handelt, ist in anderen (akademischen) Berufen nicht üblich.

Im Allgemeinen gibt es in der Stadt St. Pölten für alle Problemlagen eine Einrichtung, jedoch ist es für KlientInnen nicht immer einfach, auf Anhieb die richtige Stelle zu finden. Durch die professionelle Vernetzungsarbeit der SozialarbeiterInnen werden sie trotzdem meistens an eine für ihre Angelegenheiten zuständige Einrichtung weitervermittelt. Die Vernetzungsarbeit funktioniert in der Stadt St. Pölten vor allem deshalb so gut, weil die Einrichtungen in St. Pölten aufgrund der geringen Größe der Stadt überschaubar sind und es einfach ist, persönliche Kontakte herzustellen und zu pflegen. Dies ist in allen österreichischen kleineren Städten wahrscheinlich ähnlich. In größeren Städten ist eine Vernetzung vermutlich viel schwieriger zu koordinieren und der Überblick geht leichter verloren.

Grundsätzlich zeigt sich bei allen interviewten Personen ein großes Maß an Engagement, nur hinsichtlich des Alters gibt es unterschiedliche Herangehens- bzw. Arbeitsweisen in der Sozialen Arbeit.

Jüngere SozialarbeiterInnen versuchen ihre KlientInnen zum Beispiel durch Veranstaltungsangebote im Internet oder mittels Newsletter der Institution zu erreichen, während ältere und bereits länger in diesem Bereich tätige SozialarbeiterInnen eher den Fokus auf PR und Öffentlichkeitsarbeit sowie persönliche Kontakte legen. Dies wirkt sich positiv auf die Gesundheitsförderung aus, da eine große Anzahl von Menschen, vor allem

Jugendliche, durch die neuen Medien erreicht werden und ein positives Selbstbild bzgl. der eigenen Gesundheit entsteht.

Ebenso zählt die Gemeinwesenarbeit zu einem wichtigen Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit. Sie hat das Ziel, Änderungen im gesellschaftlichen System im Sinne von Verbesserungen materieller und immaterieller Bedingungen unter Einbeziehung der Betroffenen herbeizuführen. Kontakte zur Politik sind ebenso wichtig, da diese Veranstaltungen unterstützt und wichtige persönliche Netzwerke entstehen. Diese Möglichkeit wird eher von den älteren SozialarbeiterInnen genutzt, die schon viel Berufserfahrung gesammelt haben.

Jüngere Menschen, die bereits mit den neuen Medien aufgewachsen sind, integrieren diese ganz selbstverständlich in ihren Alltag und somit auch in ihren beruflichen Alltag, während ältere Menschen gelernt haben, dass gerade durch persönliche Kontakte „Türen geöffnet“ werden. Beide Herangehensweisen bringen gewisse Vorteile mit sich und somit ergänzen sich die Arbeitsstile der jüngeren und älteren SozialarbeiterInnen optimal.

Die Soziale Arbeit stößt täglich an ihre Grenzen, die jedoch auch als Entwicklungschancen bzw. Perspektiven gesehen werden können. SozialarbeiterInnen bieten grundsätzlich jedeR KlientIn Hilfe an, jedoch müssen die KlientInnen diese freiwillig annehmen.

Die größte fehlende Ressource in der Sozialen Arbeit ist das Geld. Aus diesem Grund scheitern oft gut qualifizierte Projekte an den mangelnden finanziellen und personellen Mitteln. In der Stadt St. Pölten fehlen vor allem Beratungsstellen für MigrantInnen sowie Psychotherapieplätze, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Das Problem der Finanzierbarkeit sozialer Leistungen existiert nicht nur in St. Pölten, sondern österreichweit – und das obwohl Österreich noch immer als „Sozialstaat“ gilt. Die Schwierigkeit dürfte vermutlich nicht tatsächlicher Mangel an finanziellen Mitteln sein, sondern die menschliche Eigenheit, nicht so schnell mit dem Gegebenen zufrieden zu sein und immer „mehr“ zu wollen. Somit ist dieses Ergebnis vermutlich auf alle Länder übertragbar, unabhängig davon, wie viel Geld tatsächlich für die Soziale Arbeit und psychische Gesundheit der Bevölkerung investiert wird.

Dadurch, dass ärmeren Menschen oft die Ressourcen für einen gesunden Lebensstil bzw. durch mangelnde Bildung die Aufklärung darüber fehlen, sind sie definitiv benachteiligt. Deshalb benötigt Gesundheitsförderung die Soziale Arbeit, um den Betroffenen Hilfe bei der Lebensbewältigung und der Umsetzung eines gesunden Lebensstils anzubieten.

Kritisch ist anzumerken, dass zwar alle Befragten derzeit in der Sozialen Arbeit in der Stadt St. Pölten tätig sind, sie aber teilweise aus unterschiedlichen Herkunftsberufen stammen. Daraus lässt sich ableiten, dass zwar innerhalb der Sozialen Arbeit ein gewisses einheitliches Selbstverständnis in Bezug auf die Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum festgestellt wurde, dieses allerdings nicht (nur) auf die Ausbildung der Interviewten zurückzuführen ist. In einem nächsten Schritt der Forschung könnten gezielt Unterschiede im Selbstverständnis zwischen „gelernten“ SozialarbeiterInnen und QuereinsteigerInnen gefunden werden, um etwaige Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten in deren Selbstverständnis in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum aufzuzeigen.

Weiterführende Forschung zum Thema könnte sich auch auf Überlegungen zur Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse konzentrieren und dies in anderen Regionen Österreichs oder (EU-)Ländern überprüfen. Teilergebnisse könnten mittels quantitativer Methoden bzw. Daten untermauert werden.

Da es bisher zur Thematik des Selbstverständnisses in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten noch keine Untersuchungen gegeben hat, konnten die ForscherInnen völlig unbeeinflusst in diese Materie einsteigen. Einerseits war dies ein großer Vorteil, da man völliges Neuland betrat. Gleichzeitig zeigte sich hier ein großer Nachteil, da man so gut wie gar nicht an vorhandene Literatur anknüpfen konnte.

Während der fortschreitenden Erhebung stellte sich heraus, dass sich teilweise die Forschung nicht auf das Stadtgebiet St. Pöltens begrenzen ließ. Da viele der Befragten sozialen Einrichtungen im ganzen Bezirk St. Pölten aktiv sind, war es für die interviewten SozialarbeiterInnen teilweise nicht möglich, eine

klare Trennung zwischen Stadt und Land zu vollziehen. In einem nächsten Schritt könnte die Forschung auf angrenzende Bezirke ausgeweitet werden.

Zur Zufriedenheit der Forscherinnen zeigte sich, dass alle befragten SozialarbeiterInnen großes Interesse an der untersuchten Thematik hatten. Ihnen gebührt ein großer Dank, da ohne ihre Mithilfe die Fertigstellung der vorliegenden Forschungsarbeit nicht möglich gewesen wäre.

## Literaturverzeichnis

**Bobens, Claudia (2006):** Das ExpertInneninterview. In: Flaker, Vito/ Schmid, Tom (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, 319-332.

**Bortz, Jürgen/ Döring, Nicola (2009):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarb. Aufl., Heidelberg.

**Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2011):** Die präventive Rolle der offenen Jugendarbeit. Studie. Wien.

**Deinet, Ulrich/ Reutlinger, Christian (2004):** Aneignung als Bildungskonzept der Sozialpädagogik. Beiträge zur Pädagogik des Kindes- und Jugendalters in Zeiten entgrenzter Lernorte, Wiesbaden.

**Dietscher, Christina/ Novak-Zezula, Sonja (2006):** Was ist Gesundheitsförderung? Definitionen, Umsetzungsmöglichkeiten und Entwicklungen in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift. 03 2006, 9-11.

**Drobesch-Binter, Barbara (2000):** Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung – eine Positionierung. In: Fellöcker, Kurt/ Franke, Silvia (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich. Wien.

**Fabian, Thomas (2003):** Brennpunkte der sozialen Arbeit: Sozialpolitik, Grundfragen der Praxis, Studium und Beruf. Münster.

**Fellöcker, Kurt (2006):** Computerunterstützte Analyse qualitativer Daten. In: Flaker, Vito/ Schmid, Tom (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, 395-412.

**Fellöcker, Kurt/ Franke, Silvia (2011):** Suchtvorbeugung in Österreich. Wien.

**Fischböck, Christina (2012):** Chancen bieten - Möglichkeiten eröffnen. „Eine Bestandsaufnahme niederschwelliger Beschäftigungsprojekte in Graz mit dem Fokus auf Arbeitsweise und Partizipation im Projekt Offline“. Graz.

**Flaker, Vito/ Schmid, Tom (2006):** Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien.

**Frey, Oliver (2004):** Urbane öffentliche Räume als Aneignungsräume. Lernorte eines konkreten Urbanismus? In: Deinet, Ulrich/ Reutlinger, Christian (Hrsg.): Aneignung als Bildungskonzept der Sozialpädagogik. Beiträge zur Pädagogik des Kindes- und Jugendalters in Zeiten entgrenzter Lernorte. Wiesbaden, 219-234.

**Gerrig, Richard/ Zimbardo, Philip (2008):** Psychologie. 18., aktualis. Aufl., München.

**Girtler, Roland (1984):** Methoden der qualitativen Sozialforschung: Anleitung zur Feldarbeit. Wien.

**Gläser, Jochen/ Laudel, Grit (2010):** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl., Wiesbaden.

**Grunwald, Klaus/ Ortmann, Friedrich/ Rauschenbach, Thomas (1996):** Alltag, Nicht Alltägliches und die Lebenswelt. Beiträge zur lebensweltorientierten Sozialpädagogik. Weinheim/ München.

**Helferich, Cornelia/ Wimmer-Puchinger, Beate (1996):** Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Gesundheit von Frauen. In: Prävention 19 (2), 43-45.

**Hurrelmann, Klaus/ Klotz, Theodor/ Haisch, Jochen (2010):** Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern.

**Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich/ Richter, Matthias (2012):** Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich/ Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5., vollst. überarb. Aufl, Weinheim, 661-692.

**Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich/ Razum, Oliver (2012):** Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5., vollst. überarb. Aufl., Weinheim.

**Keupp, Heiner/ Dill, Helga (2010):** Erschöpfende Arbeit: Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Bielefeld.

**Kühl, Stefan/ Strodtholz, Petra (2002):** Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg.

**Lamnek, Siegfried (2010):** Qualitative Sozialforschung. 5., überarb. Aufl., Weinheim.

**Lob-Hüdepohl, Andreas/ Lesch, Walter (2007):** Ethik Sozialer Arbeit – Ein Handbuch: Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit. Schöningh.

**Löw, Martina (2001):** Raumsoziologie. Frankfurt a. M.

**Mayring, Philipp (2010):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualis. und überarb. Aufl., Weinheim.

**Moser, Heinz (2003):** Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung. Zürich/Freiburg.

**Nissen, Ursula (1998):** Kindheit, Geschlecht und Raum: sozialisationstheoretische Zusammenhänge geschlechtsspezifischer Raumeignung. München.

**Oehme, Andreas (2011):** Niedrigschwellige Jugendsozialarbeit. Eine Handreichung für die Praxis zur Ausgestaltung niedrigschwelliger Projekte in

der Jugendsozialarbeit. hg. v. BAG ÖRT – Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V., Berlin.

**Ortmann, Karlheinz/ Waller, Heiko (2005):** Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Stuttgart.

**Reinicke, Peter (2005).** Sozialarbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen In: Ortmann, Karlheinz/ Waller, Heiko (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Stuttgart, 35-51.

**Riegler, Anna (2009):** Soziale Arbeit zwischen Profession und Wissenschaft. Vermittlungsmöglichkeiten in der Fachhochschulausbildung. Wiesbaden.

**Rosenhagen, Günter (2005):** Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In: Ortmann, Karlheinz/ Waller, Heiko (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Stuttgart, 76-87.

**Schubert, Herbert (2000):** Städtischer Raum und Verhalten. Zu einer integrierten Theorie des öffentlichen Raumes. Opladen.

**Selle, Klaus (2003):** Was ist los mit den öffentlichen Räumen? Analysen, Positionen, Konzepte. Ein Lesebuch für Studium und Praxis. Zusammengestellt und eingeleitet von Klaus Selle. 2., erw. und aktualis. Aufl., Dortmund.

**Springer-Kremser, Marianne/ Springer, Alfred (2013):** Die Depressionsfalle. Wien.

**Stark, Wolfgang (2002):** Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation, Tübingen.

**Staub-Bernasconi, Silvia (2007a):** Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/ Lesch, Walter (Hrsg.): Ethik Sozialer Arbeit – Ein Handbuch: Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit. SchöninghPaderborn, 20-54.

**Sting, S./Zurhorst, G. (2000):** Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim/München.

**Sting, S./Zurhorst, G (2000):** Einführung: Gesundheit – ein Kernthema Sozialer Arbeit? In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim/München, 7-11.

**Waller Heiko (2006):** Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4. Ausg., Stuttgart.

**Walter, Karl-Heinz (2009):** Erziehungskurse. Eine synoptische Gegenüberstellung im Kontext niederschwelliger Eltern- und Familienbildung. Hamburg.

**Zoike, Erika (2010):** Zunahme der psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten. Statistische Ergebnisse und Präventionsansätze der Krankenkassen. In: Keupp, Heiner/ Dill, Helga (Hrsg.): Erschöpfende Arbeit: Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Bielefeld, 61-76.

#### Internetquellen:

**Bundesministerium für Gesundheit (2014):**

[http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle Meldungen/Gratis Zahnspangen im Ministerrat beschlossen](http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Gratis_Zahnspangen_im_Ministerrat_beschlossen), am 15.3.2014

**Fonds Gesundes Österreich (2013):** Arbeitsprogramm 2013.

<http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/programme-berichte/arbeitsprogramm-2013/2013-01-10.7704897246>, am 28.12.2013

**Fonds Gesundes Österreich (2005):** Der Fonds. <http://www.fgoe.org/der-fonds>, am 28.12.2013

**Fonds Gesundes Österreich (2005):** Empowerment.

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/empowerment>, am 12. Jänner 2014

**Fonds Gesundes Österreich (2005):** Geschichte. <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/geschichte>, am 28.12.2013

**Fonds Gesundes Österreich (2005):** Projektförderung.

<http://www.fgoe.org/projektfoerderung>, am 28.12.2013

**Hörl, Michael (2013):** Wohlstandsscheck Österreich, Deutschland: Mittelschicht

wächst – soziale Kluft schrumpft. <http://www.eu-infothek.com/article/wohlstandsscheck-oesterreich-deutschland-mittelschicht-waechst-soziale-kluft-schrumpft>, am 22.04.2014

**Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (2013):** Die Verteilung von Vermögen in Österreich.

[http://media.arbeiterkammer.at/PDF/Vermoegensverteilung\\_2013.pdf](http://media.arbeiterkammer.at/PDF/Vermoegensverteilung_2013.pdf), am 22.04.2014

**Krisch, Richard/ Stoik, Christoph:** Soziale Arbeit im öffentlichen Raum -

Glossar. <http://www.sozialraum.de/soziale-arbeit-im-oeffentlichen-raum-glossar.php>, am 12.01.2014

**Mayrhofer, Hemma (2011):** Ambiguität als Programm und Problem.

Soziologische Beobachtungen zur niederschweligen Sozialen Arbeit. Wien [http://homepage.univie.ac.at/hemma.mayrhofer/attachments/article/1/PPT%20niederschwellige%20Soziale%20Arbeit\\_Mayrhofer%20110607.pdf](http://homepage.univie.ac.at/hemma.mayrhofer/attachments/article/1/PPT%20niederschwellige%20Soziale%20Arbeit_Mayrhofer%20110607.pdf), am 03.03.2014

**Mühlum, Albert (2011):** Braucht Gesundheit Soziale Arbeit? Zur Beziehung zwischen Gesundheitssystem und sozialer Arbeit. Vortrag auf der FH St. Pölten

am 29.11.2011,  
[http://9910.fhstp.ac.at/ppt/S5 Muehlum Braucht%20Gesundheit%20Sozialarbeit.pdf](http://9910.fhstp.ac.at/ppt/S5_Muehlum_Braucht%20Gesundheit%20Sozialarbeit.pdf), am 4.01.2014

**Pantucek, Peter (2014):** <http://www.fhstp.ac.at/studienangebot/master/so>, am 03.03.2014

**Pantucek, Peter (2006):** Vom DSA zum Bachelor: Umbauarbeiten bei der akademischen Qualifizierung für die Soziale Arbeit und der St. Pöltner Weg. <http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Vom%20DSA%20zum%20Bachelor%202006.pdf>, am 13. 3. 2014.

**Pfreundschuh (2003):**  
[http://kulturkritik.net/begriffe/begr\\_txt.php?lex=selbstverstaendnis](http://kulturkritik.net/begriffe/begr_txt.php?lex=selbstverstaendnis), am 5.01.2014

**Sprichworte und Zitate (2014):** <http://www.sprichworte-und-zitate.de/gib-einem-hungernden-einen-fisch-und-er-wird-einmal-satt-305/>, am 16.04.14

**Stoik, Christoph/ Stovesand, Sabine/ Troxleret, Uli (2013):** Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4. [http://www.gemeinwesenarbeit.at/wp-content/uploads/2013/04/1311\\_buchpraesentation.pdf](http://www.gemeinwesenarbeit.at/wp-content/uploads/2013/04/1311_buchpraesentation.pdf), am 24.02.2014

**WHO (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), am 05.01.2014

## Anhang

### Interviewleitfaden Polizei und Sozialarbeit (Projekt AGORA):

- Gibt es Kontakte zwischen Polizei und Sozialarbeit? → wenn NEIN weiter mit Frage 7

→ wenn ja: Auf welcher Ebene und in welchem Kontext gibt es Kontakte?

Polizeiinspektion

Sozialarbeiterische Einrichtung

Bezirk

Land

Andere Kontext, was?

- In welcher Form?

Häufigkeit

Informell - formell

Strukturiertheit (gemeinsame Projekte, Sitzungen, Gremien?)

- Anlässe für die Kontakte/Kooperation ?

Alkohol

Drogen

Tabak

Gewalt

Anderes, was?

- Ziel(e) der Kontakte/ Kooperation

Welche Ziele? (Was verspricht man sich von den Kontakten/der Kooperation?)

Sind das gemeinsame Ziele?

Hat man gemeinsame Anliegen für die Öffentlichkeit oder für die Problemgruppe?

- Welche Aufgaben fallen Ihnen/Ihrer Organisation zu und welche den „anderen“?

Bei Alkohol

Bei Drogen

Bei Tabak

Bei Gewalt

Bei anderem

- Bewertung der Kontakte:

Ist die Form angemessen, wären andere Formen wünschenswert?

Sind die Anlässe gerechtfertigt, wären andere Anlässe wichtiger?

Sind die Ziele passend, wären andere Ziele notwendiger?

Wie sehen sie die Aufgaben, die Ihnen/Ihrer Organisation zufallen?

Ist der Kontakt/die Kooperation als Erfolg oder Misserfolg zu werten, warum?

Zusätzliches?

- Wenn kein Kontakt:

Gründe dafür? Z.B.

Kein Anlass

Keine Gemeinsamkeiten bzw. Unvereinbarkeiten

Missglückte Versuche → diese bitte beschreiben

Anderer

Kontakte/Kooperationen wünschenswert? Wenn ja, wie sollten sie aussehen?

- Etwaige Kontakte/Kooperationen mit Gastronomie und Medien

- Wen sollten wir noch zu diesem Thema befragen?

- Sonstige Anmerkungen

## Interviewleitfaden

### „Wie ist das Selbstverständnis der SozialarbeiterInnen in Bezug auf die Gesundheitsförderung im (halb)öffentlichen Raum in der Stadt St. Pölten?“

- Wie lange sind Sie schon in der Sozialarbeit tätig?
- Wie definieren Sie Ihr Selbstverständnis in der Sozialarbeit?
- Welche Aufgaben fallen in Ihren Tätigkeitsbereich?

*Mit welcher Klientel arbeiten Sie?*

*Sind Sie auch im öffentlichen Raum tätig?*

- Welche Aufgaben fallen Ihnen/Ihrer Organisation zu und welche anderen Organisationen?
- Wo liegen die Grenzen Ihrer Tätigkeit? Welche Aufgabengebiete fallen in Ihren Tätigkeitsbereich, welche konkret in andere Berufsgruppen?
- Was sind Ihrer Meinung nach Ziele der Sozialarbeit im öffentlichen Raum?
- Was verstehen Sie unter „Gesundheitsförderung“ im öffentlichen Raum?

*Wird diese in Ihrem Tätigkeitsbereich umgesetzt?*

- Wie wichtig schätzen Sie die Gesundheitsförderung als Teilbereich der Sozialarbeit im öffentlichen Raum ein?
- Findet Ihrer Meinung nach eine Kooperation zwischen Ihnen und anderen Berufsgruppen (wie z.B.: Polizei, Gastronomie, Handel, Ärzte/ Rettung, Streetwork, Beratungsstellen) statt?
- Haben Sie gemeinsame Anliegen für die Öffentlichkeit oder für die Problemgruppe?
- Können Sie wissenschaftliche Theorien und/ oder Erkenntnisse in Bezug auf Sozialarbeit nennen?
- Welche Konzepte in Bezug auf die Gesundheitsförderung kennen Sie?

*Welche Konzepte fließen in Ihre Arbeit ein?*

- Gibt es Ihrer Meinung nach fehlende Faktoren, die die Sozialarbeit unterstützen würden?
- Wen sollten wir noch zu diesem Thema befragen?
- Sonstige Anmerkungen

## Liste der Codes

### Abkürzungen:

SA = Soziale Arbeit, SozialarbeiterIn

GF = Gesundheitsförderung

| <b>CODE</b>   | <b>Anzahl</b> |
|---|---------------|
| Subcode   |               |
| <b>DER/DIE SOZIALARBEITER/IN</b>                          |               |
| Dauer der Tätigkeit als SA in der derzeitigen Einrichtung | 6             |
| Dauer der Tätigkeit als SA & Werdegang                    | 16            |
| Position in der Einrichtung                               | 7             |
| <b>DIE EINRICHTUNG</b>                                    |               |
| Mitarbeiter in der Einrichtung                            | 18            |
| Zielgruppe  | 21            |
| Beschreibung der Einrichtung                              | 30            |
| <b>GRENZEN der SA Tätigkeit in der Einrichtung</b>        |               |
|   | <b>28</b>     |
| <b>GF IN DER EINRICHTUNG</b>                              |               |
| <b>GF &amp; SA: Aufgaben/Tätigkeiten/Zuständigkeiten</b>  | <b>1</b>      |
| SA Tätigkeit im öffentlichen Raum                         | 17            |
| Kontakt- und Beziehungsaufbau                             | 4             |
| Freizeitgestaltung  | 4             |
| Veranstaltungen   | 2             |
| Ansprechpartner sein                                      | 3             |
| Beratung & Begleitung                                     | 12            |
| Arbeitstherapie   | 2             |
| Gemeinwesenarbeit   | 2             |
| Öffentlichkeitsarbeit Werbung PR                          | 17            |
| Kontrollfunktion  | 3             |
| Weitervermittlung   | 7             |
| <b>GF-Projekte/Maßnahmen in der Einrichtung</b>           |               |
| Allgemein   | 7             |
| Bildung & Info  | 10            |
| Maßnahmen für MigrantInnen                                | 3             |
| Prävention  | 0             |
| Gesundheitsthemen   | 8             |
| Suchtprävention   | 15            |
| soziale Prävention  | 3             |
| Grundbedürfnisse/Grundversorgung                          | 12            |
| Anti-Gewalt   | 6             |
| Studien   | 2             |

|   |    |
|---|----|
| <b>FEHLENDE RESSOURCEN DER SA</b>         |    |
| Beratung zu Spezialthemen                 | 3  |
| Forschung                                 | 1  |
| Geld                                      | 8  |
| Gemeinwesenarbeit                         | 1  |
| GF am Arbeitsplatz                        | 1  |
| Psychotherapie                            | 1  |
| <b>SOZIALES SELBSTVERSTÄNDNIS DER SA</b>  |    |
| SA-Skills, Anforderungen an den Job       | 2  |
| Engagement                                | 0  |
| Bildung                                   | 8  |
| Frustrationstoleranz                      | 2  |
| Hilfsbereitschaft                         | 3  |
| positive Einstellung                      | 1  |
| Selbsteinschätzung & Erwartungshaltung    | 2  |
| Verschwiegenheit/Diskretion               | 1  |
| Selbstdefinition in der Sozialarbeit      | 20 |
| Zugehörigkeit zur SA                      | 2  |
| <b>SV: IMAGE &amp; WERTSCHÄTZUNG</b>      |    |
| SA aus der Sicht anderer Berufsgruppen    | 4  |
| SA aus der Sicht der Jugendlichen         | 1  |
| Wertschätzung & Akzeptanz                 | 12 |
| <b>SV: HALTUNG GEGENÜBER KLIENT/INNEN</b> |    |
| Abgrenzung                                | 11 |
| Eigenverantwortung                        | 4  |
| Empathie & Vertrauen                      | 6  |
| Freiwilligkeit                            | 1  |
| keine Forderungen                         | 2  |
| Lebensweltorientierung                    | 8  |
| Respekt                                   | 1  |
| Ressourcenorientierung                    | 2  |
| Verschwiegenheit                          | 1  |
| Vorurteile ggü. Klienten                  | 5  |
| Wertfreiheit                              | 3  |
| Wertschätzung                             | 4  |
| <b>(GF) ZIELE/STRATEGIEN der SA</b>       |    |
| <b>GF ZIELE DER SA</b>                    |    |
| andere Ziele der SA                       | 2  |

**GF STRATEGIEN der SA**

|  |    |
|--|----|
| Prävention                                   | 3  |
| GF: Umgang mit unerw. Verhalten der Klienten | 3  |
| Substanzkonsum                               | 13 |
| Gewalt                                       | 9  |
| Empowerment                                  | 4  |
| Motivation                                   | 2  |
| Denkmuster ändern                            | 2  |
| Erhöhung der Lebensfreude                    | 4  |
| Verbesserung der Lebensumstände              | 1  |
| Hilfe zur Selbsthilfe                        | 3  |

**GF und SA KONZEPTE UND THEORIEN**

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| bekannte GF-Konzepte und Projekte | 15 |
| Def. GF im öffentlichen Raum      | 4  |
| SA Theorien (zur GF)              | 13 |

## Die Autorinnen

**Mag. Astrid Eigenthaler** wurde am 1. Oktober 1982 in St. Pölten geboren. Sie studierte Publizistik mit der Fächerkombination aus Kultur- und Sozialanthropologie und Soziologie an der Universität Wien. Im November 2007 schloss sie das Publizistikstudium mit Auszeichnung ab. 2010 wechselte sie vom Journalismus in den Sozialbereich. Seit dieser Zeit lebt und arbeitet sie als Sozialarbeiterin in Wien. Um das praktische Wissen im Sozialbereich zu vertiefen, begann sie im Herbst 2012 das Masterstudium Soziale Arbeit an der FH St. Pölten. Ihre Hobbies sind Reisen, vor allem nach Südamerika, Kunst und Kultur, Freunde und Sport.

**Mag. Karin Jäger** wurde am 13. Jänner 1979 in St. Pölten geboren und lebt in Krems an der Donau. Sie studierte an der Universität Wien Psychologie und schloss ihr Studium im November 2006 ab. Seit 2007 arbeitet sie selbstständig als Trainerin, Ausbildungscoach, in der Berufsberatung und sozialpädagogischen Betreuung mit Jugendlichen und Erwachsenen. Im Herbst 2011 begann sie den Hochschullehrgang Suchtberatung und Prävention an der FH St. Pölten, im Zuge dessen sie aus Interesse vier Semester am Forschungsprojekt „AGORA“ mitarbeitete. In ihrer Freizeit ist sie gerne sportlich aktiv, beschäftigt sich im Garten, reist gerne und liest viel.

Die beiden Forscherinnen lernten sich 2012 im Rahmen des Forschungsprojekts „AGORA“ an der FH St. Pölten kennen. Durch die gegenseitige Sympathie von Beginn an, beschlossen die beiden Studentinnen, gemeinsam die vorliegende Studie durchzuführen.

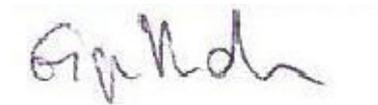
Ihr Betreuer der Masterthese, FH-Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc, unterstützte die beiden Forscherinnen während des gesamten Forschungsprozesses.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Astrid Eigenthaler, geboren am 01.10.1982 in St. Pölten, erkläre,

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

St. Pölten, am 23. April 2014

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Astrid Eigenthaler', written in a cursive style.

Unterschrift

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Karin Jäger, geboren am 13.01.1979 in St. Pölten, erkläre,

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

St. Pölten, am 23. April 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karin Jäger', with a long horizontal stroke extending to the right.

Unterschrift